CONTRATO N° 053-00-G-CACOM4-GRUAL-2026

OBJETO:
"OBRA PUBLICA PARA EL MANTENIMIENTO MEJORATIVO O DE ACTUALIZACIÓN DE LOS ALOJAMIENTOS DEL COMANDO AEREO DE COMBATE No. 4"



INFORME MENSUAL No. 2

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
PERIODO COMPRENDIDO DEL 01 AL 30 SEPTIEMBRE DEL 2026

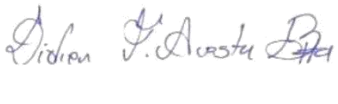
CONTRATISTA
SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERÍA S.A.S

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S.

CONTROL DE CAMBIOS Y VERSIONES AL CONTENIDO DEL DOCUMENTO

Versión	Fecha de Elaboración	Control de Cambios
0	24 de septiembre del 2026	Emisión del documento

SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERÍA S.A.S

ELABORÓ:	REVISÓ:	APROBÓ:
		
CRISTINA ROCIO CADENA CELIS	**JOHN GERARDO BAUTISTA HERNANDEZ**	**DIDIER FABIAN ACOSTA BELTRÁN**
Profesional SST	Residente de Obra	Director de Obra
Fecha: 24 de septiembre del 2026	Fecha: 24 de septiembre del 2026	Fecha: 24 de septiembre del 2026

CONTENIDO

Pág.

INTRODUCCIÓN **5**

1. GENERALIDADES **6**
1.1 ALCANCE 6

2. OBJETIVOS **7**
2.1 OBJETIVO GENERAL 7
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 7

3. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO **8**
3.1 LOCALIZACIÓN 8

4. CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO **9**

5. DESCRIPCIÓN DE LA GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SST) **12**
5.1 PERSONAL AUTORIZADO PARA INGRESAR AL PROYECTO 12
5.2 CHARLAS Y CAPACITACIONES 15
5.3 DILIGENCIAMIENTO FORMATO DE ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO-ATS 19
5.4 DILIGENCIAMIENTO FORMATO PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE 19

6. INSPECCIONES DE SEGURIDAD **19**
6.1 INSPECCIÓN LOCATIVA 20
6.2 INSPECCIÓN DE HERRAMIENTAS Y EQUIPOS 20
6.3 INSPECCIÓN DE ESCALERAS 20
6.4 INSPECCIÓN DE EPP 21
6.5 INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE EMERGENCIAS 21
6.6 PREOPERACIONALES 21

7. ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL **22**

8. EQUIPOS PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

9. SEÑALIZACIÓN Y DEMARCACIÓN DE AREAS **22**

10. ACCIDENTALIDAD ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

11. REGISTRO FOTOGRAFICO DE LAS ACTIVIDADES **22**

12. CONCLUSIONES ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

LISTA DE FIGURAS

Figura 3-1 Localización general del proyecto 8

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Check List – Cumplimiento de obligaciones 9
Tabla 2. Listado de personal 12
Tabla 3. Listado temas SST tratados con el personal de obra 16
Tabla 4. Registro fotográfico actividades SST 23

INTRODUCCIÓN

El presente informe hace parte de los documentos elaborados por SOLTEC proyectos de Ingeniería S.A.S en el desarrollo del ***contrato N° 053-00-G-CACOM4-GRUAL-2026, "OBRA PUBLICA PARA EL MANTENIMIENTO MEJORATIVO O DE ACTUALIZACIÓN DE LOS ALOJAMIENTOS DEL COMANDO AEREO DE COMBATE No. 4"***de conformidad con el detalle, características, especificaciones y condiciones técnicas contenidos en los documentos legales de contrato, teniendo en cuenta que, dentro del medio laboral, el trabajador interactúa con diferentes condiciones de trabajo que pueden afectarlo positiva o negativamente. Por esto se dice que el trabajo puede convertirse en un instrumento tanto de salud como de enfermedad para el individuo, la empresa y la sociedad. Este conjunto de variables predefine la realización de la tarea y el entorno en que ésta se realiza se denomina condiciones de trabajo y están constituidas por factores del ambiente, de la tarea y de la organización que de no ser adecuadas pueden ocasionar accidentes. Igualmente, a nivel del trabajador están los actos inseguros, que es la violación de una norma aceptada como técnica y segura por la empresa.

La Seguridad y salud en el Trabajo busca, mejorar las condiciones de trabajo y salud de la población trabajadora, mediante acciones coordinadas de promoción de la salud y la prevención y control de los riesgos, de manera que faciliten el bienestar de la comunidad laboral y la productividad de la empresa. Estas acciones derivan y se ven reflejadas en la implementación del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo. Por esta razón en este documento de informe se describe la gestión SST durante la ejecución de las actividades en …

1. GENERALIDADES

1.1 ALCANCE

El presente informe hace parte de los documentos a presentar para dar cumplimiento a las obligaciones contractuales contempladas en el marco del contrato N° 053-00-G-CACOM4-GRUAL-2026, “OBRA PUBLICA PARA EL MANTENIMIENTO MEJORATIVO O DE ACTUALIZACIÓN DE LOS ALOJAMIENTOS DEL COMANDO AEREO DE COMBATE No. 4".

2. OBJETIVOS

A continuación, se presenta el objetivo general y los objetivos específicos del presente documento.

2.1 OBJETIVO GENERAL

Documentar y desarrollar las obligaciones en materia de la gestión SST del contrato N° 053-00-G-CACOM4-GRUAL-2026, “OBRA PUBLICA PARA EL MANTENIMIENTO MEJORATIVO O DE ACTUALIZACIÓN DE LOS ALOJAMIENTOS DEL COMANDO AEREO DE COMBATE No. 4", en cumpliendo con los requerimientos contractuales y la normatividad legal del contrato.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Relacionar las actividades y gestiones realizadas en material SST realizadas durante el periodo para el cual se genera este informe en el marco del contrato establecido.
- Presentar los registros de las inspecciones realizadas durante el periodo, al personal del proyecto, infraestructura y equipos.
- Presentar el registro de capacitación, charlas de seguridad, análisis de trabajo seguro – ATS y permisos de trabajo ejecutados de acuerdo con la normativa legal vigente.

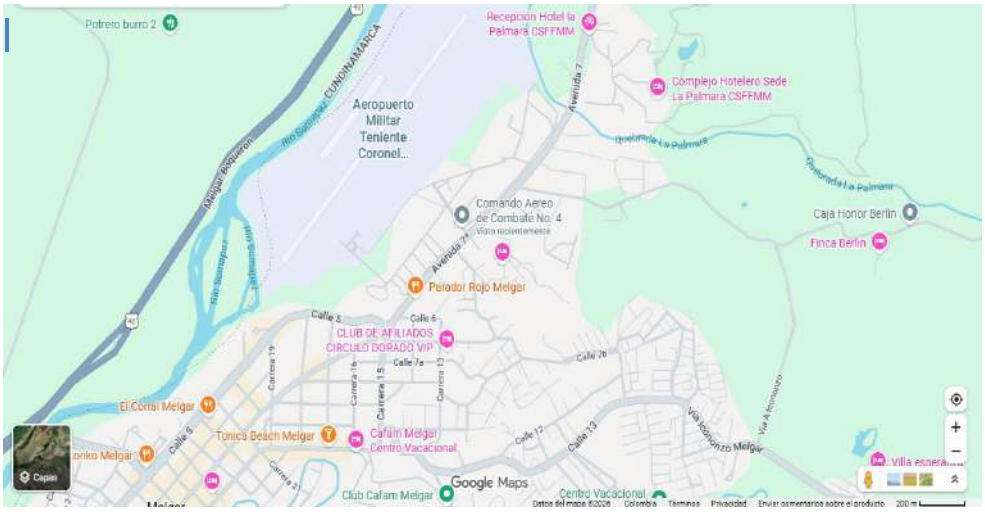
3. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

En este acápite se realiza una descripción del proyecto con la que se identifican las actividades generales desarrolladas para el cumplimiento del contrato, la localización del proyecto señalando el área de influencia directa e indirecta de las obras y se relaciona una contextualización del proceso constructivo en la que se describen las actividades principales a ejecutar en el proyecto.

3.1 LOCALIZACIÓN

El proyecto se encuentra localizado en el municipio de Melgar, departamento del Tolima, específicamente en las instalaciones de la Base Aérea Comando Aéreo de Combate No. 4 (CACOM 4), donde se desarrollan las actividades contempladas en el contrato. Las intervenciones se ejecutan dentro de las áreas determinadas por la entidad para el desarrollo y cumplimiento de las actividades objeto del proyecto.

Figura 3-1 Localización general del proyecto



Fuente: Modificado de Google maps, 2026.

4. CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

En la siguiente tabla se relaciona el cumplimiento de las obligaciones de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) para el contrato de conformidad con los requerimientos establecidos contractualmente.

Tabla 1. Check List – Cumplimiento de obligaciones

OBLIGACIONES SST	
OBLIGACIÓN CONTRACTUAL	**CUMPLIMIENTO**
2.8.3 Obligaciones de seguridad y salud en el trabajo	
Implementar y mantener el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) de acuerdo con la normatividad colombiana vigente y las condiciones particulares del proyecto.	Se cuenta con un porcentaje de cumplimiento del 95 % en la implementación y ejecución del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) en la obra. Se continuará realizando seguimiento a los aspectos pendientes, con el propósito de fortalecer las condiciones de seguridad y alcanzar el cumplimiento total.
Garantizar la afiliación y pago al Sistema de Seguridad Social Integral de todos los trabajadores vinculados al proyecto, de acuerdo con la legislación aplicable.	Cumple
Realizar la identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos, estableciendo e implementando los controles necesarios para prevenir accidentes de trabajo y enfermedades laborales.	Cumple
Realizar inducción, reinducción y capacitaciones en SST al personal antes y durante la ejecución de las actividades, de acuerdo con los riesgos identificados.	Cumple

Tabla 1. Check List – Cumplimiento de obligaciones

OBLIGACIONES SST	
OBLIGACIÓN CONTRACTUAL	**CUMPLIMIENTO**
2.8.3 Obligaciones de seguridad y salud en el trabajo	
Suministrar y verificar el uso adecuado de los Elementos de Protección Personal (EPP) requeridos según las actividades y los peligros presentes en la obra.	Cumple
Realizar inspecciones de seguridad a áreas de trabajo, herramientas, equipos, maquinaria, elementos de protección y condiciones locativas, dejando los respectivos registros y realizando seguimiento a las acciones correctivas.	Cumple
Garantizar el orden y aseo permanente de las áreas de trabajo, así como la adecuada disposición y almacenamiento de materiales, residuos y elementos propios de la obra.	Cumple
Prevenir, reportar, investigar y realizar seguimiento a los accidentes e incidentes de trabajo, de conformidad con los procedimientos establecidos y la normatividad vigente.	A la fecha del presente informe, no se ha presentado incidentes ni accidentes de trabajo en obra.
Mantener disponibles los mecanismos de atención y respuesta ante emergencias, articulando las acciones del proyecto con el plan de emergencias y los protocolos establecidos por la Base Aérea CACOM 4.	Cumple
Realizar seguimiento a las condiciones de salud de los trabajadores, incluyendo los exámenes médicos ocupacionales correspondientes y las recomendaciones médico-laborales aplicables.	Cumple

Tabla 1. Check List – Cumplimiento de obligaciones

OBLIGACIONES SST	
OBLIGACIÓN CONTRACTUAL	**CUMPLIMIENTO**
2.8.3 Obligaciones de seguridad y salud en el trabajo	
Garantizar la participación de los trabajadores en las actividades de promoción y prevención en SST, mediante charlas, campañas, inspecciones y demás actividades programadas.	Cumple
Controlar las condiciones de seguridad de las áreas intervenidas, estableciendo señalización y demarcación cuando las actividades de obra lo requieran.	Cumple
Mantener actualizada y disponible la documentación y registros de SST generados durante la ejecución del proyecto, para efectos de seguimiento, verificación y auditoría.	Cumple
Cumplir los protocolos y disposiciones de seguridad, ingreso, permanencia y circulación establecidos por la Base Aérea CACOM 4.	Cumple
Realizar seguimiento al cumplimiento de las medidas de SST por parte de todos los trabajadores.	Cumple

Fuente: Elaboración Propia.

5. DESCRIPCIÓN DE LA GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SST)

A continuación, se describen una a una las actividades realizadas desde el área SST para las actividades laborales desarrolladas en el proyecto.

5.1 PERSONAL AUTORIZADO PARA INGRESAR AL PROYECTO

En la siguiente tabla se presenta la relación de personal que se encuentra vinculado al proyecto:

Tabla 2. Listado de personal

NOMBRE	CEDULA	CARGO	EPS	ARL
John Gerardo Bautista Hernández	1.020.718.924	Residente de obra	Sanitas	Positiva
José Luis Cortés Prada	93.130.327	Ingeniero Civil	Saludtotal	Positiva
Edisson Fabian Mahecha Cortes	1.106.899.805	Auxiliar de Ingeniería	Saludtotal	Positiva
Cristina Rocío Cadena Celis	65.824.017	Profesional SST	Sanidad militar	Positiva
Elcy Johana Guerra Pardo	36.294.342	Profesional SST	Famisanar	Positiva
Didier Fabian Acosta Beltrán	80.845.237	Representante legal	Compensar	Positiva
Pedro José Rodríguez Rodríguez	80.174.522	Asesor Eléctrico	Eps Sura	Sura
Héctor Giovanny Montes Aragón	80.746.871	Contratista	Eps Sura	Sura
Juan Carlos Quesada Aldana	1.023.869.629	Contratista	Sanitas	Sura
Hernando Rubiano Bernal	79.050.176	Colaborador	Famisanar	Sura
Jorge Eliecer Aponte Cárdenas	80.171.527	Plomero	Saludtotal	Sura

Tabla 2. Listado de personal

NOMBRE	CEDULA	CARGO	EPS	ARL
Jeison German Rodríguez Pinilla	80.172.425	Encargado	Sanitas	Sura
Cristian Eduardo Diaz Rodríguez	1.032.357.800	Colaborador	Compensar	Sura
Yimmy Alexander Rodríguez Amado	80.019.370	Colaborador	Sanitas	Sura
Otoniel Deantonio Valderrama	80.512.796	Colaborador	Famisanar	Sura
John Alexander Puerto Casas	80.028.451	Colaborador	Eps Sura	Sura
Santiago Hernández Alarcón	1.014.216.041	Colaborador	Compensar	Sura
Juan Camilo Baracaldo Nemeguen	1.020.713.140	Supervisor de obra	Eps Sura	Sura
Edwin Alexander Cabezas Quesada	1.022.968.427	Colaborador	Sanitas	Sura
Miguel Ángel Quesada Trujillo	80.503.754	Colaborador	Saludtotal	Sura
Juan de Dios Baracaldo Diaz	3.229.727	Colaborador	Sanitas	Sura
Rusbel Weimer García Grajales	1.005.855.845	Colaborador	Nueva eps	Sura
Camilo Andrés Nieto Lombana	1.070.625.009	Colaborador	Nueva eps	Sura
Luis Alberto Molina Bocanegra	19.380.720	Colaborador	Famisanar	Sura
Pedro Pablo Niño Parra	3.005.626	Colaborador	Saludtotal	Sura
Jorge Enrique Avendaño Bareño	1.106.893.560	Colaborador	Famisanar	Sura

Tabla 2. Listado de personal

NOMBRE	CEDULA	CARGO	EPS	ARL
Juan Arturo Álvarez Forero	19.373.122	Eléctricos	Saludtotal	Sura
Deyanira Rincón Prieto	52.276.456	Eléctricos	Saludtotal	Sura
Jersi González González	1.069.900.199	Supervisor de obra	Nueva eps	Sura
Yerson Andrés González González	1.069.900.188	Supervisor de obra	Sanitas	Sura
Elbert Figueroa Cárdenas	1.119.582.395	Colaborador	Nueva eps	Sura
Iohan Alfonso Jiménez Cruz	91.446.378	Colaborador	Saludtotal	Sura
Gilbert Andrés Álvarez Pérez	1.106.894.421	Colaborador	Saludtotal	Sura
Danilo Arnulfo Beltrán Urrego	1.018.492.230	Colaborador	Sanitas	Sura
Dairo Humberto González González	1.079.033.189	Colaborador	Nueva eps	Sura
Breiner Orlando Linares Beltrán	1.069.282.005	Colaborador	Famisanar	Sura
Nolfo Benedicto Linares Beltrán	1.010.168.952	Colaborador	Famisanar	Sura
Iván Darío Muñoz	1.085.282.854	Eléctrico	Nueva eps	Sura
Santiago Ordóñez Rocha	1.005.777.996	Colaborador	Sanitas	Sura
John Alejandro Martínez Rodríguez	1.004.049.303	Colaborador	Nueva eps	Sura
Javier Antonio Diaz Arévalo	11.366.842	Líder de proyectos /coordinador de Altura /Ingreso14/9/26	Salud Total	Sura

Tabla 2. Listado de personal

NOMBRE	CEDULA	CARGO	EPS	ARL
Lady Marcela Alarcón Santana	1.074.556.511	Líder Administrativa/ coordinador altura /Ingreso14/9/26	Salud total	Sura
Adonai Jesús Vega	1.193.211.623	Oficial de Altura/coordinador de Altura /Ingreso14/9/26	Famisanar	Sura
Jhon Alexander Romero	79.914.163	Ayudante de piso /Ingreso14/9/26	Famisanar	Sura
Cristofferson Castilla Zabaleta	8.508.280	Soldador /Ingreso14/9/26	Salud total	Sura
Danny José Obeso peña	1.004.119.635	Oficial de altura /Ingreso14/9/26	Nueva eps	Sura
Jhon Jaris Obeso Peña	1.080.540.739	Oficial de altura	Nueva eps	Sura

5.2 CHARLAS Y CAPACITACIONES

Como parte de las actividades de promoción y prevención en Seguridad y Salud en el Trabajo, al inicio de cada jornada laboral se realizaron charlas diarias de seguridad y actividades preoperacionales, dirigidas al personal involucrado en las diferentes actividades del proyecto. Durante las charlas se reforzo conceptos sobre el autocuidado, la prevención y el trabajo seguro. Asimismo, se promovió la participación activa de los trabajadores mediante la identificación de condiciones que pudieran representar un riesgo, el planteamiento de recomendaciones de seguridad y el fortalecimiento del compromiso individual y colectivo frente al cumplimiento de los procedimientos establecidos.

Tabla 3. Listado temas SST tratados con el personal de obra

TEMA	FECHA	DURACIÓN	LUGAR
Identificación de peligros	01/09/2026	15 min	Cacom 4
Higiene postural	02/09/2026	15 min	Cacom 4
Protección ocular	03/09/2026	15 min	Cacom 4
Generación de material particulado	04/09/2026	15 min	Cacom 4
Jornada de limpieza, orden y aseo	05/09/2026	15 min	Cacom 4
Salud mental y manejo del estrés	07/09/2026	15 min	Cacom 4
Pausas activas y prevención del sedentarismo	08/09/2026	15 min	Cacom 4
Alimentación consciente y nutrición	09/09/2026	15 min	Cacom 4
Prevención de enfermedades y autocuidado	10/09/2026	15 min	Cacom 4
Higiene del sueño	11/09/2026	15 min	Cacom 4
Jornada de orden, limpieza y aseo	12/09/2026	15 min	Cacom 4
Análisis de trabajo seguro	14/09/2026	15 min	Cacom 4
Campaña alimentación saludable	15/09/2026	15 min	Cacom 4
Uso de protección respiratoria	16/09/2026	15 min	Cacom 4

Tabla 3. Listado temas SST tratados con el personal de obra

TEMA	FECHA	DURACIÓN	LUGAR
MSDS del cemento	17/09/2026	15 min	Cacom 4
Orden y aseo	18/09/2026	15 min	Cacom 4
Pausas activas	21/09/2026	15 min	Cacom 4
Uso correcto de epp	22/09/2026	15 min	Cacom 4
Control de riesgo físicos y ambientales – manipulación manual de cargas	23/09/2026	15 min	Cacom 4
Lección aprendida – pausas activas	24/09/2026	15 min	Cacom 4
Primeros auxilios básicos – pausas activas	25/09/2026	15 min	Cacom 4

Fuente: Elaboración Propia.

Semana de la salud. En el periodo comprendido entre el 7 y el 11 de septiembre, se desarrolló la Semana de la Salud, dirigida a todo el personal vinculado al proyecto. Esta actividad se llevó a cabo como una estrategia de promoción y prevención, orientada a fortalecer el bienestar integral de los trabajadores y fomentar hábitos saludables, prácticas de autocuidado y una adecuada gestión de los factores que pueden afectar la salud física y mental.

Durante la jornada se desarrollaron espacios de sensibilización, charlas y actividades dinámicas con participación activa del personal, abordando diferentes temas relacionados con el cuidado de la salud, entre ellos:

- ✓ Salud mental y manejo del estrés, promoviendo herramientas para afrontar de manera adecuada las situaciones de tensión propias de la vida laboral y personal.
- ✓ Pausas activas y prevención del sedentarismo, incentivando la realización de ejercicios y movimientos durante la jornada laboral para disminuir los efectos asociados a la permanencia prolongada en una misma posición.
- ✓ Alimentación consciente y nutrición, orientado a fortalecer conocimientos sobre la importancia de mantener hábitos alimenticios saludables y equilibrados.
- ✓ Prevención de enfermedades y autocuidado, resaltando la importancia de adoptar conductas preventivas y reconocer oportunamente factores que puedan afectar la salud.
- ✓ Higiene del sueño, brindando recomendaciones para favorecer un descanso adecuado y contribuir al bienestar físico y mental.

Con el desarrollo de estas actividades se promovió la participación del personal y se fortaleció la cultura de autocuidado, prevención y promoción de estilos de vida saludables dentro del proyecto.

Campaña de alimentación saludable "TE VEO BIEN, TE VEO MAL". El día 15 de septiembre del presente año, se realizó la campaña "TE VEO BIEN, TE VEO MAL", como parte del cierre de la Semana de la Salud, lo que permitió generar un espacio de sensibilización y educación en salud dirigido al personal de la obra, promoviendo la adopción de hábitos de alimentación consciente y saludable.
La actividad contribuyó al fortalecimiento de las acciones de promoción y prevención del SG-SST, resaltando la importancia del autocuidado, el control de factores de riesgo y la adopción de estilos de vida que favorezcan la salud cardiovascular.

5.3 DILIGENCIAMIENTO FORMATO DE ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO-ATS

Durante el mes de septiembre del presente año, el Profesional de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) realizó acompañamiento al personal de obra para el diligenciamiento de los Análisis de Trabajo Seguro (ATS) correspondientes a las actividades programadas. En estos formatos se identificaron los peligros y riesgos asociados a cada labor, estableciendo las respectivas medidas de prevención y control antes del inicio de las actividades, con el fin de promover la ejecución segura de los trabajos y prevenir la ocurrencia de incidentes y accidentes laborales.

5.4 DILIGENCIAMIENTO FORMATO PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

Durante el mes de septiembre del presente año, el Profesional de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) realizó acompañamiento al personal encargado de ejecutar trabajos en caliente, particularmente aquellas actividades que involucran el uso de herramientas eléctricas como taladros y pulidoras. Previo al inicio de estas labores, se realizó la identificación de los peligros y la verificación de las condiciones de seguridad requeridas para su ejecución.

Como mecanismo de control, se efectuó el diligenciamiento del Formato Permiso de Trabajo en Caliente SST-FT-TC-012, mediante el cual se autorizó la ejecución de las actividades una vez verificadas las medidas preventivas y de control aplicables. Los permisos fueron diligenciados y cuentan con las respectivas firmas del personal ejecutante y de los participantes en la autorización, dejando evidencia del control implementado para la realización segura de estas actividades.

6. INSPECCIONES DE SEGURIDAD

Las inspecciones de seguridad son la técnica analítica más conocida y practicada como medio para identificar o detectar condiciones subestándares, controlar los peligros potenciales susceptibles de ocasionar incidentes, accidentes o perdidas que afecten a las personas, bienes o medio ambiente y consiste en una secuencia sistemática de verificación en los diferentes elementos a los que se orienta la inspección.

Durante el mes de septiembre del presente año, se realizaron las siguientes inspecciones: inspección locativa, inspección de escaleras, inspección de herramientas y equipos, inspección de EPP, inspección de equipos de emergencias e inspecciones preoperacionales de pulidora, taladro.

6.1. INSPECCIÓN LOCATIVA

Durante el mes de septiembre del presente año, se realizaron inspecciones locativas en los diferentes frentes de trabajo, con el propósito de identificar oportunamente condiciones inseguras, actos subestándar y situaciones que pudieran representar un riesgo para la seguridad y salud de los trabajadores. Como resultado de estas inspecciones, se establecieron y realizaron acciones correctivas y preventivas orientadas a mejorar las condiciones de las áreas de trabajo y prevenir la ocurrencia de incidentes y accidentes laborales.

6.2. INSPECCIÓN DE HERRAMIENTAS Y EQUIPOS

Durante el mes de septiembre, se realizó seguimiento a las condiciones de los equipos, herramientas y elementos utilizados para el desarrollo de las actividades en obra, mediante inspecciones periódicas y verificaciones previas a su utilización. Estas actividades permitieron identificar oportunamente posibles daños, deterioros o condiciones inseguras que pudieran afectar su funcionamiento y generar riesgos para los trabajadores.

Como medida preventiva, se reforzó la importancia de mantener los equipos y herramientas en adecuadas condiciones de operación, realizar las inspecciones correspondientes y retirar de servicio aquellos elementos que presenten condiciones que puedan favorecer la ocurrencia de incidentes o accidentes de trabajo.

6.3. INSPECCIÓN DE ESCALERAS

Durante el desarrollo de las actividades ejecutadas en obra, se ha requerido el uso de escaleras como medio de acceso y apoyo para la realización de trabajos asociados al desmonte de cubiertas y la ejecución de actividades de mampostería. Debido a las condiciones propias de estas labores, es fundamental garantizar que las escaleras utilizadas se encuentren en adecuadas condiciones de seguridad y funcionamiento.

En este sentido, durante el periodo objeto de seguimiento se realizó la verificación de las condiciones físicas y de estabilidad de las escaleras empleadas, con el propósito de identificar oportunamente daños, deterioros, anomalías o cualquier condición insegura que pudiera generar riesgo para los trabajadores. Se reforzó la importancia de realizar inspecciones antes de su utilización, garantizar su adecuada ubicación y estabilidad, y utilizar estos elementos de manera segura, contribuyendo así a la prevención de incidentes y accidentes de trabajo durante las actividades de obra.

6.4. INSPECCIÓN DE EPP

Durante el mes de septiembre del presente año, se realizaron inspecciones a los Elementos de Protección Personal (EPP) utilizados por el personal operativo para el desarrollo de las actividades en obra, con el propósito de verificar su estado físico, condiciones de uso y funcionalidad.

Durante estas verificaciones se revisaron posibles signos de desgaste, deterioro o daño que pudieran afectar la capacidad de protección de los elementos. Como medida preventiva, se realizó el seguimiento correspondiente para garantizar la reposición oportuna de los EPP que presentaran condiciones inadecuadas, contribuyendo a mantener condiciones seguras para los trabajadores y prevenir la ocurrencia de incidentes y accidentes laborales.

6.5. INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE EMERGENCIAS

Durante el mes de septiembre del presente año, se realizó la inspección y verificación de las estaciones de emergencia dispuestas en los diferentes frentes de trabajo, con el propósito de comprobar su ubicación, accesibilidad y disponibilidad de los elementos requeridos para brindar una atención inicial ante una eventual emergencia.

Las estaciones cuentan con elementos básicos de atención y respuesta, tales como camilla, botiquín y extintor tipo ABC. Durante las inspecciones se verificaron las condiciones generales de estos elementos, procurando que se encuentren disponibles, accesibles y en condiciones adecuadas para su utilización en caso de requerirse durante el desarrollo de las actividades de obra.

6.6. PREOPERACIONALES

Durante el mes de septiembre del presente año, se realizaron inspecciones preoperacionales a los equipos y herramientas utilizados en el desarrollo de las actividades de obra, con el propósito de verificar sus condiciones de funcionamiento y seguridad antes de su utilización.

En particular, se efectuaron inspecciones preoperacionales a pulidoras y taladros, verificando aspectos relacionados con su estado físico, funcionamiento, cables y conexiones eléctricas, elementos de protección y demás condiciones que pudieran representar un riesgo para los trabajadores. Estas verificaciones permitieron fortalecer las medidas preventivas y contribuir a la ejecución segura de las actividades, reduciendo la posibilidad de incidentes y accidentes de trabajo asociados al uso de equipos y herramientas.

7. ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Todo el personal vinculado al proyecto, cuenta con la respectiva dotación (buso manga larga, pantalón tipo jean, botas de seguridad, casco de seguridad, guantes de vaqueta, tapaoídos de inserción y monogafas). Asimismo, se cuenta con un stock de EPP para realizar reposición inmediata en caso de deterioro de algún elemento.

8. EQUIPOS PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS

Se cuenta con estaciones de emergencias, ubicadas estratégicamente en los diferentes frentes de obra, las cuales disponen de elementos básicos necesarios (camilla, botiquín y extintor ABC) para brindar una atención inicial ante posibles situaciones de emergencia que puedan presentarse durante el desarrollo de las actividades.

9. SEÑALIZACIÓN Y DEMARCACIÓN DE AREAS

Se cuenta con señalización en los diferentes frentes de trabajo, orientada a prevenir accidentes, identificar peligros y controlar los riesgos presentes durante la ejecución de las actividades. La señalización instalada permite advertir oportunamente a los trabajadores, visitantes y demás personas sobre las condiciones existentes en obra, las áreas de circulación, zonas restringidas y los riesgos específicos asociados a cada actividad.

10. ACCIDENTALIDAD

Para el periodo comprendido entre el 01 al 30 de septiembre del año 2026 en el marco de la ejecución de las actividades laborales del contrato N° 053-00-G-CACOM4-GRUAL-2026, cuyo objeto es “OBRA PUBLICA PARA EL MANTENIMIENTO MEJORATIVO O DE ACTUALIZACIÓN DE LOS ALOJAMIENTOS DEL COMANDO AEREO DE COMBATE No. 4". Las estadísticas de accidentalidad a las cuales hace referencia la Resolución 0312 de 2019, frecuencia de accidentalidad, severidad de accidentalidad y proporción de accidentes mortales se encuentran en 0 ya que durante el periodo en mención no se presentaron accidentes laborales lo anterior se puede verificar en el certificado de accidentalidad emitido por la ARL Positiva a la cual se encuentran afiliadas la empresa SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S.

11. REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LAS ACTIVIDADES

En el presente cuadro se muestra el registro fotográfico de distintas actividades SST desarrolladas durante el mes de septiembre del presente año.

Tabla 4. Registro fotográfico actividades SST

	
Fotografía 1. Entrega de EPP	**Fotografía 2.** Entrega de EPP
	
Fotografía 3. Entrega de EPP	**Fotografía 4**. Entrega de EPP

Tabla 4. Registro fotográfico actividades SST

	
Fotografía 5. Inspección de herramientas	**Fotografía 6.** Señalización de áreas
	
Fotografía 7. Acompañamiento en actividades de alto riesgo	**Fotografía 8.** Acompañamiento en actividades de alto riesgo

Tabla 4. Registro fotográfico actividades SST

	
Fotografia 9. Pausas activas	**Fotografía 10.** Pausas activas
	
Fotografia 11. Charlas diarias	**Fotografía 12.** Capacitación
	
Fotografia 13. Reinducción SST	**Fotografía 14.** Inspección de camillas

Tabla 4. Registro fotográfico actividades SST

	
Fotografia 15. Inspección de camillas	**Fotografia 16.** Inspección de extintor
	
Fotografia 17. Inspección de botiquin	**Fotografia 18.** Inspección de botiquin
	
Fotografia 19. Inspección de equipos de alturas	**Fotografia 20.** Inspección de equipos de alturas

Tabla 4. Registro fotográfico actividades SST

	
Fotografia 21. Inspección de pulidora	**Fotografia 22.** Inspección de taladro
	
Fotografia 23. Inspección de escaleras	**Fotografia 24.** Inspección de andamio
	
Fotografia 25. Inspección de herramientas	**Fotografia 26.** Inspección de mezcladora

Tabla 4. Registro fotográfico actividades SST

	
Fotografia 27. Socialización ATS	**Fotografia 28.** Socialización ATS

Fuente: Elaboración Propia.

12. CONCLUSIONES

- Durante el mes de septiembre del presente año, NO se presentó accidentes/incidentes laborales.
- Todo el personal cuenta con las afiliaciones y las planillas de seguridad social las cuales fueron entregadas a la Interventoría.
- Todo el personal que ingresó durante el período reportado cumplió con la realización del examen médico ocupacional de ingreso, en concordancia con los lineamientos establecidos, garantizando así su aptitud para el desarrollo de las actividades asignadas.
- Todo el personal del contrato cuenta con dotación, asimismo, se cuenta en obra con un stock de elementos de protección personal para reposición en caso de daño o deterioro de estos.
- Se ejecutaron actividades encaminadas al orden, limpieza y aseo, y se cuenta con punto ecológico.
- Se suministra agua potable para el personal de obra como parte de las medidas encaminadas a la salud laboral.

ANEXO-1
RESPONSABLE SST

SOLTEC
/Proyectos de Ingeniería S.A.S.

Bogotá, 10 de agosto de 2026

SST-DC-RS-001

Señores
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.S
Bogotá.

REF: SISTEMA DE GETIÓN, SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

ASUNTO: RESPONSABLES DEL SG-SST

Cordial Saludo:

Yo, DIDIER FABIAN ACOSTA BELTRAN identificado con cédula de ciudadanía No 80.845.237 de Bogotá D.C. en calidad de Representante Legal de la empresa SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERÍA S.A.S, con NIT 900812511-1, me permito CERTIFICAR que a partir del 10/08/2026 las personas encargadas de implementar del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en la obra CACOM 4 es la siguiente:

NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NUMERO DE LICENCIA
Cristina Rocío Cadena Celis	CC 65.824.017	Renovación de Lic. Res. 0518 del 08 de mayo del 2017
Johanna Guerra Pardo	CC. 36.294.342	Resolución 1453 del 07 de febrero del 2020

Quedamos atentos a sus inquietudes y comentarios.

Cordialmente,

ING. DIDIER FABIAN ACOSTA BELTRAN
REPRESENTANTE LEGAL
SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERÍA S.A.S

SOLTEC
Proyectos de Ingeniería S.A.S.

ACEPTACIÓN DEL CARGO:

Firma: _____
Nombre: CRISTINA ROCIO CADENA CELIS
C.C. No: 65.824.017

Firma: _____
Nombre: ELCY JOHANA GUERRA PARDO
C.C. No: 36.294.342

ITEM	FECHA	DESCRIPCION	VERSION
1	26/08/2023	CREACIÓN DE DOCUMENTO	0
2	12/03/2025	ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTO	1
3	27/05/2026	ACTUALIZACIÓN EN LA CODIFICACIÓN Y SE INCLUYE NOTA ACLARATORIA SOBRE FIRMAS EN EL DOCUMENTO	2
4	01/08/2026	ASIGNACION DE INSPECTORES EN OBRA	3

PROYECTÓ	Tatiana Valbuena	**REVISÓ**	Deisy Fernández	**APROBÓ**	Didier Acosta
CARGO	Coordinador HSE	**CARGO**	Presidente del COPASST	**CARGO**	Representante legal
FIRMA		**FIRMA**		**FIRMA**	
FECHA	26/08/2023	**FECHA**	26/08/2023	**FECHA**	26/08/2023

Nota: Las firmas corresponden a los responsables vigentes al momento de aprobación del documento.

ANEXO-2
ASIGNACIÓN DE RECURSOS SG-SST

SOLTEC
Proyectos de Ingeniería S.A.S.

CERTIFICACIÓN DE ASIGNACIÓN DE RECURSOS PARA EL SG-SST

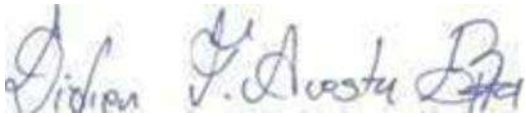
Por medio de la presente, SOLTEC Proyectos de Ingeniería SAS, identificada con NIT 900.812.511, certifica que para la vigencia 2026 se ha asignado un presupuesto destinado a la implementación, mantenimiento y mejora del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).

Para el desarrollo de las actividades establecidas en el Plan Anual de Trabajo del SG-SST, la empresa ha dispuesto recursos económicos por valor de:

$ 135.532.100 CIENTO TREINTA Y CINCO MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y DOS MIL CIEN PESOS M/CTE

Estos recursos estarán destinados al desarrollo de las actividades de promoción y prevención, capacitación, gestión de peligros y riesgos, medicina preventiva y del trabajo, preparación y atención de emergencias, adquisición de elementos requeridos para la gestión de SST, seguimiento, evaluación y demás actividades necesarias para el adecuado funcionamiento y mejora continua del SG-SST.

La presente certificación se expide como constancia de la asignación de recursos económicos para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, para los fines pertinentes.



_____

ING. DIDIER FABIAN ACOSTA BELTRAN
REPRESENTANTE LEGAL
SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERÍA S.A.S

ANEXO-3
AFILIACIÓN SGRL

Relación de Ingresos de Personal del Contratista durante el mes de Septiembre				
No.	**NOMBRE**	**IDENTIFICACIÓN**	**CARGO**	**FECHA INGRESO**
1_JEISON_RODRIGUEZ				
1	Santiago Hernández Alarcón	1014216041	Oficial de obra	7/09/2026
2	Jeison Andrés Romero Morales	1014216828	Ayudante de obra	30/09/2026
2_ NEG INGENIERIA SAS				
3	Ingrid Johana Laverde González	1016063332	Profesional SST	10/09/2026
4	Pedro Jose Rodriguez Rodriguez	80174522	Contratista	31/08/2026
5	Hector Giovanny Montes Aragon	80746871	Contratista	10/09/2026
3_EXPROYEC_JAL_SAS				
6	José Armando Torres	17421437	Tecnico redes de gas	7/09/2026
7	José Yezid Guerrero Sevilla	79848048	Tecnico redes de gas	7/09/2026
4_HIDROSAT				
8	Pedro Pablo Niño Parra	3005626	Ayudante de obra	8/09/2026
9	Camilo Andrés Nieto Lombana	1070625009	Ayudante de obra	11/09/2026
5_GRUPO ELITE				
10	Santiago Ordoñez Rocha	1005777996	Ayudante de obra	9/09/2026
11	Robinson Alexis Prieto Rojas	1073506688	Ayudante de obra	30/09/2026
12	Andres Felipe Rodriguez Berrocal	1192812393	Ayudante de obra	30/09/2026
6_CUBIERTAS DE COLOMBIA				
13	Javier Antonio Diaz Arévalo	11366842	Lider de proyectos /coordinador de Altura	14/09/2026
14	Lady Marcela Alarcón Santana	1074556511	Lider Administrativa/ coordinador altura	14/09/2026
15	Adonai Jesús Vega	1193211623	Oficial de Altura/coordinador de Altura	14/09/2026
16	Jhon Alexander Romero	79914163	Ayudante de piso	14/09/2026
17	Cristofferson Castilla Zabaleta	8508280	Soldador	14/09/2026
18	Danny José Obeso peña	1004119635	Oficial de altura	14/09/2026
19	Jhon Jaris Obeso Peña	1080540739	Oficial de altura	14/09/2026

Relación de Ingresos de Personal del Contratista durante el mes de Septiembre				
No.	**NOMBRE**	**IDENTIFICACIÓN**	**CARGO**	**FECHA INGRESO**
7_SOLTEC				
20	Shirley Johanna Rivera Rodríguez	1032459531	Profesional SST	28/09/2026

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA



DUPLICADO CC
1.014.216.041

APELLIDOS / NOMBRES
HERNANDEZ ALARCON
SANTIAGO

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
03-NOV-1990
BOGOTA D.C. - CUNDINAMARCA

FECHA DE EXPEDICIÓN
18-NOV-2008

SEXO
MASCULINO

LUGAR DE PREPARACIÓN
BOGOTA D.C. - ENGATIVA BOGOTA DC

OFICINA DE ENTREGA
BOGOTA D.C. - ENGATIVA BOGOTA DC

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.

ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO HASTA EL 01-MAR-2027

8519994716
01-SEP-2026

Medellín, 03 de september de 2026

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

CERTIFICA:

Que SANTIAGO HERNANDEZ ALARCON identificado(a) con cédula de ciudadanía 1014216041 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 07/09/2026 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

RODRIGUEZ PINILLA JEISON GERMAN C80172425

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5411201 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE CONSTRUCCIÓN DE TODO TIPO DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, REFORMA O RENOVACIÓN DE ESTRUCTURAS EXISTENTES, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS

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

CENTRO DE TRABAJO: 0000000002 - MELGAR20082026

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

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5411201 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE CONSTRUCCIÓN DE TODO TIPO DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, REFORMA O RENOVACIÓN DE ESTRUCTURAS EXISTENTES, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5411201 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE CONSTRUCCIÓN DE TODO TIPO DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, REFORMA O RENOVACIÓN DE ESTRUCTURAS EXISTENTES, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5411201

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: 03/09/2026 3.40 PM

compensar | salud eps

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

No. de Radicación

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año)

Sello asesor

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado:	6. Tipo de cotizante:	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [✓]	A. Contributivo [✓]	Si [ ]	A. Cotizante [✓] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [ ]	
B. Reporte de Novedades [✓]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	No [✓]	B. Cabeza de familia [ ] D. Afiliado adicional [ ]	B. Independiente [✓]	
	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]				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: HERNANDEZ	Segundo Apellido: ALARCON	Primer Nombre: SANTIAGO	Segundo Nombre:

9. Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
CC	1014216041	Femenino [ ] Masculino [✓]	F [ ] M [✓] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento				15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
COLOMBIANO	País: COLOMBIA	Departamento: BOGOTA	Municipio: BOGOTA		03-11-1990

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	
		Si [ ] No [ ]	Categoría de discapacidad

19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
Si [ ] No [ ]	Nivel [ ] Grupo [ ]		SURA

23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia
PORVENIR	1750905		CR 76 # 68 B - 75

Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico	Localidad
	3144450326	sasorycan@gmail.com	BOGOTA

Municipio	Localidad/Comuna	Zona					
BOGOTA	BOGOTA	Cabecera Municipal	[✓]	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			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?

32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento				34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
	País	Departamento	Municipio		

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

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

	36. Tipo de documento de identidad	37. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cuál?	País	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

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

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

FOR-EPSVTA-0002 V002

	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	SANTIAGO HERNANDEZ ALARCON		
56. Tipo de documento de identificación: CC	57. Número del documento de identificación: 1014216041	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS): INDEPENDIENTE	
59. Ubicación: CR 76 # 68 B - 75 (Dirección)			3144450326 (Teléfono fijo o Celular)
sasorycan@gmail.com (Correo electrónico)	BOGOTA (Departamento)	BOGOTA (Municipio/Distrito)	

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad ☐	10. Número de documento de identidad	62. Sexo biológico: Femenino ☐ Masculino ☐	63. Sexo identificación: F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál?
64. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)	65. EPS anterior		
66. Fecha de novedad (Día - Mes - Año): 07-09-2026	67. Motivo de traslado Cod. ☐	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

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 de documento de identidad		

IX. FIRMAS

Santiago	Santiago
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 — Cantidad de documentos de identidad anexos: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ PT ☐
- ☐ **83.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **84.** Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ **85.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ **86.** Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ **87.** Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- ☐ **88.** Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- ☐ **89.** Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del arcticulo 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.

Total Anexos ☐

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

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

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

94. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad ☐	Número de documento de identidad	95. Firma del funcionario	

96. fecha de radicación (Día - Mes - Año)	97. Fecha de validación (Día - Mes - Año)

OBSERVACIONES:

Sello asesor

V002

FOR-EPSVTA-0002

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

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

compensar | salud eps

	SI	NO
¿ Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	✔	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la entrega de la carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	✔	
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	✔	
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	✔	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	✔	
¿Autoriza recibir la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño por medio electrónico?	✔	

SI: ✔ Correo electrónico: sasorvcan@gmail.com NO: ☐ Me comprometo a consultar en www.compensar/salud

Como cotizante y representante de mi grupo familiar, hago constar mediante mi firma que compartiré la presente carta de derechos y deberes y carta de desempeño de la EPS con mis beneficiarios.

Firma del afiliado: Santiago

No. Identificación: 1014216041

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a) _____ con C.C. No. _____ lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____ con C.C. No. _____ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección _____

de domicilio: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

Identificación: _____

Huella

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explicita e inequívoca, previamente informada a la caja de compensación familiar Compensar y sus unidades de servicio (en adelante Compensar), de acuerdo a lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, para tratar mi información personal, como datos biográficos y biométricos de acuerdo con lo establecido en el Manual de protección de Datos Personales de Compensar, disponible en: https://corporativo.compensar.com/proteccion-de-datos.

Estos datos serán utilizados en el desarrollo de las funciones propias de Compensar, con el fin de: Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y mi grupo familiar. Atender a requerimientos legales y de organismos de control. Transmitir mis datos a las administradoras del Sistema General de Protección Social para la actualización de mi afiliación, traslados y novedades en el Sistema o para el reconocimiento de los diferentes subsidios según aplique por ley. Consultar mis datos en centrales de información financiera y operadores de información. Validar mi identidad a través de mecanismos de autenticación electrónica. Registrar mi información en la base de datos del Operador de Información Compensar - miplanilla. Registrarme en los programas de orientación, capacitación laboral y de emprendimiento siempre que sea de mi interés. Realizar análisis estadístico sobre hábitos de consumo para evaluar la calidad y mejorar los productos y servicios. Compartir mis datos con las entidades con las que Compensar tenga convenios, acuerdos comerciales o relación contractual como proveedor, siempre que se cuente con cláusulas de transferencia de datos. Realizar gestión de crédito, cartera, cobranza u otras acciones a nombre de Compensar, de manera interna o a través de terceros, a los cuales sería transmitida mi información en caso de ser necesario. Consultar los datos personales recolectados por los circuitos cerrados de televisión de Compensar, con la finalidad de garantizar la seguridad de las personas y los bienes, como evidencia en procesos disciplinarios o respuesta a solicitudes de los entes de control sobre actividades desarrolladas al interior de nuestras instalaciones.

Así mismo, autorizo a Compensar a enviar información comercial, publicitaria o promocional sobre servicios, nuevas alianzas o convenios, eventos o promociones, con el fin de impulsar, invitar, dirigir, ejecutar, informar y de manera general, llevar a cabo campañas, estrategias de marketing, promociones o concursos y todas aquellas actividades asociadas a los servicios de Compensar. Entiendo que compensar realiza el envío de información y la gestión de cobranzas a través de visitas, correo físico, correo electrónico, teléfono celular, mensajes de texto o por medio de aplicaciones de mensajería instantánea, lo cual puedo revocar en cualquier momento.

En concordancia con lo establecido en el artículo 7 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, Compensar se compromete a tratar los datos de niños, niñas y adolescentes, respetando sus derechos prevalentes y en función de los servicios propios de Compensar.

Entiendo que Compensar tratará mis datos dando cumplimiento a los principios de legalidad, finalidad, libertad, veracidad o calidad, transparencia, acceso y circulación restringida, confidencialidad y seguridad, señalados en el artículo 4 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y que en cualquier momento podré ejercer mi derecho a conocer, actualizar, rectificar o suprimir mi información, siempre que no tenga un deber legal o contractual de permanecer en la base de datos. Mis derechos como titular de la información sobre la cual Compensar realiza el tratamiento, los podré ejercer de acuerdo a lo definido en el Manual de Protección de Datos, radicando una solicitud o reclamo a través de la página web en el enlace https://corporativo.compensar.com/te-escuchamos o por escrito en la dirección Avenida 68 # 49 A – 47, ventanilla de correspondencia.

Si ✔ No ☐

Firma del afiliado: Santiago **No. Identificación:** 1014216041

Vigilado Supersalud

FOR-EPSVTA-0002 V002

Vigilado Supersubsidio

INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

La información que se registre en este formulario es muy importante para el SGSSS, por favor, para su diligenciamiento siga las instrucciones de este documento.

CAPÍTULO I. DATOS DEL TRÁMITE

Estos datos se refieren a la descripción del trámite que se realiza mediante el diligenciamiento del FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REPORTE DE NOVEDADES, por tanto, son obligatorios para el cotizante, cabeza de familia, beneficiario, aportante, entidad o institución autorizada, cuando se registre una afiliación o se reporte alguna novedad.

1. Tipo de trâmite

A. Afiliación Aplica cuando se ingresa por primera vez al Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, en condición de cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional.

B. Reporte de novedades Aplica cuando se reporta algún cambio en los datos de identificación, datos complementarios o en la condición de la afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliado adicional, según el/los tipo(s) de novedades relacionadas en el campo 60 "Tipo de novedad".

2. Tipo de afiliación

A. Individual La opción de afiliación individual aplica cuando el cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional realiza directamente la afiliación y el reporte de novedades.
Se debe colocar una X en la opción que corresponda: cotizante o cabeza de familia o beneficiario o afiliado adicional.

B. Colectiva La opción aplica cuando un trabajador independiente o un miembro de una comunidad o congregación religiosa realiza afiliación, reporte de novedades y pago de aportes al SGSSS a través de asociaciones, agremiaciones o congregaciones religiosas autorizadas para realizar afiliaciones colectivas.

C. Institucional La opción Institucional aplica cuando la persona que se va a afiliar se encuentra a cargo de una institución de protección y la institución es responsable de hacer el trámite.

D. De oficio La opción de afiliación de oficio aplica cuando la entidad territorial o la Institución Prestadora de Servicios de Salud afilia al Sistema General de Seguridad Social en Salud a una persona, válidamente identificada, que no se encuentra afiliada o presenta novedad de terminación o retiro de la inscripción en la Entidad Promotora de Servicios de Salud.
Procede igualmente, como mecanismo excepcional, cuando la Unidad de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales -UGPP, en ejercicio de las acciones de determinación y cobro, establezca omisión en la afiliación al Sistema de la Protección Social.

3. Régimen Marque con una X, si la afiliación o el reporte de la novedad se realizan en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado.

4. Contribución Solidaria Marque con una X, el campo que corresponda, para ingresar a la Contribución Solidaria como mecanismo de afiliación al Régimen Subsidiado en Salud según el Decreto 616 de 2022, o la norma que lo modifique o sustituya.

5. Tipo de afiliado Marque con una X, la opción correspondiente a la condición de quien realiza la afiliación o reporta la novedad:

A. Cotizante: Aplica cuando la persona que se afilia o reporta la novedad está obligada a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en el Régimen Contributivo.

B. Cabeza de familia: Aplica cuando la persona que se afilia o que reporta la novedad se registra o se ha registrado como cabeza de su núcleo familiar en el Régimen Subsidiado.

C. Beneficiario: Es la persona que integra el núcleo familiar y reúne las condiciones para ser inscrito como beneficiario de un cotizante en el Régimen Contributivo o de un cabeza de familia en el Régimen Subsidiado. Este campo únicamente puede ser utilizado por el beneficiario para reportar las novedades "9 - Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar" o "16. Reporte de fallecimiento del cotizante o Cabeza de familia" relacionadas en el campo 60 "Tipo de novedad"
Adicionalmente, el cotizante o cabeza de familia debe reportar la novedad "8 - Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales" en el campo 60 "Tipo de novedad".

D. Afiliado Adicional: Aplica cuando la persona no cumple con los requisitos para ser cotizante o beneficiario en el Régimen Contributivo y se inscribe en el núcleo familiar de un afiliado cotizante mediante el pago de una Unidad de Pago por Capitación adicional. Este campo únicamente puede ser utilizado por el beneficiario para reportar las novedades "9 - Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar" o "16. Reporte de fallecimiento del cotizante o Cabeza de familia" relacionadas en el campo 60 "Tipo de novedad".
Adicionalmente, el cotizante debe reportar la novedad "8 - Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales" en el campo 60 "Tipo de novedad".

6. Tipo de cotizante Marque con una X la opción que corresponda:

A. Dependiente: Se diligencia cuando el cotizante tiene un empleador mediante una relación laboral y comparte con este, el pago de los aportes a salud y pensiones.

B. Independiente: Se diligencia cuando el cotizante no tiene vínculo laboral o reglamentario con algún empleador, y es una persona cuenta propia o contratista, que asume la totalidad del pago de sus aportes al Sistema de Seguridad Social Integral.

C. Pensionado: Se diligencia cuando el cotizante goza de una pensión y el pago del aporte a salud se encuentra a su cargo, a través del pagador de la pensión.

7. Código Este campo debe ser diligenciado por la EPS, para lo cual debe registrar el código del tipo de cotizante que corresponda como dependiente, independiente o pensionado según la tabla de cotizantes y/o pensionados establecida para la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes-PILA.

A. AFILIACIÓN. Si la afiliación es individual o colectiva, se debe:

- Diligenciar los espacios de los Capítulos II "DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia y Beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)" y III "DATOS COMPLEMENTARIOS", correspondientes al cotizante o cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional cuando aplique.
- Diligenciar los datos del Capítulo IV "DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR" si el cotizante o cabeza de familia tiene beneficiarios, en el mismo trámite de afiliación.
- Diligenciar los datos del Capítulo V "DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, O RESPONSABLES DEL PAGO", relativos al empleador si el afiliado es dependiente, a la agremiación colectiva, asociación o congregación religiosa si un trabajador independiente vinculado a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas o de la entidad responsable del pago para el pago de cotizantes independientes.
- Marcar con una X, en el Capítulo VII "DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES", las declaraciones y autorizaciones que correspondan.
- Diligenciar en el Capítulo IX "Firmas", los campos 80 y/o 81 según el caso.
- Marcar con una X, en el Capítulo X "ANEXOS", los documentos de identidad que se adjuntan de las personas que se afilian, los anexos que acreditan la condición de sus beneficiarios, según corresponda y demás documentos que soporten el trámite de afiliación o reporte de la novedad.

Si la afiliación es institucional o de oficio, la institución o entidad debe:

- Diligenciar los espacios de los Capítulos II "DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia y Beneficiario cuando aplique)" y III "DATOS COMPLEMENTARIOS" con los datos de la persona que se va a afiliar, en condición de cabeza de familia. Los niños de padres no afiliados que afilia la IPS tendrán la calidad de cabeza de familia hasta tanto sus padres realicen la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Diligenciar los datos del Capítulo IV "DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR" si tiene información de los beneficiarios de la persona que se va a afiliar, o si la persona que se va a afiliar tiene la calidad de beneficiario y el cabeza de familia o cotizante se niega a su inscripción dentro del núcleo familiar de acuerdo con lo establecido en el artículo 2.1.4.2 del Decreto 780 de 2016.
- Diligenciar los datos del Capítulo XI "DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL" y XII. "DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL" relativos a la entidad responsable de la afiliación institucional o de oficio.
- Marcar con una X en el Capítulo VII "DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES" las declaraciones y autorizaciones que correspondan. En el caso de las afiliaciones de oficio solo podrán marcar los numerales 73, 74 y 75.
- Diligenciar el Capítulo IX "Firmas", firmando en el campo 81 "Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio".
- Marcar con una X, en el Capítulo X "ANEXOS", el documento de identidad que se adjunta de la(s) persona(s) que se va(n) a afiliar y los anexos que acreditan la condición de beneficiarios, según corresponda.
- Diligenciar los datos del Capítulo XI "DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES" cuando la Entidad Territorial o la Institución es la que realiza la afiliación.

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

Los datos básicos de identificación son aquellos que permiten la plena identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional cuando aplique, y deben coincidir con la información contenida en el documento de identidad expedida por la entidad competente. Estos son:

8. Apellidos y nombres

Estos datos deben ser registrados en los campos definidos y deben corresponder a la información contenida en el documento de identidad: - Primer apellido - Segundo apellido - Primer nombre - Segundo nombre

9. Tipo de documento de identidad: Debe colocar en el espacio el código que corresponde al documento de identidad, según la siguiente tabla:

Cód.	Descripción del Tipo de Documento
CN	***Certificado de Nacido vivo,*** es el documento expedido por la Institución Prestadora de Servicios (IPS) donde nació el neonato. Solo tiene validez para realizar la afiliación, y máximo hasta el tercer mes de vida. Debe ser reemplazado por el registro civil.
RC	***Registro civil de nacimiento,*** es el documento expedido por una notaría pública con el que se identifican los menores de 7 años. Debe ser reemplazado por la tarjeta de identidad.
TI	***Tarjeta de identidad,*** es el documento expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil con el que se identifican los menores entre 7 y 17 años. Debe ser reemplazada por la cédula de ciudadanía.
CC	***Cédula de Ciudadanía,*** es el documento expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil, con el que se identifican las personas al cumplir 18 años de edad.
CE	***Cédula de Extranjería,*** es el documento de identificación expedido por Migración Colombia, que se otorga a los extranjeros titulares de una visa superior a 3 meses y a sus beneficiarios, con base en el Registro de Extranjeros.
PA	***Pasaporte,*** es el documento que acredita la identidad de un extranjero menor de 7 años.
CD	***Carné Diplomático,*** es el documento que identifica a extranjeros que cumplen funciones en las embajadas, legaciones, consulados y delegaciones en representación de gobiernos extranjeros.
SC	***Salvo Conducto de Permanencia (SC-2),*** es el documento de carácter temporal expedido por la Unidad Administrativa Especial de Migración Colombia, al extranjero que deba permanecer en el país mientras se resuelve su situación de refugiado o asilado y la de su familia.
PT	***Permiso por Protección Temporal,*** es el documento de identificación para los migrantes venezolanos que cumplan con los requisitos contenidos en el artículo 15 de la Resolución 971 de 2021 expedida por Migración Colombia, o en la norma que la modifique o sustituya.

En los casos que no exista identificación de la población por parte de la Registraduría Nacional del Estado Civil o Migración Colombia o el documento de identidad no corresponda con la edad, se dará aplicación a lo dispuesto en la Resolución 406 de 2023 o la norma que la modifique o sustituya.

10. Número del documento de Identidad Es el número contenido en el documento de identidad emitido por la autoridad competente.
Si se trata del registro civil, escriba el NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento.
Si se trata del Salvo Conducto de Permanencia – SC, se debe tener en cuenta el número "Historial Extranjero" el cual corresponde a los consecutivos numéricos de identificación internos otorgados por Migración Colombia.

11. Sexo Biológico o de nacimiento: Marque con una X, la opción: femenino o masculino según las características genéticas, endocrinas y morfológicas del cuerpo al nacer.

12. Sexo Identificación Marque con una X, la opción: F "Femenino" o M "Masculino" o T "Transexual" o NB "No Binario" u otro, según corresponda a la información contenida en el documento de identidad, expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.
Cuando se marque con una X la opción "otro", se debe diligenciar en el espacio "cual" el sexo registrado en el documento de identidad expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

13. Nacionalidad Registre la nacionalidad que corresponda a la información contenida en el documento de identidad, y la EPS deberá reportar el código del listado de países que se encuentre relacionada en la página de Sispro en el sitio: https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=Pais

14. Lugar de nacimiento Registre el nombre del país, departamento y municipio en el que nació.

15. Fecha de nacimiento Registre la fecha de nacimiento contenida en el documento de identidad: día, mes y año.

CAPÍTULO III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales Estos datos deben registrarse para el cotizante en el Régimen Contributivo y para el cabeza de familia en el Régimen Subsidiado, según corresponda.

16. Etnia En este espacio debe registrar el código correspondiente a la etnia, en caso de pertenecer a alguna de ellas, tal como aparece en la tabla:

Cód.	Etnia	Cód.	Etnia
01	Indígena	04	Palenquero (San Basilio de Palenque)
02	Rrom (gitano)	05	Población Negra, Afrodescendientes
03	Raizal (San Andrés y Providencia)		

17. Comunidad Este campo deberá ser diligenciado cuando en el campo "16 - Etnia" se reporte el código "01 – Indígena", caso en el cual indicará el nombre de la comunidad indígena registrada en el Ministerio del Interior o DANE. La EPS deberá reportar el código según la Resolución 762 de 2023 o la norma que la modifique o sustituya.

18. Discapacidad Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el cotizante o cabeza de familia tenga deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a mediano y largo plazo que, al interactuar con diversas barreras incluyendo las actitudinales, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

Categorías de discapacidad: En caso de conocer la categoría de discapacidad reporte el código que corresponda de acuerdo con la tabla que se relaciona a continuación, en el campo denominado Categoría de Discapacidad:

Cód.	Categoría de Discapacidad	Cód.	Categoría de Discapacidad
1	Discapacidad física	5	Discapacidad intelectual
2	Discapacidad auditiva	6	Discapacidad psicosocial (mental)
3	Discapacidad visual	7	Discapacidad múltiple
4	Sordoceguera		

La determinación de la categoría de discapacidad atenderá al resultado del procedimiento dispuesto en la Resolución 1197 de 2024 o la norma que la modifique o sustituya. De no haber surtido ese procedimiento o no tener certeza sobre la categoría no diligencie este campo.

19. Tiene encuesta SISBÉN: Marque con una X, el campo que corresponda, para informar si tiene aplicada la encuesta del SISBÉN.

20. Clasificación SISBÉN: Este campo deberá ser diligenciado cuando haya reportada que tiene la encuesta del SISBÉN, caso en el cual deberá registrar el nivel y grupo que corresponda de acuerdo con la última metodología del Sisbén vigente.

21. Grupo de población especial: Este campo deberá ser diligenciado si el usuario pertenece a un grupo de población, reportando el código correspondiente a la población especial según la Resolución 762 de 2023 o la norma que la modifique o sustituya.

22. Administradora de Riesgos Laborales – ARL: Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo cuando aplique. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Riesgos Laborales donde se encuentra afiliado.

23. Administradora de Pensiones: Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Pensiones donde se encuentra afiliado.

24. Ingreso base de cotización - IBC: Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el valor del salario o el valor correspondiente al 40% de los ingresos mensuales para el caso de los independientes, sobre el cual va a pagar los aportes al SGSSS.

25. Tarifa Contribución Solidaria: En este campo debe reportar la suma de las tarifas por cada uno de los miembros mayores de edad del núcleo familiar, cuyo pago estará a cargo del cabeza de familia, y debe ser diligenciado cuando haya reportado en "5" el campo "4. Contribución solidaria".

26. Residencia: Diligencie los datos del lugar donde reside el cotizante o cabeza de familia completos.
- Dirección. Este campo es obligatorio - Teléfono Fijo. Este campo es opcional - Teléfono Celular. Este campo es opcional - Correo electrónico. Este campo es opcional - Departamento. Este campo es obligatorio - Ciudad/Municipio o distrito. Este campo es obligatorio - Localidad/comuna si existen en su ciudad, municipio o distrito. Este campo es opcional - Zona: Cabecera municipal, centro poblado, rural dispersa o resto rural donde se ubica su residencia, este campo es obligatorio

En el caso de Bogotá, D. C., debe escribir en el campo departamento: Bogotá, D. C.
Las zonas se definen, de conformidad con el manual de conceptos básicos de Julio de 2019, expedido por el DANE, en los siguientes link: https://www.dane.gov.co/files/censo2018/informacion-tecnica/CNPV-2018-manual-conceptos.pdf y https://www.dane.gov.co/files/inf_geo/4Ge_ConceptosBasicos.pdf

Cabecera Municipal (CM): es el área geográfica que está definida por un perímetro urbano, cuyos límites se establecen por acuerdos del Concejo Municipal. Corresponde al lugar en donde se ubica la sede administrativa de un municipio.

Área rural o resto municipal: se caracteriza por la disposición dispersa de viviendas y explotaciones agropecuarias existentes en ella. No cuenta con un trazado o nomenclatura de calles, carreteras, avenidas, y demás. Tampoco dispone, por lo general, de servicios públicos y otro tipo de facilidades propias de las áreas urbanas.

Centro poblado (CP): es un concepto creado por el DANE para fines estadísticos, útil para la identificación de núcleos de población. Se define como una concentración de mínimo veinte (20) viviendas contiguas, vecinas o adosadas entre sí, ubicada en el área rural de un municipio o de un Corregimiento Departamental. Dicha concentración presenta características urbanas tales como la delimitación de vías vehiculares y peatonales. En las tablas referidas a la codificación de la Divipola, se identifican en la columna "Categoría" con la expresión o etiqueta "CP", indicando que, si bien se trata de un centro poblado, no se cuenta con la precisión de la autoridad municipal, que permita afirmar si se trata de un caserío, de una inspección de policía, o de un corregimiento municipal.

Rural disperso: Delimitación geográfica definida por el DANE para fines estadísticos, comprendida entre el perímetro censal de las cabeceras municipales y de los centros poblados, y el límite municipal. Se caracteriza por la disposición dispersa de viviendas y de explotaciones agropecuarias existentes en ella. Corresponde al territorio que no forma parte ni de la cabecera municipal (clase 1) ni de los centros poblados (clase 2). Se caracteriza por objetos y elementos relacionados con la agricultura, predios de descanso o recreo, usos mineros o extractivos. El número de unidades residenciales por área es menor a las zonas urbanas.

CAPÍTULO IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante
Estos datos deben ser registrados solo cuando el cónyuge o compañero(a) permanente también cotiza al SGSSS.
Si este no cotiza debe registrarse como Beneficiario en la fila de primer beneficiario (B1) del Capítulo IV "Datos de identificación de los miembros del núcleo familiar".
Si al momento de la afiliación del cotizante el cónyuge o compañero(a) permanente está afiliado y cotiza, solo debe diligenciar sus datos básicos de identificación de estos espacios.

27. Apellidos y nombres: Estos datos deben ser registrados en los campos definidos y deben corresponder a la información contenida en el documento de identidad.
- Primer apellido - Segundo apellido - Primer nombre - Segundo nombre

28. Tipo de documento de identidad: Registre el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 8 del Capítulo II "DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)" de este instructivo.

29. Número del documento de identidad: Es el número contenido en el documento de identidad emitido por la autoridad competente.
Si se trata del registro civil, escriba el NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento.
Si se trata del Salvo Conducto de Permanencia – SC, se debe tener en cuenta el número "Historial Extranjero" el cual corresponde a los consecutivos numéricos de identificación internos otorgados por Migración Colombia.

30. Sexo biológico o de nacimiento: Marque con una X, la opción: femenino o masculino según las características genéticas, endocrinas y morfológicas del cuerpo al nacer.

31. Sexo Identificación: Marque con una X, la opción: F "Femenino" o M "Masculino" o T "Transexual" o NB "No Binario" u otro, según corresponda a la información contenida en el documento de identidad, expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.
Cuando se marque con una X la opción "otro", se debe diligenciar en el espacio "cual" el sexo registrado en el documento de identidad expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

32. Nacionalidad: Registre la nacionalidad que corresponda a la información contenida en el documento de identidad, y la EPS deberá reportar el código del listado de países que se encuentre relacionada en la página de Sispro en el sitio: https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=Pais

33. Lugar de nacimiento: Registre el nombre del país, departamento y municipio en el que nació.

34. Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento contenida en el documento de identidad: día, mes y año.

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales En las filas identificadas con los códigos B1, B2, B3, B4 y B5 registre los datos de cada uno de los beneficiarios o afiliados adicionales que vaya a incluir en el trámite.

35. Apellidos y nombres: Estos datos deben ser registrados en los campos definidos y deben corresponder a la información contenida en el documento de identidad.
- Primer apellido - Segundo apellido - Primer nombre - Segundo nombre

36. Tipo de documento de identidad: Registre el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 9 del Capítulo II "DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia y Beneficiario cuando aplique)" de este instructivo.

37. Número del documento de identidad: Es el número contenido en el documento de identidad emitido por la autoridad competente.
Si se trata del registro civil, escriba el NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento.
Si se trata del Salvo Conducto de Permanencia – SC, se debe tener en cuenta el número "Historial Extranjero" el cual corresponde a los consecutivos numéricos de identificación internos otorgados por Migración Colombia.

38. Nacionalidad: Registre la nacionalidad que corresponda a la información contenida en el documento de identidad, y la EPS deberá reportar el código del listado de países que se encuentre relacionada en la página de Sispro en el sitio: https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=Pais

39. Sexo biológico o de nacimiento: Marque con una X, la opción: femenino o masculino según las características genéticas, endocrinas y morfológicas del cuerpo al nacer.

40. Sexo identificación: Marque con una X, la opción: F "Femenino" o M "Masculino" o T "Transexual" o NB "No Binario", según corresponda a la información contenida en el documento de identidad, expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.
Cuando se marque con una X la opción "otro", se debe diligenciar en el espacio "cual" el sexo registrado en el documento de identidad expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

41. Lugar de nacimiento: Registre el nombre del país, departamento y municipio en el que nació.

42. Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento contenida en el documento de identidad: día, mes y año.

Datos complementarios de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

43. Parentesco: En este espacio debe reportar el parentesco que corresponda con el cotizante o cabeza de familia y que lo identifica como beneficiario o afiliado adicional, como aparece en la siguiente tabla:

Conformación Grupo familiar	Parentesco	Descripción Parantesco
Cotizante/Cabeza de familia	Cónyuge	Existencia de vínculo matrimonial.
Beneficiario	Compañero (a) permanente	Con unión marital de hecho.
Beneficiario	Hijos menores de 25 años	Que dependan económicamente.
Beneficiario	Hijos con incapacidad permanente mayores de 25 años.	Si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
Beneficiario	Hijos de cónyuge o compañero permanente incluyendo las parejas del mismo sexo.	Si son menores de 25 años y dependen económicamente del cotizante, o de cualquier edad si presentan incapacidad permanente.
Beneficiario	Nieto (a) hijos de los beneficiarios	Padre o madre es beneficiario del cotizante.
Beneficiario	Sobrino (a), Tío (a), Bisnieto (a), Hermano (a)	Hijos menores de 25 años y de cualquier edad con incapacidad permanente que dependan económicamente del cotizante y se encuentren hasta el tercer grado de consanguinidad como consecuencia del fallecimiento de los padres, pérdida de la patria potestad o la ausencia de éstos.
Beneficiario	Padres del cotizante	Que no estén pensionados y dependan económicamente del cotizante, cuando este no tiene inscrito como beneficiarios al cónyuge o compañero(a) permanente o a los hijos.
Beneficiario	Menores de 18 años en custodia	La inclusión como beneficiario está determinado por autoridad competente.
Afiliado adicional consanguíneo	Padre, abuelo (a), bisabuelo (a), hijo (a), nieto (a), biznieto (a), tío (a), primo (a), hermano (a), sobrino (a), hijo del sobrino (a), hermano	Persona de cualquier edad que depende económicamente del cotizante y se encuentra hasta cuarto grado de consanguinidad respecto de este y no cumplan los requisitos para ser cotizantes o beneficiarios en el régimen contributivo.
Afiliado adicional afinidad	Suegro (a), nuera, yerno, cuñado (a), abuelo (a) del cónyuge, hijo (a), nieto (a)	Persona de cualquier edad que depende económicamente del cotizante y se encuentra hasta el segundo grado de afinidad, respecto de este, es decir con la familia del cónyuge o compañero permanente y no cumplan los requisitos para ser cotizantes o beneficiarios en el régimen contributivo.

44. Etnia: Registre el código que aparece en la tabla del numeral 16 del CAPÍTULO II. "DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia y Beneficiario cuando aplique)" de este instructivo.

45. Comunidad: Este campo deberá ser diligenciado cuando en el campo "16 – Etnia" se reporte el código "01 – Indígena", caso en el cual, la EPS deberá reportar el código según la Resolución 762 de 2023 o la norma que la modifique o sustituya.

46. Grupo de población especial: Este campo deberá ser diligenciado si el beneficiario o afiliado adicional pertenece a un grupo de población especial reportando el código correspondiente a la población especial según la Resolución 762 de 2023 o la norma que la modifique o sustituya.

47. Tiene encuesta SISBÉN: Marque con una X, el campo que corresponda, para informar si tiene aplicada la encuesta del SISBÉN.

48. Clasificación SISBÉN: Este campo deberá ser diligenciado cuando haya reportada que tiene la encuesta del SISBÉN, caso en el cual deberá registrar el nivel y grupo que corresponda de acuerdo con la última metodología del Sisbén vigente.

49. Discapacidad: Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el beneficiario tenga deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a mediano y largo plazo que, al interactuar con diversas barreras incluyendo las actitudinales, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

Categorías de discapacidad: En caso de tener alguna discapacidad, reporte el código que corresponda de acuerdo con la tabla del numeral 18 del CAPÍTULO III. "DATOS COMPLEMENTARIOS", de este instructivo.

50. Incapacidad permanente: Marque con una "X" si el beneficiario como consecuencia de un accidente de trabajo, enfermedad profesional o común presenta una disminución definitiva en su capacidad laboral.

51. Datos de residencia: Estos datos aplican solo para el Régimen Contributivo cuando los beneficiarios y afiliados adicionales residan en un municipio diferente al del cotizante.
- Departamento - Municipio/Distrito - Zona: urbana, rural - Teléfono (fijo y/o celular) - Dirección

En el caso de Bogotá, D. C., debe escribir en el campo departamento: Bogotá, D. C.

52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS):
Este dato debe ser diligenciado por la EPS para lo cual debe colocar el valor mensual del aporte (en números) correspondiente a cada afiliado adicional que se haya registrado, según los valores establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para cada vigencia.

Vigilado Supersalud
Vigilado Supersubsidio

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS): Registre el nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud primaria que ha sido seleccionada por el cotizante o cabeza de familia, dentro del listado de la Red de Prestadores que le presente la EPS, así:
- En la fila identificada con la letra C, la IPS seleccionada en el municipio de residencia del cotizante o Cabeza de Familia
- En la(s) fila(s) identificada(s) con la letra B, solo para el régimen contributivo, en la casilla vacía, registre el número del beneficiario del cotizante o afiliado adicional que resida en un municipio distinto al del cotizante y el nombre de la IPS en ese municipio.

54. Código de la IPS: La EPS debe registrar el código de la IPS primaria seleccionada por el afiliado.
Para la captura digital del formulario, las EPS deben disponer el listado de IPS para que sea seleccionada por el afiliado.

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

Estos datos aplican a:
- El Empleador cuando el afiliado que hace el trámite es un trabajador dependiente y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige.
- Las entidades autorizadas para realizar la afiliación colectiva de trabajadores independientes o miembros de comunidades o congregaciones religiosas, entidades administradoras o pagadoras de pensiones, Cooperativas y pre-cooperativas de trabajo asociado, Cajas de Compensación Familiar cuando se trate de cotizantes que no tienen la calidad de dependientes y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige.
- Las entidades responsables del pago de los tipos de cotizantes relacionados en la novedad 6 del campo 60 "Tipo de Novedad".

55. Nombre o Razón Social: Escriba el nombre o razón social del aportante o pagador de pensiones o de las entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.

56. Tipo de documento de identificación: Escriba el tipo de documento con el cual se identifica como aportante o pagador de pensiones o como entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, así:
- NIT (número de identificación tributaria), cuando se trate de personas jurídicas.
- CC (cédula de ciudadanía), TI (tarjeta de identidad), CE (cédula de extranjería), CD (carné diplomático), o PT (Permiso por Protección Temporal) cuando se trate de personas naturales.

57. Número del documento de identificación: Escriba el número del documento de identidad del aportante o pagador de pensiones o de las entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.

58. Tipo de aportante o pagador de pensiones: Este dato debe ser diligenciado por la EPS para lo cual debe registrar el código del tipo de aportante o pagador de pensiones que corresponda según la tabla de aportantes o pagadores de pensiones establecidos para la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes-PILA.

59. Ubicación: - Dirección - Teléfono (fijo o celular) - Correo electrónico - Departamento - Municipio/Distrito
En el caso de Bogotá, D. C., debe escribir como departamento Bogotá, D. C.

B. REPORTE DE NOVEDADES El reporte de novedades no puede realizarse simultáneamente con la afiliación. La novedad es la modificación de los datos reportados en la afiliación o de la condición de la afiliación.
El reporte de novedades solo puede ser realizado por los cotizantes y cabezas de familia. Los beneficiarios únicamente pueden reportar las novedades de adquisición de condiciones para cotizar o el fallecimiento del cotizante o cabeza de familiar, establecidas en el campo 60 "Tipo de novedad".
Las EPS no pueden reportar a la base de datos de afiliados vigente novedades que no hayan sido reportadas por los cotizantes, cabeza de familia o beneficiarios mediante la suscripción del Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades.

60. Tipo de novedad: Marque con una X la casilla que corresponda al tipo de novedad que va a reportar, según la siguiente tabla:

NUM	NOMBRE	NUM	
1	Modificación de datos básicos de identificación	12	Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
2	Corrección de datos básicos de identificación	13	Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
3	Actualización del documento de identificación	14	Movilidad
4	Actualización y corrección de datos complementarios	15	Traslado
5	Terminación de la inscripción en la EPS	16	Reporte de fallecimiento del cotizante o Cabeza de familia
6	Reporte de pago a través de un tercero	17	Reporte del trámite de protección al cesante
7	Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	18	Reporte de la calidad de pre-pensionado
8	Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	19	Reporte de la calidad de pensionado
9	Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar	20	Ingreso a Contribución Solidaria
10	Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando	21	Retiro de Contribución Solidaria
11	Inscripción EPS retorno al país		

DESCRIPCIÓN Y DILIGENCIAMIENTO DE LAS NOVEDADES

Novedad 1: Modificación de datos básicos de identificación Esta novedad se reporta cuando el cotizante, el cabeza de familia o la institución autorizada, modifica uno o varios de los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales, para lo cual debe presentar el documento de identidad, en el que consten tales modificaciones. Para reportar esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 1, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar en el Capítulo II los datos básicos de identificación como figuran en la base de datos de afiliados vigente, es decir, los datos errados si la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia.
- Registrar los datos del cotizante o de cabeza de familia en el Capítulo II y los datos de los numerales 27 a 54 del Capítulo IV como figuran en la base de datos de afiliados vigente, es decir, los datos errados y que van a ser corregidos si la novedad corresponde a un beneficiario.
- Registrar la información de los numerales 61 a 64 del Capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se está reportando la novedad, tal como debe ser corregidos.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 82 del Capítulo X el tipo de documento de identidad donde consten las modificaciones realizadas y anexe copia.

Novedad 2: Corrección de datos básicos de identificación Esta novedad se reporta cuando los datos básicos de identificación del cotizante, el cabeza de familia, el beneficiario o el afiliado adicional quedaron mal registrados en la base de datos de afiliados vigente y no coinciden con los del documento de identidad, para lo cual se deberá presentar el documento de identidad. Para reportar esta novedad el cotizante, el cabeza de familia, beneficiario o el afiliado adicional debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 2, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar en el Capítulo II los datos básicos de identificación como figuran en la base de datos de afiliados vigente, es decir, los datos errados si la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia.
- Registrar los datos del cotizante o de cabeza de familia en el Capítulo II y los datos de los numerales 27 a 54 del Capítulo IV como figuran en la base de datos de afiliados vigente, es decir, los datos errados y que van a ser corregidos si la novedad corresponde a un beneficiario.
- Registrar la información de los numerales 61 a 64 del Capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se está reportando la novedad, tal como debe ser corregidos.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 82 del Capítulo X el tipo de documento de identidad que corresponda, con los datos correctos y anexe copia.

Novedad 3: Actualización del documento de identificación Esta novedad se reporta cuando el cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional actualiza el documento de identidad por el que corresponda a su edad, es decir, el RC por la TI, o la TI por la CC, o en el caso de los extranjeros por pérdida de vigencia de los documentos de identificación, según las normas establecidas por el Ministerio de Relaciones Exteriores o Migración Colombia. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 3, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar en el Capítulo II los datos básicos de identificación del documento que se encuentra en la base de datos de afiliados vigente si la novedad aplica al cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional.
- Registrar los datos del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional en el Capítulo II y los datos del beneficiario de los numerales 27 a 54 del Capítulo IV del documento que se encuentra en la base de datos de afiliados vigente.
- Registrar, la información de los numerales 61 a 64 del Capítulo VI, los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia o beneficiario o afiliado adicional del cual se esté reportando la novedad del nuevo documento.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 82 del Capítulo X el tipo de documento de identidad que se actualiza y anexe copia.

Novedad 4: Actualización y corrección de datos complementarios Esta novedad se reporta cuando los datos complementarios del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional se actualizan o modifican. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 4, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del Capítulo II del cotizante o del cabeza de familia.
- Registrar los datos complementarios del Capítulo III, en los numerales a actualizar o corregir si la novedad corresponde al cotizante o cabeza de familia.
- Registrar en los numerales 27 al 54 del Capítulo IV, los datos básicos de identificación y complementarios del beneficiario o afiliado adicional si la novedad corresponde a los beneficiarios o afiliados adicionales.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas.

Novedad 5: Terminación de la inscripción en la EPS Esta novedad se reporta cuando el afiliado cumple alguna de las condiciones que se señalan en la tabla siguiente:

Cód.	CONDICIÓN
01	El trabajador dependiente termina su relación laboral y no reúne las condiciones para seguir cotizando en el SGSSS como independiente, ni se reporta como beneficiario o como afiliado adicional por otro cotizante dentro de la misma EPS, ni cumple las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado; o el cotizante independiente no reúne las condiciones para seguir cotizando ni se reporta como beneficiario o como afiliado adicional por otro cotizante dentro de la misma EPS, ni cumple las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado.
02	El afiliado informa que va a fijar su residencia en el exterior.
03	El afiliado va a pertenecer a un régimen especial o de excepción, incluido el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad.

Para reportar esta novedad en el caso de las condiciones 01, 02 y 03 el cotizante debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 5, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Registrar en la casilla el código de la tabla anterior que corresponde a la condición por la cual termina la inscripción en la EPS.
- Registrar los datos básicos de identificación del Capítulo II.
- Registrar la fecha a partir de la cual termina la inscripción en la EPS, en el numeral 66 del Capítulo VI.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas.

Si se trata de las condiciones 01 y 03, además se reportará la novedad 10, "terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando" si la condición es de terminación de la relación laboral se deben registrar los datos del Capítulo V y estar suscrita por el empleador.

Novedad 6: Reporte de pago a través de un tercero Esta novedad se reporta cuando un trabajador independiente reporta que el pago de sus aportes al SGSSS lo hace un tercero. Para esto debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 6, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del numeral II.
- Diligenciar el Capítulo V correspondiente a los datos de identificación de la entidad que realiza los aportes al SGSSS, cuando el tipo de cotizante corresponda a alguno de los siguientes:

Código tipo de cotizante	Nombre tipo de cotizante	Código tipo de cotizante	Nombre tipo de cotizante
34	Concejal o edil de Junta Administradora Local del Distrito Capital de Bogotá amparado por póliza de salud	53	Afiliado partícipe
35	Concejal municipal o distrital	60	Edil Junta Administradora Local no beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional.
36	Edil de Junta Administradora Local beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional	63	Beneficiario de Prestación humanitaria
43	Cotizante a pensiones con pago por tercero		

- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas, numerales 80 y 81.
- Marcar con una X en las casillas del Capítulo X los documentos de identidad y demás documentos que va a anexar.

Novedad 7: Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales Esta novedad se reporta para incluir un miembro del núcleo familiar que cumple las condiciones para ser beneficiario. También aplica para la inscripción de otros familiares como afiliados adicionales cuando cumplan las condiciones para ello, en el régimen contributivo. Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 7, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del Capítulo II.
- Registrar los datos básicos de identificación y complementarios de los numerales 27 al 54 del Capítulo IV del beneficiario o afiliado adicional que va a incluir.
- Registrar en el numeral 53 del Capítulo IV, el nombre de la IPS primaria seleccionada para el beneficiario o afiliado adicional del cotizante que resida en un municipio distinto al de este.
- Marcar con una X la casilla 69 del Capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas.
- Marcar con una X en las casillas del Capítulo X los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiario o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario o afiliado adicional que esté incluyendo.

Novedad 8: Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales Esta novedad se reporta para excluir del núcleo familiar a un beneficiario que ha perdido las condiciones para serlo, tales como superar la edad exigida, inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar, pérdida de la condición de cónyuge o compañera(o) permanente, o cuando el beneficiario va a integrar otro núcleo familiar. También aplica para la exclusión de un afiliado adicional. Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 8, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del Capítulo II.
- Registrar en los numerales 27 al 54 del Capítulo IV, los datos básicos de identificación del beneficiario o afiliado adicional que se va a excluir.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas
- Marcar con una X en las casillas del Capítulo X los documentos que anexa.
- Anexar: copia del documento de identidad correspondiente, copia de 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, según corresponda al tipo de beneficiario que esté excluyendo.

Novedad 9: Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar Esta novedad se reporta cuando el afiliado cotizante o el cabeza de familia inician una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar. Si se trata del cabeza de familia deberá marcar la novedad 14, "Movilidad" del campo 60 "Tipo de Novedad".
También se reporta cuando el beneficiario o el afiliado adicional inician una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar. Si se trata de un beneficiario en el Régimen Subsidiado además deberá marcar la novedad 14. "Movilidad" del campo 60 "Tipo de Novedad". Si se trata de un beneficiario o un afiliado adicional en el Régimen Contributivo también podrá marcar la novedad 15. "Traslado" del campo 60 "Tipo de Novedad" si cumple las condiciones para ello.
El cotizante o cabeza de familia del beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar, deberá reportar la novedad "8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales" del campo 60 "Tipo de Novedad", en otro formulario.
Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 9, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del Capítulo II.
- Diligenciar los datos complementarios del Capítulo III.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 27 al 54 del Capítulo IV de sus beneficiarios, si los tuviere.
- Diligenciar el Capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador o de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- Registrar en el numeral 66 del Capítulo VI, fecha en la cual inicia la relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar.
- Marcar con una X la casilla 69 del Capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas en los numerales 80 y 81, según corresponda.
- Marcar con una X en las casillas del Capítulo X los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que esté incluyendo.

Cuando esta novedad es reportada por el beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación o adquiere condiciones para cotizar, además de diligenciar lo anterior deberá:
- Diligenciar los numerales 61 a 64 del Capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante o cabeza de familia del núcleo familiar del cual hacía parte.

Novedad 10: Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
Esta novedad se reporta cuando un afiliado cotizante dependiente termina su relación laboral o cuando el cotizante independiente pierde las condiciones para continuar como cotizante. Para esta novedad el cotizante debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 10, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del Capítulo II.
- Diligenciar el Capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador.
- Registrar en el numeral 66 del Capítulo VI, la fecha en la cual termina la relación laboral o pierde las condiciones para cotizar.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas.

Novedad 11: Inscripción EPS retorno al país Esta novedad aplica cuando el cotizante o cabeza de familia retorna al país.
Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 11, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del Capítulo II.
- Diligenciar los datos complementarios del Capítulo III.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 27 al 54 del Capítulo IV de sus beneficiarios, si los tuviere.
- Registrar en el numeral 66 del Capítulo VI, fecha en la cual reporta esta novedad a la EPS
- Marcar con una X, en el Capítulo VII, las declaraciones y autorizaciones que correspondan.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas del numeral 80.
- Marcar con una X en las casillas del Capítulo X los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que esté incluyendo.

Cuando esta novedad es reportada por el beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación o adquiere condiciones para cotizar, además de diligenciar lo anterior deberá:
- Diligenciar los numerales 61 a 64 del Capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante o cabeza de familia del núcleo familiar del cual hacía parte.

Novedad 12: Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas Esta novedad se reporta cuando un trabajador independiente o un miembro de una congregación religiosa efectúan la vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Para esto debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 12, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del Capítulo II.
- Diligenciar el Capítulo V correspondiente a los datos de identificación de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas, numerales 80 y 81.
- Marcar con una X la casilla del numeral 90 del Capítulo X y anexarla.
- Marcar con una X en las casillas del Capítulo X los documentos de identidad y demás documentos que va a anexar.

Novedad 13: Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas Esta novedad se reporta cuando un trabajador independiente o un miembro de una congregación religiosa se desvincula de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Para esto debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 13, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del Capítulo II.
- Diligenciar el Capítulo V correspondiente a los datos de identificación de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas, numerales 80 y 81.

Novedad 14: Movilidad Esta novedad se reporta:
A. Al Régimen Contributivo: cuando el cabeza de familia o alguno de sus beneficiarios del régimen subsidiado inicia una relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar y debe permanecer en la misma EPS en el Régimen Contributivo.
B. Al Régimen Subsidiado: cuando el cotizante termina la relación laboral o pierde las condiciones para seguir cotizando o cuando alguno de sus beneficiarios pierde tal condición y cumplen requisitos para pertenecer al Régimen Subsidiado en la misma EPS.
Para esta novedad el cabeza de familia o el cotizante debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 14, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Marcar con una X en la casilla respectiva, A o B, según al régimen que corresponda la movilidad.
- Diligenciar los datos básicos de identificación del Capítulo II.
- Diligenciar los datos complementarios del Capítulo III que correspondan.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 27 al 54 del Capítulo IV de los beneficiarios, si los tuviere.
- Diligenciar los datos del Capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador o de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, cuando se trata de la movilidad al Régimen Contributivo.
- Registrar en el numeral 66 del Capítulo VI, fecha en la cual inicia la relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar, cuando se trata de la movilidad al Régimen Contributivo.
- Registrar en el numeral 66 del Capítulo VI, la fecha en la cual termina la relación laboral o pierde las condiciones para cotizar, cuando se trata de la movilidad al Régimen Subsidiado.
- Marcar con una X la casilla 69 del Capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas en los numerales 80 y 81, según corresponda.
- Marcar con una X en las casillas del Capítulo X los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que esté incluyendo.

Cuando esta novedad es reportada por el beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación o adquiere condiciones para cotizar, además de diligenciar lo anterior deberá:
- Diligenciar los numerales 61 a 64 del Capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante o cabeza de familia del núcleo familiar del cual hacía parte.

Cuando se reporte esta novedad también debe reportarse las novedades 9. "Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar" o la 10. "Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando" según corresponda del numeral 60 "Tipo de novedad".
La entidad territorial deberá diligenciar los datos del Capítulo XI cuando se trate de la movilidad al Régimen Subsidiado.

Novedad 15: Traslado Esta novedad se reporta cuando el cotizante o el cabeza de familia, en ejercicio del derecho a la libre elección, manifiesta su decisión de cambiarse a otra EPS del mismo o de distinto régimen. La solicitud de traslado a la EPS en la cual desea inscribirse debe cumplir los siguientes requisitos:
- Que esté inscrito en la misma EPS por un período mínimo de trescientos sesenta (360) días calendario continuos o discontinuos, contados a partir del momento de la inscripción.
- Que no esté el afiliado cotizante o cualquier miembro de su núcleo familiar internado en una institución prestadora de servicios de salud.
- Que esté el cotizante independiente a paz y salvo en el pago de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Que inscriba en la solicitud de traslado a todo el núcleo familiar.

Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 15, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Marcar con una X en las casillas A o B si es traslado es el mismo régimen o de diferente régimen, según corresponda.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios de los Capítulos II y III.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 27 al 54 del Capítulo IV de los beneficiarios, si los tuviere.
- Registrar en el numeral 53 del Capítulo IV el nombre de la IPS primaria seleccionada por el cotizante o cabeza de familia.
- Diligenciar los datos del Capítulo V correspondiente a los "Datos de identificación del aportante, de las entidades responsables de la afiliación colectiva o responsables del pago", si hubiere lugar a ello.
- Registrar en el numeral 65 del Capítulo VI la EPS anterior, es decir, la EPS de la cual se traslada.
- Registrar en el numeral 67, el código correspondiente al motivo por el cual quiere trasladarse de EPS, según la tabla siguiente:

Cód.	Motivos para el traslado
1	Por ejercicio de la libre elección.
2	Cuando el usuario vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o cuando se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y esta no sea cierta, previa autorización de la Superintendencia Nacional de Salud.
3	Cuando se presenten casos de deficiente prestación o suspensión de servicios por parte de la EPS o de su red prestadora debidamente comprobados, previa autorización de la Superintendencia Nacional de Salud.
4	Por unificación del núcleo familiar cuando los cónyuges o compañero(a)s permanente(s) se encuentren afiliados en EPS diferentes; o cuando un beneficiario cambie su condición a la de cónyuge o compañero(a) permanente.
5	Cuando el afiliado y su núcleo familiar cambien de lugar de residencia y la EPS donde se encuentra el afiliado no tenga cobertura geográfica en el respectivo municipio y en los eventos previstos en el artículo 2.1.7.13 del Decreto 780 de 2016.
6	Cuando la afiliación ha sido oficiosa por parte de las entidades autorizadas para ello.
7	Cuando el afiliado fue objeto del proceso de asignación de usuarios.

- Marcar con una X la casilla 69 del Capítulo VII, cuando corresponda.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas los numerales 80 y 81, según corresponda.
- Marcar con una X en las casillas del Capítulo X los documentos que va a anexar. Si obedece a la autorización de la Superintendencia Nacional de Salud, deberá marcar el documento del numeral 89 y anexarlo.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que esté incluyendo.

Si el motivo para el traslado corresponde a alguno de los códigos 2, 3, 4, 5 o 6, no se aplicará el período de permanencia.
Esta novedad no requiere que el cotizante o cabeza de familia diligencie una solicitud ante la EPS de la cual se traslada.

Novedad 16: Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de afiliado Aplica cuando el cotizante o el cabeza de familia fallecen. Cuando el fallecido es el cotizante o el cabeza de familia, la novedad debe reportarla el beneficiario. Para esta novedad se debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 16, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del Capítulo II, cuando el beneficiario o el afiliado adicional reporta la novedad
- Registrar los numerales 61 a 64 del Capítulo VI, los datos básicos de identificación del afiliado fallecido (cotizante, o cabeza de familia).
- Diligenciar el numeral 66 del Capítulo VI la fecha de fallecimiento.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas.

Novedad 17: Reporte del trámite de protección al cesante Esta novedad se reporta cuando el cotizante termina la relación laboral o pierde las condiciones para seguir cotizando y solicita cobertura de protección al cesante a la Caja de Compensación Familiar en la que se encuentra afiliado. Para esta novedad debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 17, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar el Capítulo II, datos básicos de identificación del cotizante.
- Diligenciar en la casilla 68 del Capítulo VI, nombre de la Caja de Compensación Familiar en la cual radicó la solicitud de otorgamiento del beneficio.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas, el numeral 80.

Novedad 18: Reporte de la calidad de pre-pensionado Esta novedad se reporta cuando el cotizante a que alude el artículo 2.1.8.4 del Decreto 780 de 2016, ha radicado la solicitud para el reconocimiento de pensión, y continúa cotizando sobre un (1) salario mínimo mensual legal vigente. Para esta novedad debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 18, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar el Capítulo II datos básicos de identificación del cotizante.
- Registrar en el numeral 24 del Capítulo III "datos complementarios" el IBC con el cual cotizará como pre-pensionado.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas, el numeral 80.

Novedad 19: Reporte de la calidad de pensionado Esta novedad se reporta por el cotizante a quien le ha sido reconocida una pensión y se encuentra obligado a cotizar como pensionado. Para esta novedad debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 19, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar el Capítulo II, datos básicos de identificación del cotizante.
- Registrar en los numerales 23, 24 y 26 del Capítulo III, los datos complementarios relativos a la administradora de pensiones, IBC con el cual cotizará y residencia.
- Diligenciar los datos de los numerales 27 al 34 del Capítulo IV, correspondientes al cónyuge o compañero(a) permanente si lo(a) tuviere.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios de los numerales 35 a 54 del Capítulo IV correspondientes a los beneficiarios si los tuviere.
- Diligenciar los datos del Capítulo V, para la Administradora del Fondo de Pensiones que pagará sus aportes a la seguridad social.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas.

Novedad 20: Ingreso a Contribución Solidaria Esta novedad se reporta cuando ha marcado en "SI" el numeral 4 "Contribución Solidaria".
Para esta novedad el cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 20, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del Capítulo II.
- Diligenciar los datos complementarios del Capítulo III.
- Diligenciar el numeral 25 "Tarifa Contribución Solidaria" del Capítulo III.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 27 al 54 del Capítulo IV de sus beneficiarios, si los tuviere.
- Registrar en el numeral 66 del Capítulo VI, fecha en la cual reúne las condiciones para pagar la Contribución Solidaria
- Marcar con una X las casillas 77 y 78 del Capítulo VII.
- Diligenciar la información del Capítulo VIII cuando corresponda.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas en el numeral 80
- Marcar con una X en las casillas del Capítulo X los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiarios: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que esté incluyendo.

Novedad 21: Retiro de Contribución Solidaria Esta novedad se reporta cuando ha marcado en "SI" el numeral 4 "Contribución Solidaria"
Para esta novedad el cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 21, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del Capítulo II.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 27 al 54 del Capítulo IV del cónyuge o compañero (a) permanente del cabeza de familia o de los beneficiarios que retira de la contribución solidaria en caso de que aplique
- Registrar en el numeral 66 del Capítulo VI, fecha en la cual se retira de la Contribución Solidaria
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas en el numeral 80.

CAPÍTULO VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

Corresponde a los datos de la persona según el reporte de la novedad y solo aplica para las siguientes novedades.
Novedad 1: Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, después de la modificación.
Novedad 2: Los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, tal como deben ser corregidos.
Novedad 3: Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional del cual se esté reportando la novedad, como figuran en el nuevo documento.
Novedad 15: Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional fallecido.
Novedad 17. Los datos de identificación del cotizante que se acoge al beneficio de protección al cesante
Novedad 19. Los datos de identificación del Pensionado.

61. Datos básicos de identificación. *Apellidos y nombres:*
Estos datos deben ser registrados en los campos definidos y deben corresponder a la información contenida en el documento de identidad. - Primer apellido - Segundo apellido - Primer nombre - Segundo nombre

Tipo de documento de identidad: Registre el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 9 del Capítulo II "DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia y Beneficiario cuando aplique)" de este instructivo.

Número del documento de identidad: Es el número contenido en el documento de identidad emitido por la autoridad competente.
Si se trata del registro civil, escriba el NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento.
Si se trata del Salvo Conducto de Permanencia - SC, se debe tener en cuenta el número "Historial Extranjero" el cual corresponde a los consecutivos numéricos de identificación internos otorgados por Migración Colombia.

62. Sexo biológico o de nacimiento: Marque con una X, la opción: femenino o masculino según las características genéticas, endocrinas y morfológicas del cuerpo al nacer.

63. Sexo Identificación: Marque con una X, la opción: F "Femenino" o M "Masculino" o T "Transexual" o NB "No Binario"u otro, según corresponda a la información contenida en el documento de identidad, expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.
Cuando se marque con una X la opción "otro", se debe diligenciar en el espacio "cual" el sexo registrado en el documento de identidad expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

64. Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento contenida en el documento de identidad: día, mes y año.

65. EPS anterior: Este dato solo se diligencia para la novedad 15 cuando se solicita traslado y corresponde al nombre de la EPS en la cual se encuentra inscrito el cotizante o cabeza de familia y de la cual desea trasladarse.

66. Fecha de novedad: Registre en el numeral 66 del Capítulo VI, la fecha dd-mm-aaa únicamente para las siguientes novedades:
Novedad 8: Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
Novedad 9: Inicio de la relación laboral o de adquisición de condiciones para cotizar.
Novedad 10: Terminación de la relación laboral.
Novedad 11: Inscripción EPS retorno al país.
Novedad 12: Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
Novedad 13: Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas;
Novedad 16: Repor

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

SANTIAGO HERNANDEZ ALARCON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.014.216.041**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Septiembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE:CENDIATRA CONNECTA
DIRECCIÓN: Av. Calle 26 # 92-32, Connecta Plaza 1-L04, Connecta 26
CIUDAD DE LA SEDE:BOGOTÁ
TELÉFONO:6017424612 - 6017428691
EMAIL:citas.connecta@cendiatra.com
FECHA ATENCIÓN:2026-09-03

Nombres y apellidos:SANTIAGO HERNANDEZ ALARCON
Fecha de nacimiento:03/11/1990
Empresa:RODRIGUEZ PINILLA JEISON GERMAN
Empresa usuaria:
Cargo:AUXILIAR OPERATIVO
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:SURA - CIA. SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA
Fondo de Pensiones:PORVENIR

CC:1014216041
Edad:35 **Sexo:**MASCULINO
Celular:3144450326
Estado Civil:SOLTERO
Fecha ingreso:2026-09-03 / 06:50:46
Fecha salida:2026-09-03 / 09:53:31
Actividad Económica:1630 - FABRICACIÓN DE PARTES Y PIEZAS DE MADERA, DE CARPINTERÍA Y EBANISTERÍA PARA LA CONSTRUCCIÓN Y PARA EDIFICIOS
EPS:COMPENSAR E.P.S.



EXÁMENES REALIZADOS

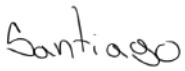
- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- ESPIROMETRIA
- VISIOMETRIA

CONCEPTO DE APTITUD:
: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

La presente certificación se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 1843 de 2025. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve principalmente para constatar quien presento la valoración. De acuerdo con lo indicado por el empleador, se constata que al trabajador se le comunicaron los resultados de las evaluaciones médicas ocupacionales, los cuales quedarán registrados en su historia médica ocupacional, la cual se encuentra bajo custodia de esta ips. Su salud es el recurso más valioso para alcanzar sus metas personales, familiares y laborales. El cumplimiento constante de las recomendaciones médicas, la asistencia a los controles indicados y la adopción de hábitos de autocuidado constituyen herramientas fundamentales para preservar su bienestar, prevenir complicaciones y mantener una adecuada calidad de vida. Cada acción que realice hoy en favor de su salud representa una inversión en su futuro.



LADY CAROLINA PRIETO SALINAS
CC: 1032426617
RP: 1032426617
LIC-SST: 26164
Firma y sello del médico



SANTIAGO HERNANDEZ ALARCON
CC: 1014216041
Firma del paciente

FORMATO DE NOTIFICACIÓN Y CONDICIONES DE SALUD

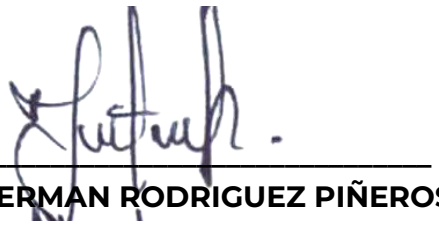
(*) Si aplica, ver anexo emitido por la entidad.

CIUDAD Y FECHA DE INGRESO:	BOGOTÁ D.C.	
FECHA DEL EXAMÉN:	03/09/2026	
ASUNTO O REFERENCIA:	Socialización de examen de ingreso	
DATOS DEL TRABAJADOR	NOMBRE	SANTIAGO HERNANDEZ ALARCON
	No. DOCUMENTO	1.014.216.041 de Bogotá D.C.
ENTIDAD QUE EMITE LA SOLICITUD:	Cendiatra	

Cordial saludo.
De acuerdo con el informe emitido por la entidad IPS CENDIATRA nos permitimos comunicarle: las Recomendaciones (RE) / Restricciones (RT) / Funciones (FC) y/o Plan de Acción (PA) generadas. Después de la toma de exámenes medico ocupacionales de ingreso

CODIGO	DESCRIPCION	TIEMPO DE EJECUCION / VIGENCIA
RT	NINGUNA	
RE	NINGUNA	

NOTA AL TRABAJADOR: El no cumplimiento de estos compromisos será motivo de aplicación de lo establecido en el Reglamento Interno de Trabajo.



JEISON GERMAN RODRIGUEZ PIÑEROS



Firma del colaborador
Recibido y Aceptado a conformidad

Nombre: SANTIAGO HERNANDEZ ALARCON

C.C. 1.014.216.041 de Bogotá D.C

Cargo: Auxiliar operativo

Imagen de informes

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BASICA Fecha de Corte: 2026-08-28

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 1014216041	SANTIAGO		HERNANDEZ	ALARCON	M

AFILIACIÓN A SALUD Fecha de Corte: 2026-08-28

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
CAJA DE COMPENSACIàN FAMILIAR COMPENSAR -CM	Subsidiado	05/08/2025	Activo	CABEZA DE FAMILIA	BOGOTA D.C.

AFILIACIÓN A PENSIONES Fecha de Corte: 2026-08-28

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	2019-10-30	Inactivo

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES Fecha de Corte: 2026-08-28

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Economica	Municipio Labora
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA SA	2024-04-08	Activa		Bogotá, D.C.- BOGOTÁ

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR Fecha de Corte: 2026-08-28

No se han reportado afiliaciones para esta persona

AFILIACIÓN A CESANTIAS Fecha de Corte: 2026-08-28

No se han reportado afiliaciones para esta persona

PENSIONADOS Fecha de Corte: 2026-08-28

No se han reportado pensiones para esta persona.

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL Fecha de Corte: 2026-08-28

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.014.216.828**

ROMERO MORALES

APELLIDOS

JEISON ANDRES

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-NOV-1990**

SOACHA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 ESTATURA

B+ G.S. RH

M SEXO

10-DIC-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01266600-M-1014216828-20211117 **0076**470022A 2 9916836442

Medellín, 24 de september de 2026

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

CERTIFICA:

Que JEISON ANDRES ROMERO MORALES identificado(a) con cédula de ciudadanía 1014216828 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 28/09/2026 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

RODRIGUEZ PINILLA JEISON GERMAN C80172425

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5411201 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE CONSTRUCCIÓN DE TODO TIPO DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, REFORMA O RENOVACIÓN DE ESTRUCTURAS EXISTENTES, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS

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

CENTRO DE TRABAJO: 0000000002 - MELGAR20082026

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

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5411201 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE CONSTRUCCIÓN DE TODO TIPO DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, REFORMA O RENOVACIÓN DE ESTRUCTURAS EXISTENTES, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5411201 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE CONSTRUCCIÓN DE TODO TIPO DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, REFORMA O RENOVACIÓN DE ESTRUCTURAS EXISTENTES, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5411201

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: 24/09/2026 12.26 PM

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4017607925	2|8|0|9|2|0|2|6

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

1.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐
B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria
Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐

6. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐

7.Codigo (a registrar por la EPS) 59

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres

ROMERO	MORALES	JEISON	ANDRES
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1014216828	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento	15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA Departamento: CUNDINAMARCA Municipio: SOACHA	0|2|1|1|9|9|0

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 RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1750905	

26.Residencia

CL 16 87 90 SUR		3161989154	JEISONZKD@GMAIL.COM
Dirección	**Telefono fijo**	**Telefono celular**	**Correo electronico**

BOGOTA	BOGOTA	BARRIOS UNIDOS	zona	Urbana cabecera municipal ☒ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐
Departamento	**Municipio/Distrito**	**Localidad / comuna**		

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

	C	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
B		VS MINUTO - VS MINUTO	VSMINUTO - VSMINUTO
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)
JEISON ANDRES ROMERO MORALES	CC	1014216828	01

59.Ubicación

CL 78 90 98 SUR	6797854	JEISONZKD@GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA
Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito

No de Radicacion
4017607925

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	2|8|0|9|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
Jeison Romero	Jeison Romero

X. ANEXOS

- ☐ **82.** Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☒ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐ **PT.** ☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ 1 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 1

- ☐ **83.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **84.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la 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 capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

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

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre
ROMERO	MORALES	JEISON	ANDRES

No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
1014216828	RC TI X CE PA	1990 11 02	X F	2026 09 28

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

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

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

1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? X 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? X NO
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? X NO
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? X NO
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? X NO

Medio de entrega deseado: Electrónico X Físico __

CONSENTIMIENTO PARA ENVÍO VIRTUAL (solo para entrega electrónica)

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

"Yo: JEISON ANDRES ROMERO MORALES identificado con el documento de identidad: C No. 1014216828, doy mi consentimiento para que Salud Total EPSS envíe al correo electrónico jeisonzkd@gmail.com la Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño

Jeison Romero

Firma del afiliado (Cotizante):

Nombres y Apellidos: JEISON ANDRES ROMERO MORALES

Número de identificación: 1014216828

Fecha de diligenciamiento
2026 28 09

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____ identificado (a) con el documento de identidad: _____No._____ quien manifiesta no saber firmar o no poder firmar, lo hace en su nombre, el señor (a) _____ mayor de edad, identificado (a) con documento de identidad _____ No. _____ y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a)

Firma A Ruego

_____
Nombres y Apellidos:
Documento de Identidad:
Edad:
Domicilio:

_____
Nombres y apellidos de la persona de quien no sabe firmar

Huella digital del cotizante
(en caso de no saber firmar)

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

"Con la suscripción del presente documento, en cumplimiento a la ley 1581 de 2012 y demás normas que reglamenten, modifiquen o deroguen, hago constar expresamente que Salud Total EPS-S S.A. me informó sobre los derechos que me asisten como titular de datos personales y, por tanto, AUTORIZO de manera libre e informada a Salud Total EPS-S S.A., con Nit. 830.140.907-4 como responsable del tratamiento de datos personales, para la recolección, almacenamiento, uso desde el momento de mi afiliación, continuación de uso y tratamiento de mis datos personales, los cuales serán almacenados en bases de datos que se encuentran en medios físicos y/o magnéticos para los siguientes fines:

- Afiliación, traslado, identificación, validación de derechos y actualización de datos de los protegidos.
- Autorizaciones de servicios de salud requeridos por los protegidos.
- Caracterización, seguimiento, identificación de la población y gestión del riesgo.
- Garantizar la prestación de las tecnologías en salud cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud Contributivo en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías.
- La asignación y/o reasignación de citas, recaudo y recuperación de cartera, información y demás operaciones relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Evaluación de indicadores de alertas tempranas, oportunidad y calidad de los productos y servicios brindados.
- Identificación de Proveedores y Prestadores, así como medición de necesidad, oportunidad y calidad en los productos y servicios prestados por éstos.
- Transferencia y/o transmisión al exterior de datos personales, transferencia y/o transmisión de datos con las empresas vinculadas o matrices, con empresas de auditoria o revisoría fiscal, con prestadores de servicios de salud públicos o privados, así como con proveedores necesarios para el desarrollo de las anotadas finalidades y del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A., con los cuales se tienen contratos en aras de cumplir con los deberes de acceso y confidencialidad, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.
- Dar a conocer los diferentes servicios y productos ofrecidos por la EPS, temas de publicidad y en general mantener contacto con los usuarios y afiliados mediante cualquier medio de comunicación (escrito y/o electrónico), con el fin de adelantar cualquier trámite necesario para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A.
- Cualquier otra operación necesaria para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS S.A. atendiendo a su naturaleza y el cumplimiento a los protocolos de bioseguridad.
- Cumplimiento de requerimientos legales de entidades administrativas o jurisdiccionales inclusive después de terminada la relación contractual y en general para el cumplimiento de obligaciones contractuales y legales de Salud Total EPS-S S.A.

Se aclara que la información referente a beneficiarios y miembros del grupo familiar en los que pueden encontrarse datos de niñas, niños y adolescentes, datos de la salud y datos biométricos como (fotografías, huellas, videos, entre otros) son datos sensibles, sobre los cuales no está obligado a autorizar su tratamiento; no obstante lo anterior, solo serán utilizados por la Empresa para el cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los sistemas integrados de gestión adoptados por Salud Total EPS-S SA.

Como Titular de datos personales, sé que tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos a través de los canales de comunicación para tal fin, establecidos en la Política de protección de datos personales de Salud Total EPS-S S.A. que declaro conocer y aceptar, publicada en la página web*: www.saludtotal.com.co*, igualmente en cualquier momento puedo ejercer mis

derechos y comunicarme con el responsable del tratamiento de los datos personales por solicitud dirigida al E-mail: *protecciondatos@saludtotal.com.co,* al Teléfono: (57+1) 4854555 y a nivel nacional 018000 114524.

Firma del afiliado (Cotizante) _____

Número de identificación: _____1014216828_____

www.saludtotal.com.co
Línea local en Bogotá 4854555
Línea Nacional de atención al cliente 018000114524
Síguenos en Salud Total EPS. Oficial





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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JEISON ANDRES ROMERO MORALES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.014.216.828**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Septiembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

CERTIFICACIÓN DE NO AFILIACIÓN A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

Yo, **JEISSON GERMAN RODRÍGUEZ PINILLA**, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.172.425 de Bogotá D.C., actuando en calidad de trabajador independiente, por medio de la presente certifico que actualmente no me encuentro afiliado a ninguna Caja de Compensación Familiar, al igual que el personal independiente a mi cargo.

Lo anterior, teniendo en cuenta que, de conformidad con lo establecido en el artículo 19 de la Ley 789 de 2002, modificado por el artículo 171 de la Ley 1819 de 2016, la afiliación de los trabajadores independientes a las Cajas de Compensación Familiar es de carácter voluntario, permitiendo que aquellos trabajadores independientes que decidan afiliarse puedan hacerlo conforme a las disposiciones legales aplicables.

En consecuencia, tanto en mi condición de trabajador independiente como respecto del personal independiente relacionado para el desarrollo de las actividades correspondientes, no se ha optado por realizar afiliación ni aportes voluntarios a una Caja de Compensación Familiar, razón por la cual no se cuenta con certificados de afiliación expedidos por dichas entidades.

Se firma en Bogotá D.C., a los treinta y un (31) días del mes de agosto de 2026.

Atentamente,



JEISSON GERMAN RODRÍGUEZ PINILLA
CC 80.172.425 de Bogotá D.C.

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE:CENDIATRA CONNECTA
DIRECCIÓN: Av. Calle 26 # 92-32, Connecta Plaza 1-L04, Connecta 26
CIUDAD DE LA SEDE:BOGOTÁ
TELÉFONO:6017424612 - 6017428691
EMAIL:citas.connecta@cendiatra.com
FECHA ATENCIÓN:2026-09-22

Nombres y apellidos:JEISON ANDRES ROMERO MORALES **CC:**1014216828
Fecha de nacimiento:02/11/1990 **Edad:**35 **Sexo:**MASCULINO
Empresa:RODRIGUEZ PINILLA JEISON GERMAN **Celular:**3161989154
Empresa usuaria: **Estado Civil:**SOLTERO
Cargo:AUXILIAR OPERATIVO **Fecha ingreso:**2026-09-22 / 06:34:10
Departamento:BOGOTÁ D.C. **Fecha salida:**2026-09-22 / 09:36:15
ARL:SURA - CIA. SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA **Actividad Económica:**1630 - FABRICACIÓN DE PARTES Y PIEZAS DE MADERA, DE CARPINTERÍA Y EBANISTERÍA PARA LA CONSTRUCCIÓN Y PARA EDIFICIOS
Fondo de Pensiones:NO REFIERE **EPS:**CAPITAL SALUD EPS-S



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- ESPIROMETRIA
- VISIOMETRIA

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
:

RECOMENDACIONES:
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL Y USO DE CORRECION VISUAL

La presente certificación se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 1843 de 2025. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve principalmente para constatar quien presento la valoración. De acuerdo con lo indicado por el empleador, se constata que al trabajador se le comunicaron los resultados de las evaluaciones médicas ocupacionales, los cuales quedarán registrados en su historia médica ocupacional, la cual se encuentra bajo custodia de esta ips. Su salud es el recurso más valioso para alcanzar sus metas personales, familiares y laborales. El cumplimiento constante de las recomendaciones médicas, la asistencia a los controles indicados y la adopción de hábitos de autocuidado constituyen herramientas fundamentales para preservar su bienestar, prevenir complicaciones y mantener una adecuada calidad de vida. Cada acción que realice hoy en favor de su salud representa una inversión en su futuro.



LADY CAROLINA PRIETO SALINAS
CC: 1032426617
RP: 1032426617
LIC-SST: 26164
Firma y sello del médico



JEISON ANDRES ROMERO MORALES
CC: 1014216828
Firma del paciente

Cendiatra

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE:CENDIATRA CONNECTA
DIRECCIÓN: Av. Calle 26 # 92-32, Connecta Plaza 1-L04, Connecta 26
CIUDAD DE LA SEDE:BOGOTÁ
TELÉFONO:6017424612 - 6017428691
EMAIL:citas.connecta@cendiatra.com
FECHA ATENCIÓN:2026-09-22

Nombres y apellidos:JEISON ANDRES ROMERO MORALES **CC:**1014216828
Fecha de nacimiento:02/11/1990 **Edad:**35 **Sexo:**MASCULINO
Empresa:RODRIGUEZ PINILLA JEISON GERMAN **Fecha ingreso:**2026-09-22 / 06:34:10
Empresa usuaria: **Fecha salida:**2026-09-22 / 09:36:15
Cargo:AUXILIAR OPERATIVO **Actividad Económica:**1630 - FABRICACIÓN DE PARTES Y PIEZAS DE MADERA, DE CARPINTERÍA Y EBANISTERÍA PARA LA CONSTRUCCIÓN Y PARA EDIFICIOS
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:SURA - CIA. SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA
Fondo de Pensiones:NO REFIERE
EPS:CAPITAL SALUD EPS-S



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL Y USO DE CORRECION VISUAL

LADY CAROLINA PRIETO SALINAS
CC: 1032426617
RP: 1032426617
LIC-SST: 26164
Firma y sello del médico

JEISON ANDRES ROMERO MORALES
CC: 1014216828
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

FORMATO DE NOTIFICACIÓN Y CONDICIONES DE SALUD

(*) Si aplica, ver anexo emitido por la entidad.

CIUDAD Y FECHA DE INGRESO:	BOGOTÁ D.C.	
FECHA DEL EXAMÉN:	22/09/2026	
ASUNTO O REFERENCIA:	Socialización de examen de ingreso	
DATOS DEL TRABAJADOR	NOMBRE	JEISON ANDRES ROMERO MORALES
	No. DOCUMENTO	1.014.216.828 de Soacha, Cundinamarca
ENTIDAD QUE EMITE LA SOLICITUD:	Cendiatra	

Cordial saludo.
De acuerdo con el informe emitido por la entidad IPS CENDIATRA nos permitimos comunicarle: las Recomendaciones (RE) / Restricciones (RT) / Funciones (FC) y/o Plan de Acción (PA) generadas. Después de la toma de exámenes medico ocupacionales de ingreso

CODIGO	DESCRIPCION	TIEMPO DE EJECUCION / VIGENCIA
RT	NINGUNA	
RE	VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:	

NOTA AL TRABAJADOR: El no cumplimiento de estos compromisos será motivo de aplicación de lo establecido en el Código sustantivo de Trabajo.



JEISON GERMAN RODRIGUEZ PIÑEROS



Firma del colaborador
Recibido y Aceptado a conformidad

Nombre: JEISON ANDRES ROMERO MORALES

C.C. 1.014.216.828 de Soacha, Cundinamarca

Cargo: Auxiliar operativo

SISPRO
Sistema Integral de Información de la Protección Social

RUAF
Registro Único de Afiliados

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BASICA Fecha de Corte: 2026-09-25

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 1014216828	JEISON	ANDRES	ROMERO	MORALES	M

AFILIACIÓN A SALUD Fecha de Corte: 2026-09-25

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A. -CM	Subsidiado	02/12/2024	Activo	CABEZA DE FAMILIA	BOGOTA D.C.

AFILIACIÓN A PENSIONES Fecha de Corte: 2026-09-25

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	2023-09-29	Inactivo

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES Fecha de Corte: 2026-09-25

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Economica	Municipio Labora
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA SA	2021-10-12	Activa	TRABAJOS DE INSTALACION DE EQUIPOS LAS EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE CONSTRUCCIÓN NECESARIAS PARA HABILITAR LAS EDIFICACIONES Y LAS OBRAS CIVILES	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA SA	2021-10-28	Activa	EMPRESAS DEDICADAS AL TRANSPORTE URBANO COLECTIVO REGULAR DE PASAJEROS	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR Fecha de Corte: 2026-09-25

No se han reportado afiliaciones para esta persona

AFILIACIÓN A CESANTIAS Fecha de Corte: 2026-09-25

No se han reportado afiliaciones para esta persona

PENSIONADOS Fecha de Corte: 2026-09-25

No se han reportado pensiones para esta persona.

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL Fecha de Corte: 2026-09-25

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.016.063.332**

LAVERDE GONZALEZ

APELLIDOS

INGRID JOHANA

NOMBRES

Ingrid J Laverde G

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-ENE-1994**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

06-FEB-2012 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00369162-F-1016063332-20120404 **00296**17879A 1 38222990

Medellín, 07 de Septiembre 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 NEG INGENIERIA SAS BIC, en el centro de trabajo 0000000002 - OBRAS, 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
C1016063332	LAVERDE GONZALEZ INGRID JOHANA	24/02/2018		F187BdJs	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:C801745222625041557

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 07/09/2026 11:32:36 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 170.246.114.6, 198.143.57.10, 172.16.42.57

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Ingrid Johana Laverde Gonzalez, identificado(a) con CC número 1016063332, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION	CC 1016063332
NOMBRES Y APELLIDOS	Ingrid Johana Laverde Gonzalez
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	26/01/1994
ESTADO DE LA AFILIACION	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/10/2018
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	116 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ULTIMO ANO	51 semanas
REGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/10/2018
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

N.I.T. 900975870 NEG INGENIERIA Desde 01/10/2018 - Vigente

Generado por interfaces 04/09/2026

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **INGRID JOHANA LAVERDE GONZALEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1016063332,** se encuentra afiliado/a desde **01/11/2025** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 04 de septiembre de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) INGRID JOHANA LAVERDE GNZALEZ identificado(a) con CC No. 1016063332, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de NEG INGENIERIA S.A.S. BIC con NIT 9009758701:

- Fecha de afiliación a la Caja: 24/02/2018.
- Fecha de ingreso a la empresa: 24/02/2018.



José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 07/09/2026

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS

SEDE:CENDIATRA CENTRO **DIRECCIÓN:**Carrera 5 # 19-08, piso 1, Centro **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

TELÉFONO:6013904058 - 6012438980 **EMAIL:**citas.centro@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:**2026-03-28

Nombres y apellidos:INGRID JOHANA LAVERDE GONZALEZ
Fecha de nacimiento:26/01/1994
Empresa:NEG INGENIERIA SAS BIC
Empresa usuaria:
Cargo:GERENTE EN GESTIÓN INTEGRAL
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:SURA - CIA. SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA
Fondo de Pensiones:COLPENSIONES

CC:1016063332
Edad:32 **Sexo:**FEMENINO
Celular:3124274666
Estado Civil:SOLTERO
Fecha ingreso:2026-03-28 / 08:22:58
Fecha salida:2026-03-28 / 09:41:03
Actividad Económica:
EPS:E.P.S. SANITAS S.A.



EXÁMENES REALIZADOS

- PSICOMETRICO
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- ESPIROMETRIA
- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- PERFIL LIPIDICO
- EXAMEN MEDICO DE ESPACIOS CONFINADOS
- EXAMEN OPTOMETRICO
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

CONCEPTO DE APTITUD:
: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA TRABAJO EN ALTURAS

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

JAIME ARTURO PORRAS GUZMAN
CC: 1020721952
RM: 14337
LIC-SST: 14337
Firma y sello del médico

INGRID JOHANA LAVERDE GONZALEZ
CC: 1016063332
Firma del paciente

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE ESPACIOS CONFINADOS

SEDE:CENDIATRA CENTRO **DIRECCIÓN:**Carrera 5 # 19-08, piso 1, Centro **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

TELÉFONO:6013904058 - 6012438980 **EMAIL:**citas.centro@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:**2026-03-28

Nombres y apellidos:INGRID JOHANA LAVERDE GONZALEZ
Fecha de nacimiento:26/01/1994
Empresa:NEG INGENIERIA SAS BIC
Empresa usuaria:
Cargo:GERENTE EN GESTIÓN INTEGRAL
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:SURA - CIA. SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA
Fondo de Pensiones:COLPENSIONES

CC:1016063332
Edad:32 **Sexo:**FEMENINO
Celular:3124274666
Estado Civil:SOLTERO
Fecha ingreso:2026-03-28 / 08:20:59
Fecha salida:2026-03-28 / 09:44:17
Actividad Económica:
EPS:E.P.S. SANITAS S.A.



EXÁMENES REALIZADOS

- PSICOMETRICO
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- ESPIROMETRIA
- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- PERFIL LIPIDICO
- EXAMEN MEDICO DE ESPACIOS CONFINADOS
- EXAMEN OPTOMETRICO
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

CONCEPTO DE APTITUD: APTO (A) PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS
:

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constar quien presento la valoración. Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.



JAIME ARTURO PORRAS GUZMAN
CC: 1020721952
RM: 14337
LIC-SST: 14337
Firma y sello del médico



INGRID JOHANA LAVERDE GONZALEZ
CC: 1016063332
Firma del paciente

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO

SEDE:CENDIATRA CENTRO | **DIRECCIÓN:**Carrera 5 # 19-08, piso 1, Centro | **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

TELÉFONO:6013904058 - 6012438980 | **EMAIL:**citas.centro@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:**2026-03-28

Nombres y apellidos:INGRID JOHANA LAVERDE GONZALEZ
Fecha de nacimiento:26/01/1994
Empresa:NEG INGENIERIA SAS BIC
Empresa usuaria:
Cargo:GERENTE EN GESTIÓN INTEGRAL
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:SURA - CIA. SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA
Fondo de Pensiones:COLPENSIONES

CC:1016063332
Edad:32 **Sexo:**FEMENINO
Celular:3124274666
Estado Civil:SOLTERO
Fecha ingreso:2026-03-28 / 08:12:04
Fecha salida:2026-03-28 / 09:41:59
Actividad Económica:
EPS:E.P.S. SANITAS S.A.



EXÁMENES REALIZADOS

- PSICOMETRICO
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- ESPIROMETRIA
- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- PERFIL LIPIDICO
- EXAMEN MEDICO DE ESPACIOS CONFINADOS
- EXAMEN OPTOMETRICO
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

CONCEPTO DE APTITUD:
: SATISFACTORIO

RECOMENDACIONES:
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: REGIMEN NUTRICIONAL.
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: ANUAL, USO DE CORRECCION VISUAL.

La presente certificación se expide CON base EN la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 1843 de 2025. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración. De acuerdo con lo indicado por el empleador, se constata que al trabajador se le comunicaron los resultados de las evaluaciones médicas ocupacionales, los cuales quedarán registrados en su historia médica ocupacional, la cual se encuentra bajo custodia de esta ips.

JAIME ARTURO PORRAS GUZMAN
CC: 1020721952
RM: 14337
LIC-SST: 14337
Firma y sello del médico

INGRID JOHANA LAVERDE GONZALEZ
CC: 1016063332
Firma del paciente

Cendiatra

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE:CENDIATRA CENTRO **DIRECCIÓN:**Carrera 5 # 19-08, piso 1, Centro **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

TELÉFONO:6013904058 - 6012438980 **EMAIL:**citas.centro@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:**2026-03-28

Nombres y apellidos:INGRID JOHANA LAVERDE GONZALEZ
Fecha de nacimiento:26/01/1994
Empresa:NEG INGENIERIA SAS BIC
Empresa usuaria:
Cargo:GERENTE EN GESTIÓN INTEGRAL
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:SURA - CIA. SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA
Fondo de Pensiones:COLPENSIONES

CC:1016063332
Edad:32 **Sexo:**FEMENINO
Fecha ingreso:2026-03-28 / 08:12:04
Fecha salida:2026-03-28 / 09:41:59
Actividad Económica:
EPS:E.P.S. SANITAS S.A.



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: REGIMEN NUTRICIONAL.
2. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: ANUAL, USO DE CORRECCION VISUAL.

JAIME ARTURO PORRAS GUZMAN
CC: 1020721952
RM: 14337
LIC-SST: 14337
Firma y sello del médico

INGRID JOHANA LAVERDE GONZALEZ
CC: 1016063332
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

SISPRO
Sistema Integral de Información de la Protección Social

RUAF
Registro Único de Afiliados

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BASICA Fecha de Corte: 2026-09-04

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 1016063332	INGRID	JOHANA	LAVERDE	GONZALEZ	F

AFILIACIÓN A SALUD Fecha de Corte: 2026-09-04

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	Contributivo	01/10/2018	Activo	COTIZANTE	BOGOTA D.C.

AFILIACIÓN A PENSIONES Fecha de Corte: 2026-09-04

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: PRIMA MEDIA	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	2025-07-01	Retirado
PENSIONES: PRIMA MEDIA	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	2025-11-01	Activo cotizante
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	2014-01-31	Retirado

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES Fecha de Corte: 2026-09-04

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Economica	Municipio Labora
Seguros de Vida Suramericana	2018-02-24	Activa	CONSTRUCCION DE EDIFICACIONES PARA USO RESIDENCIAL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A CONSTRUCCIÓN DE CASAS, EDIFICIOS, CAMINOS, FERROCARRILES, PRESAS, CALLES Y/O OLEODUCTOS.	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
RIESGOS PROFESIONALES COLMENA SA COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA	2015-12-01	Activa	EMPRESAS DEDICADAS AL COMERCIO AL POR MENOR DE PRENDAS DE VESTIR Y SUS ACCESORIOS	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR Fecha de Corte: 2026-09-04

Administradora CF	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Tipo de Miembro de la Población Cubierta	Tipo de Afiliado	Municipio Labora
CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO	2018-02-24	Activo	Afiliado	Trabajador afiliado dependiente	
CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO	2018-02-24	Activo	Afiliado	Trabajador afiliado dependiente	

AFILIACIÓN A CESANTIAS Fecha de Corte: 2026-09-04

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Municipio Labora
CESANTÍAS: TRADICIONAL	FONDO NACIONAL DEL AHORRO	2018-09-19	VIGENTE	

PENSIONADOS Fecha de Corte: 2026-09-04

No se han reportado pensiones para esta persona.

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL Fecha de Corte: 2026-09-04

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

Conmutador: (601) 330 5000 - Linea Fuera de Bogotá: 018000960020
Línea de atención de emergencias y desastres: (601) 330 5071 - 24 horas
Punto de atención presencial: Carrera 13 No. 32-76 piso 1, Bogotá, código postal 110311

Mesa de Ayuda: En Bogotá: (601) 3305043
Horario de atención: lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.
Denuncias por actos de corrupción: soytransparente@minsalud.gov.co
Versión 2.5

Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. en jornada continua
Correos electrónicos:correo@minsalud.gov.co
Notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co
Términos y Condiciones de uso.
Ultima Actualización : lunes, 7 de septiembre de 2026

SG-SST **CÓDIGO: SST-FT-NRS-18** **VERSIÓN: 02** **MODIFICADO: MARZO-2024**	**NEG INGENIERÍA S.A.S; BIC** **NIT:900.975.870-1** **ÁREA DE GESTIÓN HUMANA Y H.S.E. Q** **FORMATO, NOTIFICACIÓN DE REPORTE DE SALUD**	

CIUDAD Y FECHA:	BOGOTÁ 28 DE MARZO DE 2026	
ASUNTO O REFERENCIA:	NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICO OCUPACIONALES - EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO	
DATOS DEL TRABAJADOR	NOMBRE	INGRID JOHANA LAVERDE
	No. DOCUMENTO	1.016.063.332
ENTIDAD QUE EMITE LA SOLICITUD:	Cendiatra	

Cordial saludo.
De acuerdo con el informe emitido por la entidad IPS CENDIATRA nos permitimos comunicarle: las Recomendaciones (RE) / Restricciones (RT) / Funciones (FC) y/o Plan de Acción (PA) generadas. Después de la toma de exámenes medico ocupacionales periódicos

CODIGO	DESCRIPCION	TIEMPO DE EJECUCION / VIGENCIA
RT	NINGUNA	N/a
RE	Nutricionales - cambios de estilos de vida: régimen nutricional. Valoración optométrica: anual, uso de corrección visual.	Nutricionales: 28 de septiembre de 2026 Optometría: 28 de septiembre de 2026

NOTA AL TRABAJADOR: El no cumplimiento de estos compromisos será motivo de aplicación de lo establecido en el Reglamento Interno de Trabajo de NEG **INGENIERIA S.A.S; BIC**

(*) Si aplica, ver anexo emitido por la entidad.

NEG INGENIERÍA S.A.S; BIC NIT. 900.975.870-1 **REPRESENTANTE LEGAL DE NEG INGENIERÍA S.A.S; BIC**	**Firma del colaborador** **Recibido y Aceptado a conformidad**
NEG INGENIERÍA S.A.S; BIC NIT. 900.975.870-1 **REPRESENTANTE LEGAL DE NEG INGENIERÍA S.A.S; BIC**	**Nombre:** INGRID JOHANA LAVERDE **C.C.** 1.016.063.332 Cargo: Gerente en Gestión Integral

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **80174522**

RODRIGUEZ RODRIGUEZ
APELLIDOS

PEDRO JOSE
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-MAR-1983**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

10-MAY-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-1500110-43097261-M-0080174522-20011227 **02275** 01361A 02 111403272

Powered by CamScanner

Medellín, 31 de Agosto 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 NEG INGENIERIA SAS BIC, en el centro de trabajo 0000000002 - OBRAS, 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
C80174522	RODRIGUEZ RODRIGUEZ PEDRO JOSE	07/06/2017		2413542J	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:C801745222624337521

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 31/08/2026 10:25:21 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.27.31.72, 192.230.104.18, 172.16.42.57

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO

SEDE:CENDIATRA NORTE 106 **DIRECCIÓN:**Autopista Norte # 106-93, Pasadena **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

TELÉFONO:6017464727 - 6017562592 **EMAIL:**citas.norte1@cendiatra.com **FECHA ATENCIÓN:**2026-07-17

Nombres y apellidos:PEDRO JOSE RODRIGUEZ RODRIGUEZ
Fecha de nacimiento:28/03/1983
Empresa:NEG INGENIERIA SAS BIC
Empresa usuaria:
Cargo:GERENTE GENERAL
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:NO REFIERE
Fondo de Pensiones:PORVENIR

CC:80174522
Edad:43 **Sexo:**MASCULINO
Celular:3505459017
Estado Civil:SOLTERO
Fecha ingreso:2026-07-17 / 10:11:52
Fecha salida:2026-07-17 / 12:55:30
Actividad Económica:
EPS:EPS SURA



EXÁMENES REALIZADOS

- PSICOMETRICO
- EXAMEN MEDICO DE ESPACIOS CONFINADOS
- EXAMEN OPTOMETRICO
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- ESPIROMETRIA
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- PERFIL LIPIDICO

CONCEPTO DE APTITUD: SATISFACTORIO
:

INGRESO PROGRAMA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:
CONDICIÓN VISUAL:

RECOMENDACIONES:

ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR::	MEDICINA GENERAL
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:	HABITOS DE VIDA SALUDABLE
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:	ANUAL
OTRAS::	CONTROL MEDICO PERIODICO

La presente certificación se expide CON base EN la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 1843 de 2025. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración. De acuerdo con lo indicado por el empleador, se constata que al trabajador se le comunicaron los resultados de las evaluaciones médicas ocupacionales, los cuales quedarán registrados en su historia médica ocupacional, la cual se encuentra bajo custodia de esta ips.

DIANA FERNANDA MENDOZA GALINDO
CC: 1049626848
RP: 1049626848
LIC-SST: 542/2022
Firma y sello del médico

PEDRO JOSE RODRIGUEZ RODRIGUEZ
CC: 80174522
Firma del paciente

Powered by CamScanner

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) PEDRO JOSE RODRIGUEZ RODRIGUEZ identificado(a) con CC No. 80174522, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de NEG INGENIERIA S.A.S. BIC con NIT 9009758701:

- Fecha de afiliación a la Caja: 27/05/2019.
- Fecha de ingreso a la empresa: 27/05/2019.

En su grupo familiar figura el siguiente registro, como beneficiario de los servicios de la caja.

Nombre	Identificación	Parentesco	Subsidio	Discapacidad	Fecha de Afiliación	Estado
JESUS MARIA RODRIGUEZ	79100665	Padre	SI	NO	15/05/2026	VIGEN

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 31/08/2026

Imagen de informes

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BASICA Fecha de Corte: 2026-08-21

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 80174522	PEDRO	JOSE	RODRIGUEZ	RODRIGUEZ	M

AFILIACIÓN A SALUD Fecha de Corte: 2026-08-21

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
EPS SURAMERICANA S.A.	Contributivo	01/04/2024	Activo	COTIZANTE	BOGOTA D.C.

AFILIACIÓN A PENSIONES Fecha de Corte: 2026-08-21

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIA PROTECCION SA	2001-11-14	Activo cotizante

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES Fecha de Corte: 2026-08-21

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Economica	Municipio Labora
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2016-06-07	Activa	PLANES DE SEGUROS DE VIDA HACE REFERENCIA A EMPRESAS DEDICADAS A LOS SEGUROS DE VIDA INCLUSO EL REASEGURO Y OTROS TIPOS DE SEGURO A LARGO PLAZO, CONTENGA O NO UN ELEMENTO IMPORTANTE DE AHORRO INVOLUCRANDO LA CAPTACIÓN Y LA INVERSIÓN DE LOS FONDOS.	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
Seguros de Vida Suramericana	2019-01-01	Activa	CONSTRUCCION DE EDIFICACIONES PARA USO RESIDENCIAL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A CONSTRUCCIÓN DE CASAS, EDIFICIOS, CAMINOS, FERROCARRILES, PRESAS, CALLES Y/O OLEODUCTOS.	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR Fecha de Corte: 2026-08-21

Administradora CF	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Tipo de Miembro de la Población Cubierta	Tipo de Afiliado	Municipio Labora
CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO	2019-05-27	Activo	Afiliado	Trabajador afiliado dependiente	
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM	2010-08-10	Activo	Afiliado	Trabajador afiliado dependiente	

AFILIACIÓN A CESANTIAS Fecha de Corte: 2026-08-21

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Municipio Labora
CESANTÍAS: ESPECIAL	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIA PROTECCION SA	2018-02-14	VIGENTE	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
CESANTÍAS: TRADICIONAL	FONDO NACIONAL DEL AHORRO	2011-04-25	VIGENTE	

PENSIONADOS Fecha de Corte: 2026-08-21

No se han reportado pensiones para esta persona.

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL Fecha de Corte: 2026-08-21

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

Fecha: 8/25/2026 1:12:26 PM Pag.1

Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. en jornada continua
Correos electrónicos:correo@minsalud.gov.co
Notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co
Términos y Condiciones de uso.
Ultima Actualización : martes, 25 de agosto de 2026

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **80.746.871**

MONTES ARAGON

APELLIDOS

HECTOR GIOVANNY

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-MAY-1984**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

31-MAY-2002 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00593789-M-0080746871-20140625 0039081374A 1 1352944675

Scanned with CamScanner

Medellín, 31 de Agosto 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 NEG INGENIERIA SAS BIC, en el centro de trabajo 0000000002 - OBRAS, 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
C80746871	MONTES ARAGON HECTOR GIOVANNY	12/04/2018		22325543	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:C801745222624337395

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 31/08/2026 10:23:15 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.27.31.72, 192.230.104.18, 172.16.42.57

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) HECTOR GIOVANNY MONTES ARAGON identificado(a) con CC No. 80746871, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de NEG INGENIERIA S.A.S. BIC con NIT 9009758701:

- Fecha de afiliación a la Caja: 11/04/2018.
- Fecha de ingreso a la empresa: 10/04/2018.

En su grupo familiar figura el siguiente registro, como beneficiario de los servicios de la caja.

Nombre	Identificación	Parentesco	Subsidio	Discapacidad	Fecha de Afiliación	Estado
SANTIAGO MONTES SALCEDO	1025149580	Hijo	NO	NO	27/05/2019	VIGEN



José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 31/08/2026

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE ESPACIOS CONFINADOS

SEDE:CENDIATRA CENTRO **DIRECCIÓN:**Carrera 5 # 19-08, piso 1, Centro **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

TELÉFONO:6013904058 - 6012438980 **EMAIL:**citas.centro@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:**2026-03-28

Nombres y apellidos:HECTOR GIOVANNY MONTES ARAGON
Fecha de nacimiento:15/05/1984
Empresa:NEG INGENIERIA SAS BIC
Empresa usuaria:
Cargo:GERENTE DE PROYECTOS
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:SURA - CIA. SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA
Fondo de Pensiones:COLPENSIONES

CC:80746871
Edad:41 **Sexo:**MASCULINO
Celular:3505459018
Estado Civil:SOLTERO
Fecha ingreso:2026-03-28 / 07:58:47
Fecha salida:2026-03-28 / 09:47:22
Actividad Económica:
EPS:E.P.S. SANITAS S.A.



EXÁMENES REALIZADOS

- PSICOMETRICO
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- ESPIROMETRIA
- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- PERFIL LIPIDICO
- EXAMEN MEDICO DE ESPACIOS CONFINADOS
- EXAMEN OPTOMETRICO
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

CONCEPTO DE APTITUD: APTO (A) PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS
:

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constar quien presento la valoración. Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

JAIME ARTURO PORRAS GUZMAN
CC: 1020721952
RM: 14337
LIC-SST: 14337
Firma y sello del médico

HECTOR GIOVANNY MONTES ARAGON
CC: 80746871
Firma del paciente

Scanned with CamScanner

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS

SEDE:CENDIATRA CENTRO **DIRECCIÓN:**Carrera 5 # 19-08, piso 1, Centro **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

TELÉFONO:6013904058 - 6012438980 **EMAIL:**citas.centro@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:**2026-03-28

Nombres y apellidos:HECTOR GIOVANNY MONTES ARAGON
Fecha de nacimiento:15/05/1984
Empresa:NEG INGENIERIA SAS BIC
Empresa usuaria:
Cargo:GERENTE DE PROYECTOS
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:SURA - CIA. SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA
Fondo de Pensiones:COLPENSIONES

CC:80746871
Edad:41 **Sexo:**MASCULINO
Celular:3505459018
Estado Civil:SOLTERO
Fecha ingreso:2026-03-28 / 07:58:06
Fecha salida:2026-03-28 / 09:45:46
Actividad Económica:
EPS:E.P.S. SANITAS S.A.



EXÁMENES REALIZADOS

- PSICOMETRICO
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- ESPIROMETRIA
- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- PERFIL LIPIDICO
- EXAMEN MEDICO DE ESPACIOS CONFINADOS
- EXAMEN OPTOMETRICO
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA TRABAJO EN ALTURAS
:

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

JAIME ARTURO PORRAS GUZMAN
CC: 1020721952
RM: 14337
LIC-SST: 14337
Firma y sello del médico

HECTOR GIOVANNY MONTES ARAGON
CC: 80746871
Firma del paciente

Scanned with CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900975870-1	NEG INGENIERIA S.A.S.,BIC	Calle 187 No. 57- 48 Of 116	6017657049	recursohumano@negingenieria.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94439806	21/08/2026	10	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-07	E	$17,707,240	$5.424.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	70.100	0		0		0	1	100	0	70.200	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	144.100	0		0		0	1	200	0	144.300	2
EPS010	EPS Sura	800088702-2	284.300	0		0		0	1	300	0	284.600	4
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	210.300	0		0		0	1	200	0	210.500	3

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	856.400	0	0	0	0	1	700	0	857.100	3
230301	Porvenir	800224808-8	840.600	0	0	0	0	1	700	0	841.300	3
231001	Colfondos	800227940-6	280.200	0	0	0	0	1	300	0	280.500	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	856.400	0	0	0	0	1	700	0	857.100	3

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	1.192.200				1.192.200	1	1.000	1.193.200			11.922	1.193.200	10

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	685.400	1	600	686.000	10

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	708.800	709.600
Pensión	4	2.833.600	2.836.000
Riesgos Laborales	1	1.192.200	1.193.200
CCF	1	685.400	686.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	10	5.420.000	5.424.800

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Powered by CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900975870-1	NEG INGENIERIA S.A.S..BIC	Calle 187 No. 57- 48 Of 116	6017657049	recursohumano@negingenieria.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94439806	21/08/2026	10	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-07	E	$17,707,240	$5.424.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Ing	Ret	Tde	Tae	Tdp	Tap	Vsp	Vst	Sln	Ige	Lma	Vac	Avp	Vct	Irl	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntaria Afiliado	Voluntaria Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1003690871	DIAZ MEDINA MABEL LORENA	1	0																			230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF22	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
2	CC 1018063332	LAVERDE GONZALEZ INGRID JOHANA	1	0																			25-14	1.167.270	20	186.800	0	0	0	0	EPS005	1.167.270	20	46.700	14-11	1.167.270	20	5	81.300	CCF22	1.167.270	20	46.700	0	0	0	0	0
3	CC 1018063332	LAVERDE GONZALEZ INGRID JOHANA	1	0																			25-14	583.635	10	93.400	0	0	0	0	EPS005	583.635	10	23.400	14-11	583.635	10	5	0	CCF22	583.635	10	0	0	0	0	0	0
4	CC 1018113892	PALACIOS PRIETO CESAR STEVEN	1	0																			230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF22	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
5	CC 1018514832	OSSA CARTAGENA KAREN JIRENT	1	0																			230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS010	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF22	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
6	CC 1019153683	CARTAGENA OLMOS STHEFANY VIVIANA	1	0																			231001	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF22	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
7	CC 1023869629	QUESADA ALDANA JUAN CARLOS	1	0																			230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS010	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF22	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
8	CC 1032937185	MORENO ARAGON PAULA GINETH	1	0																			25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS001	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF22	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
9	CC 52912356	MONTOYA CARDENAS YURANI MARCELA	1	0																			230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS010	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF22	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
10	CC 80174522	RODRIGUEZ RODRIGUEZ PEDRO JOSE	1	0																			230201	1.850.000	30	296.000	0	0	0	0	EPS010	1.850.000	30	74.000	14-11	1.850.000	30	5	126.800	CCF22	1.850.000	30	74.000	0	0	0	0	0
11	CC 80746871	MONTES ARAGON HECTOR GIOVANNY	1	0																			25-14	1.850.000	30	296.000	0	0	0	0	EPS005	1.850.000	30	74.000	14-11	1.850.000	30	5	126.800	CCF22	1.850.000	30	74.000	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Powered by CamScanner



Conmutador: (601) 330 5000 - Linea Fuera de Bogotá: 018000960020
Línea de atención de emergencias y desastres: (601) 330 5071 - 24 horas
Punto de atención presencial: Carrera 13 No. 32-76 piso 1, Bogotá, código postal 110311

Mesa de Ayuda: En Bogotá: (601) 3305043
Horario de atención: lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.
Denuncias por actos de corrupción: soytransparente@minsalud.gov.co
Versión 2.5

Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. en jornada continua
Correos electrónicos:correo@minsalud.gov.co
Notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co
Términos y Condiciones de uso.
Ultima Actualización : martes, 25 de agosto de 2026

AFILIACIÓN A SALUD Fecha de Corte: 2026-08-21

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	Contributivo	01/05/2021	Activo	COTIZANTE	BOGOTA D.C.

AFILIACIÓN A PENSIONES Fecha de Corte: 2026-08-21

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	COMPAÑIA COLOMBIANA ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS SA COLFONDOS	2004-11-30	Retirado
PENSIONES: PRIMA MEDIA	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	2026-07-01	Activo cotizante

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES Fecha de Corte: 2026-08-21

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Economica	Municipio Labora
Seguros de Vida Suramericana	2019-01-01	Activa	CONSTRUCCION DE EDIFICACIONES PARA USO RESIDENCIAL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A CONSTRUCCIÓN DE CASAS, EDIFICIOS, CAMINOS, FERROCARRILES, PRESAS, CALLES Y/O OLEODUCTOS.	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
CIA DE SEGUROS BOLIVAR SA	2017-03-22	Activa	EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y ACTIVIDADES CONEXAS DE ASESORAMIENTO TECNICO INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE OBRA DE CONSTRUCCIÓN, DIRECCIÓN DE OBRAS DE CONSTRUCCIÓN, ARQUITECTURA, INGENIERIA Y AGRIMESURA, EXPLOTACIÓN Y PROSPECCIÓN GEOLOGICAS, ASESORAMIENTO TÉCNICO CONEXO INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A DISEÑO INDUSTRIAL Y DEMÁQUINAS CON INTERVENCIÓN DIRECTA EN LA OBRA	Huila- NEIVA

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR Fecha de Corte: 2026-08-21

Administradora CF	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Tipo de Miembro de la Población Cubierta	Tipo de Afiliado	Municipio Labora
CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO	2018-04-11	Activo	Afiliado	Trabajador afiliado dependiente	
CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO	2018-04-11	Activo	Afiliado	Trabajador afiliado dependiente	
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM	2005-09-27	Activo	Afiliado	Trabajador afiliado dependiente	

AFILIACIÓN A CESANTIAS Fecha de Corte: 2026-08-21

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Municipio Labora
CESANTÍAS: ESPECIAL	COMPAÑIA COLOMBIANA ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS SA COLFONDOS	2005-12-20	VIGENTE	
CESANTÍAS: TRADICIONAL	FONDO NACIONAL DEL AHORRO	2009-03-10	VIGENTE	

PENSIONADOS Fecha de Corte: 2026-08-21

No se han reportado pensiones para esta persona.

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL Fecha de Corte: 2026-08-21

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

Fecha: 8/25/2026 1:06:33 PM

Conmutador: (601) 330 5000 - Linea Fuera de Bogotá: 018000960020
Línea de atención de emergencias y desastres: (601) 330 5071 - 24 horas
Punto de atención presencial: Carrera 13 No. 32-76 piso 1, Bogotá, código postal 110311

Mesa de Ayuda: En Bogotá: (601) 3305043
Horario de atención: lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.
Denuncias por actos de corrupción: soytransparente@minsalud.gov.co
Versión 2.5



FECHA DE NACIMIENTO 13-JUN-1975

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.81 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

24-JUN-1993 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00155342-M-0079848048-20090428 0011109064A 1 1210001116



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.848.048

GUERRERO SEVILLA

APELLIDOS

JOSE YEZID

NOMBRES

FIRMA

Medellín, 08 de Septiembre 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 EXPROYEC JAL SAS, en el centro de trabajo 0005452102 - CONSTRUCCION, 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
C17421437	TORRES	JOSE ARMANDO	02/09/2026		20212820	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:C527831272625149310

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 08/09/2026 13:41:50 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.86.33.128, 107.154.191.3, 172.16.42.57

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: D D M M A A A A

200912459

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo 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: - Cotizante o Cabeza de Familia [X] B. Colectiva [ ] D. De Oficio [ ] - Beneficiario o Afiliado adicional [ ] C. Institucional [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Contribución solidaria: Si [ ] No [X]
5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. Tipo de Cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. Código (a registrar por la EPS): 1

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

8. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
TORRES		JOSE	ARMANDO

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	Cuál	13. Nacionalidad
cc	17421437	Femenino [ ] Masculino [X]	F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ]		COLOMBIANO

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
BOGOTA	COLOMBIA	CUNDINAMARCA	BOGOTA	2 3 0 3 1 9 8 0

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		Si [ ] No [ ] Categoría de discapacidad [ ]	Si [ ] No [ ]	Nivel [ ] Grupo [ ]	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SURA	PORVENIR	$1.750.905	

26. Residencia — Dirección: Diagonal 16 C # 96 - 16 — Teléfono Fijo:

Teléfono Celular: 3178549899 — Correo Electrónico: torres@gmail.com

Departamento: CUNDINAMARCA — Municipio / Distrito: BOGOTA — 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 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	Cual	32. Nacionalidad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ]		

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	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B2				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B3				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B4				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B5				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	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 SISBEN	48. Clasificación SISBEN	49. Discapacidad	50. Incapacidad permanente
B1					Si [ ] No [ ]	Nivel [ ] Grupo [ ]	Si [ ] No [ ] Categoría de discapacidad [ ]	Si [ ] No [ ]
B2					Si [ ] No [ ]	Nivel [ ] Grupo [ ]	Si [ ] No [ ] Categoría de discapacidad [ ]	Si [ ] No [ ]
B3					Si [ ] No [ ]	Nivel [ ] Grupo [ ]	Si [ ] No [ ] Categoría de discapacidad [ ]	Si [ ] No [ ]
B4					Si [ ] No [ ]	Nivel [ ] Grupo [ ]	Si [ ] No [ ] Categoría de discapacidad [ ]	Si [ ] No [ ]
B5					Si [ ] No [ ]	Nivel [ ] Grupo [ ]	Si [ ] No [ ] Categoría de discapacidad [ ]	Si [ ] No [ ]

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)
B1			Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]		
B2			Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]		
B3			Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]		
B4			Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]		
B5			Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]		

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

A. AFILIACIÓN

200912459

B. REPORTE DE NOVEDADES

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	SUBRED INTEG DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E	COLOMBIADENT
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 documento de Identificación	57. Número del documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
EXPROYEC JAL SAS	NIT	901401706	

59. Ubicación
Dirección | Teléfono fijo o Celular

Correo Electrónico | Departamento: CUNDINAMARCA | Municipio / Distrito: BOGOTA

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.
- [ ] 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 (Femenino / Masculino)	63. Sexo identificación (F M T NB Otro — Cuál)	64. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad (D D M M A A A A)	67. Motivo de traslado (Código)	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
SANITAS	06/02/2026		

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.
- [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.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. 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
Jose Armando Torres	

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del 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.

Total Anexos

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

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

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

94. Apellidos y nombres
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. fecha de radicación (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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
	EPS Sanitas MARZO 3 DE 2026 SUJETO A VERIFICACIÓN	AFSE SAS Nit. 901448973-3

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOSE ARMANDO TORRES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **17.421.437**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 4 de Septiembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) TORRES JOSE ARMANDO identificado(a) con CC No. 17421437, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de EXPROYEC JAL SAS con NIT 9014017060:

- Fecha de afiliación a la Caja: 04/09/2026.
- Fecha de ingreso a la empresa: 02/09/2026.

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 13/06/2026

SISPRO
Sistema Integral de Información de la Protección Social

RUAF
Registro Único de Afiliados

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BASICA

Fecha de Corte: 2026-09-04

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 17421437	JOSE	ARMANDO	TORRES		M

AFILIACIÓN A SALUD

Fecha de Corte: 2026-09-04

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. -CM	Subsidiado	14/08/2026	Activo	CABEZA DE FAMILIA	BOGOTA D.C.

AFILIACIÓN A PENSIONES

Fecha de Corte: 2026-09-04

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	2005-01-01	Activo no cotizante

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES

Fecha de Corte: 2026-09-04

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Economica	Municipio Labora
Seguros de Vida Suramericana	2026-02-06	Activa		Bogotá, D.C.- BOGOTÁ

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR

Fecha de Corte: 2026-09-04

Administradora CF	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Tipo de Miembro de la Población Cubierta	Tipo de Afiliado	Municipio Labora
CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO	2026-06-27	Activo	Afiliado	Trabajador afiliado dependiente	

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM	2010-05-13	Activo	Afiliado	Trabajador afiliado dependiente	
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	2009-03-25	Activo	Afiliado	Trabajador afiliado dependiente	

AFILIACIÓN A CESANTIAS

Fecha de Corte: 2026-09-04

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Municipio Labora
CESANTÍAS: ESPECIAL	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIA PROTECCION SA	2006-02-14	VIGENTE	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
CESANTÍAS: ESPECIAL	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIA PROTECCION SA	2017-02-14	VIGENTE	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ

PENSIONADOS

Fecha de Corte: 2026-09-04

No se han reportado pensiones para esta persona.

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL

Fecha de Corte: 2026-09-04

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.



GLOBAL SERVICE
Nit:900929491-6

DR EULICES ORTIZ RODRIGUEZ

MEDICINA DEL TRABAJO Y SALUD OCUPACIONAL

CONCEPTO MEDICO LABORAL PERIODICO

Fecha: 03/09/2026 07:56:01	Ciudad: BOGOTA			Tipo de Examen	Ingreso	X	Egreso		Periódico		Otro		
Empresa:	EXPROYECT SAS				Actividad Económica: OBRA CIVIL								
A través de empresa temporal	SI		NO	X	Cual:								
Tiempo en la empresa:		Cargo:	TECNICO REDES DE GAS				Sección:						

1 Apellido: TORRES	2 Apellido:	Nombre: JOSE ARMANDO	CC: 17421437	FN: 23 – 03 - 1980	
Edad: 46	Sexo: M	Estado Civil: SOLTERO	Escolaridad: TECNICO	Dirección: CLL 16 D 96 G 80	Tel / Cel.: 3202612383
EPS	SANITAS EPS	ARL	ARL SURA	Fondo Pensiones	PORVENIR

EXAMEN MEDICO INGRESO				EXAMEN MEDICO EGRESO			
APTO SIN RESTRICCIÓN	X	APTO CON RESTRICCIÓN		NORMAL		ANORMAL	
EXAMEN MÉDICO PERIODICO				EXAMEN MEDICO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS			
NORMAL		ANORMAL	REUBICAR	APTO	X	NO APTO	

EXAMENES MEDICOS COMPLEMENTARIOS

AUDIOMETRIA	X	VISIOMETRIA	X	ESPIROMETRIA	X	ELECTROCARDIOGRAMA	X	PSICOMETRICO	X
LABORATORIOS: CUADRO HEMATICO,PERFIL LIPIDICO, EKG						OTROS: ALCOHOL Y DROGAS, OSTEOMUSCULAR ESPALDA			

RECOMENDACIONES, OBSERVACIONES Y O RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES

SIN RESTRICCION PARA LABORAR COMO TECNICO - APTO PARA CURSO DE ALTURAS

OSTEOMUSCULAR RANGO NORMAL - MODERAR CONSUMO DE ALIMENTOS FRITOS Y GRASAS DE ORIGEN ANIMAL

SIN SIGNOS NI SINTOMAS RESPIRATORIOS – CHEQUEOS RUTINARIOS POR EPS

VALORACIÓN, MANEJO Y SEGUIMIENTO POR OTORRINOLARINGOLOGÍA EN EPS.– VALORACIÓN PERIÓDICA EN EPS POR OPTOMETRÍA

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) – PAUSAS ACTIVAS

Dr. Eulices Ortiz Rodriguez
Medico Cirujano General
Esp. Salud Ocupacional
Res. 4491 / 19-12-2023

FIRMA Y O SELLO DEL MÉDICO ESPECIALISTA
RESOLUCIÓN 6068

La información antes suministrada es completa, veraz y Acepto la realización, resultados y conceptos de los presentes exámenes.

17421437.

Firma y huella del Trabajador
C.C:





FECHA DE NACIMIENTO 13-JUN-1975

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.81 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

24-JUN-1993 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00155342-M-0079848048-20090428 0011109064A 1 1210001116



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.848.048

GUERRERO SEVILLA

APELLIDOS

JOSE YEZID

NOMBRES

FIRMA

Medellín, 08 de Septiembre 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 EXPROYEC JAL SAS, en el centro de trabajo 0005452102 - CONSTRUCCION, 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
C79848048	GUERRERO SEVILLA JOSE YEZID	02/09/2026		26171³23	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:C527831272625149449

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 08/09/2026 13:44:09 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.86.33.128, 107.154.191.3, 172.16.42.57

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) GUERRERO SEVILLA JOSE YEZID identificado(a) con Cedula Ciudadania 79848048, se encuentra Activo en el Régimen Subsidiado de Salud, de la EPS Compensar, según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20260728	No Registrada

Se expide el presente certificado a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 4 días del mes de Septiembre de 2.026

OBSERVACIONES

FECHA DE NACIMIENTO: 19750613
DIRECCIÓN AFILIADO: CL 16 D 9 G 80
TELÉFONO AFILIADO: 0
CIUDAD: BOGOTA D.C.
DEPARTAMENTO: BOGOTA

Con destino a: A quien corresponda

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: AppSalud CER-AFI 33501990

Vigilado Supersalud
Vigilado Supersubsidio

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOSE YEZID GUERRERO SEVILLA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79848048,** se encuentra afiliado/a desde **01/08/2004** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 04 de septiembre de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) GUERRERO SEVILLA JOSE YESID identificado(a) con CC No. 79848048, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de EXPROYEC JAL SAS con NIT 9014017060:

- Fecha de afiliación a la Caja: 04/09/2026.
- Fecha de ingreso a la empresa: 02/09/2026.

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 13/06/2026

SISPRO
Sistema Integral de Información de la Protección Social

RUAF
Registro Único de Afiliados

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BASICA

Fecha de Corte: 2026-09-04

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 79848048	JOSE	YEZID	GUERRERO	SEVILLA	M

AFILIACIÓN A SALUD

Fecha de Corte: 2026-09-04

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
CAJA DE COMPENSACIàN FAMILIAR COMPENSAR -CM	Subsidiado	28/07/2026	Activo	CABEZA DE FAMILIA	BOGOTA D.C.

AFILIACIÓN A PENSIONES

Fecha de Corte: 2026-09-04

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: PRIMA MEDIA	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	2004-06-10	Activo cotizante

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES

Fecha de Corte: 2026-09-04

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Economica	Municipio Labora
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA SA	2009-11-03	Activa	INSTALACIONES HIDRAULICAS Y TRABAJOS CONEXOS	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA SA	2024-08-20	Activa		Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA SA	2025-03-13	Activa		Bogotá, D.C.- BOGOTÁ

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

CIA DE SEGUROS BOLIVAR SA	2010-10-06	Activa	EMPRESAS DEDICADAS A LA FABRICACIÓN DE OTROS PRODUCTOS ELABORADOS DE METAL NCP INCLUYE LA FABRICACIÓN DE AGUJAS, ALFILERES, HORQUILLAS Y SIMILARES, ENVASES PARA EXTINTORES DE INCENDIO, TRABAJOS EN GRABADO EN COBRE Y/O OTROS METALES, TALLERES DE ORNAMENTACIÓN DE HIERRO, TALLERES MECÁNICOS DE HERRERÍAS, FABRICACIÓN DE ARTÍCULOS METÁLICOS, FABRICACIÓN DE ESPUELAS, FRENOS Y SIMILARES, LAS LATONERÍAS, COBRERERIAS	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
CIA DE SEGUROS BOLIVAR SA	2019-03-26	Activa	EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y ACTIVIDADES CONEXAS DE ASESORAMIENTO TECNICO INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE OBRA DE CONSTRUCCIÓN, DIRECCIÓN DE OBRAS DE CONSTRUCCIÓN, ARQUITECTURA, INGENIERIA Y AGRIMESURA, EXPLOTACIÓN Y PROSPECCIÓN GEOLOGICAS, ASESORAMIENTO TÉCNICO CONEXO INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A DISEÑO INDUSTRIAL Y DEMÁQUINAS CON INTERVENCIÓN DIRECTA EN LA OBRA	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR

Fecha de Corte: 2026-09-04

No se han reportado afiliaciones para esta persona

AFILIACIÓN A CESANTIAS

Fecha de Corte: 2026-09-04

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Municipio Labora
CESANTÍAS: ESPECIAL	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	2011-02-11	VIGENTE	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

CESANTÍAS: ESPECIAL	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	2017-02-14	VIGENTE	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ

PENSIONADOS Fecha de Corte: 2026-09-04

No se han reportado pensiones para esta persona.

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL Fecha de Corte: 2026-09-04

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.



GLOBAL SERVICE
Nit:900929491-6

DR EULICES ORTIZ RODRIGUEZ

MEDICINA DEL TRABAJO Y SALUD OCUPACIONAL

CONCEPTO MEDICO LABORAL PERIODICO

Fecha: 03/09/2026 08:43:28	Ciudad: BOGOTA			Tipo de Examen	Ingreso	X	Egreso		Periódico		Otro		
Empresa:	EXPROYECT SAS			Actividad Económica: OBRA CIVIL									
A través de empresa temporal	SI		NO	X	Cual:								
Tiempo en la empresa:		Cargo:	TECNICO REDES DE GAS				Sección:						

1 Apellido: GUERRERO	2 Apellido: SEVILLA	Nombre: JOSE YEZID	CC: 79848048	FN: 13 – 06 - 1975

Edad	Sexo	Estado Civil	Escolaridad	Dirección:	Tel / Cel.:
51	M	CASADO	TECNICO	DG 16 C 96 C 16	3178549809

EPS		ARL		Fondo Pensiones	
COMPENSAR EPS		ARL SURA		COLPENSIONES	

EXAMEN MEDICO INGRESO				EXAMEN MEDICO EGRESO			
APTO SIN RESTRICCIÓN	X	APTO CON RESTRICCIÓN		NORMAL		ANORMAL	

EXAMEN MÉDICO PERIODICO						EXAMEN MEDICO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS			
NORMAL		ANORMAL		REUBICAR		APTO	X	NO APTO	

EXAMENES MEDICOS COMPLEMENTARIOS

AUDIOMETRIA	X	VISIOMETRIA	X	ESPIROMETRIA	X	ELECTROCARDIOGRAMA	X	PSICOMETRICO	X

LABORATORIOS: CUADRO HEMATICO,PERFIL LIPIDICO, EKG	OTROS: ALCOHOL Y DROGAS, OSTEOMUSCULAR ESPALDA

RECOMENDACIONES, OBSERVACIONES Y O RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES

SIN RESTRICCION PARA LABORAR COMO TECNICO - APTO PARA CURSO DE ALTURAS

OSTEOMUSCULAR RANGO NORMAL - MODERAR CONSUMO DE ALIMENTOS FRITOS Y GRASAS DE ORIGEN ANIMAL

SIN SIGNOS NI SINTOMAS RESPIRATORIOS – CHEQUEOS RUTINARIOS POR EPS

VALORACIÓN, MANEJO Y SEGUIMIENTO POR OTORRINOLARINGOLOGÍA EN EPS.– VALORACIÓN PERIÓDICA EN EPS POR OPTOMETRÍA

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) – PAUSAS ACTIVAS

Dr. Eulices Ortiz Rodríguez
Medico Cirujano General
Esp. Salud Ocupacional
Res. 4491 / 19-12-2023

FIRMA Y O SELLO DEL MÉDICO ESPECIALISTA
RESOLUCIÓN 6068

La información antes suministrada es completa, veraz y Acepto la realización, resultados y conceptos de los presentes exámenes.

Firma y huella del Trabajador
C.C: 79848048

Bogotá calle 18 A No. 98-70 Cel. y Whatsapp 3214641756 gmail: globalservicemedicalcenter@gmail.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **3.005.626**

NIÑO PARRA

APELLIDOS

PEDRO PABLO

NOMBRES

Pedro Pablo Niño Parra

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-AGO-1968**

ANAPOIMA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

20-NOV-1986 EL COLEGIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00013901-M-0003005626-20080617 0004979724 2 1320020605

Medellín, 08 de Septiembre 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 HIDROSAT CONSTRUCTORES SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL DC, 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
C3005626	NIÑO PARRA PEDRO PABLO	08/09/2026		16635146	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:C10207131402625135590

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 08/09/2026 09:53:08 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 8.242.178.45, 192.230.104.10, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4017468185	0|7|0|9|2|0|2|6

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

1.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐
B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria
Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐

6. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

7.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
NIÑO Primer apellido	PARRA Segundo apellido	PEDRO Primer nombre	PABLO Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	3005626	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			15.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	
COLOMBIA	COLOMBIA			2|2|0|8|1|9|6|8

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
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS		1750905	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
DG 73H 78 K 30 SUR		3213327240	NINOGARCIACRISTIAN@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
BOGOTA	BOGOTA	57	Urbana cabecera municipal ☐ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		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 KENNEDY	- VS KENNEDY	VSKENNED - VSKENNED
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)
HDORSAT CONSTRUCTORES SAS	NIT	901106444	

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CL 152 7 A 46	3116849046	JCAMILO_0703@HOTMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4017468185

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
	0|8|0|9|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 capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **PEDRO PABLO NIÑO PARRA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **3005626,** se encuentra afiliado/a desde **01/01/2016** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 07 de septiembre de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

HIDROSAT
CONSTRUCTORES SAS

CERTIFICACION DE AFILIACION A CAJA DE COMPENSACION

BOGOTA D.C 2 DE SEPTIEMBRE DEL 2026

A quien corresponda:

Por medio de la presente **HIDROSAT CONSTRUCTORES SAS**, identificado con NIT: **901106444-1**, certifica que actualmente se encuentra **adelantando el proceso de afiliación a una caja de compensación familiar**, en cumplimiento de las obligaciones correspondientes como empleador.

A la fecha de expedición de la presente certificación dicho proceso se encuentra en trámite, con la entidad **COMPENSAR** y numero de radicado **OPO-001663921,** por lo cual la empresa se encuentra a la espera de la culminación de afiliación por parte de la caja de compensación familiar.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, para fines administrativos, contractuales y legales que Estima pertinentes

Atentamente,

JUAN CAMILO BARACALDO N
GERENTE

(+57) 311 684 9046
(+57) 313 793 1713
hidrosatconstructores@gmail.com
Cll 196 C # 18 - 72 / of. 401

901.330.589-1

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de examen: 2026-09-05 **Fecha de impresión:** 2026-09-05

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos:	PEDRO PABLO NIÑO PARRA		
Identificación:	CC	**Número:**	3005626
Fecha de Nacimiento:	1968-08-22	**Edad:**	58
RH:	B+	**Ciudad - Sede:**	BOGOTA, D.C.
Estado civil:	UNION LIBRE	**Escolaridad:**	BACHILLER
Estrato:	3	**Ciudad:**	BOGOTA, D.C.
Dirección:	CLL117C #14-42	**Teléfono:**	3144182848
EPS:	SALUD TOTAL	**ARL:**	SURA
AFP:	COLPENCIONES		
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	HIDROSAT CONSTRUCTORES SAS	**Cargo:**	INSTALADOR HIDRÁULICO
Sede:	LECMAC MEDIC SAS		

TIPO EXAMEN: PREINGRESO **ENFASIS:** TRABAJO EN ALTURAS, OSTEOMUSCULAR

EXAMENES REALIZADOS

1. AUDIOMETRIA
2. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
3. VISIOMETRIA
4. GLICEMIA
5. PERFIL LIPIDICO

CONCEPTO

CONCEPTO: CUMPLE SIN RESTRICCIONES PARA LA OCUPACIÓN

CONCEPTO ESPECIFICO

Sin restricciones médicas para trabajo en alturas: SI

RECOMENDACIONES

GENERALES

RECOMENDACIONES GENERALES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

1. USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL EN FORMA CORRECTA SEGÚN AREA DE TRABAJO
2. PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL
3. CAPACITACION EN HIGIENE POSTURAL, MANEJO DE CARGAS, MANEJO ADECUADO DE MAQUINARIA Y HERRAMIENTA, CAPACITACION EN TRABAJO EN ALTURAS
4. INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO DE ACUERDO CON LOS RIESGO EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES

RECOMENDACIONES PARA EL USUARIO

1. HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE
2. DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE
3. CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

Tayde Avila Garcia
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LIC S.O 3274-2022

TAYDE CONCEPCION AVILA GARCIA
32716395
RM: S.O 3274-2022
Firma y sello del médico evaluador

PEDRO PABLO NIÑO PARRA
Documento:3005626
Firma del trabajador



SISPRO
Sistema Integral de Información de la Protección Social

Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. en jornada continua
Correos electrónicos:correo@minsalud.gov.co
Notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co
Términos y Condiciones de uso.
Ultima Actualización : martes, 08 de septiembre de 2026

AFILIACIÓN A SALUD

Fecha de Corte: 2026-09-04

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	Contributivo	05/07/2023	Activo	COTIZANTE	BOGOTA D.C.

AFILIACIÓN A PENSIONES

Fecha de Corte: 2026-09-04

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: PRIMA MEDIA	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	1993-08-25	Retirado
PENSIONES: PRIMA MEDIA	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	1993-08-25	Activo cotizante
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	COMPAÑIA COLOMBIANA ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS SA COLFONDOS	2004-09-01	Retirado

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES

Fecha de Corte: 2026-09-04

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Economica	Municipio Labora
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA SA	2017-01-21	Activa	CONSTRUCCION DE EDIFICACIONES PARA USO RESIDENCIAL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A CONSTRUCCIÓN DE CASAS, EDIFICIOS, CAMINOS, FERROCARRILES, PRESAS, CALLES Y/O OLEODUCTOS.	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA SA	2018-01-02	Activa	EMPRESAS DEDICADAS AL COMERCIO AL POR MAYOR DE PRODUCTOS DIVERSOS NCP INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A LA FABRICACIÓN, DEPÓSITO Y/O VENTA DE PIROCTENIA, COHETERÍA	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
CIA DE SEGUROS BOLIVAR SA	2012-02-16	Activa	EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y ACTIVIDADES CONEXAS DE ASESORAMIENTO TECNICO INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE OBRA DE CONSTRUCCIÓN, DIRECCIÓN DE OBRAS DE CONSTRUCCIÓN, ARQUITECTURA, INGENIERIA Y AGRIMESURA, EXPLOTACIÓN Y PROSPECCIÓN GEOLOGICAS, ASESORAMIENTO TÉCNICO CONEXO INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A DISEÑO INDUSTRIAL Y DEMÁQUINAS CON INTERVENCIÓN DIRECTA EN LA OBRA	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR

Fecha de Corte: 2026-09-04

Administradora CF	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Tipo de Miembro de la Población Cubierta	Tipo de Afiliado	Municipio Labora
CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO	2018-01-02	Inactivo	Afiliado	Trabajador afiliado dependiente	
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	2017-02-01	Activo	Afiliado	Afiliado voluntario	

AFILIACIÓN A CESANTIAS

Fecha de Corte: 2026-09-04

No se han reportado afiliaciones para esta persona

PENSIONADOS

Fecha de Corte: 2026-09-04

No se han reportado pensiones para esta persona.

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL

Fecha de Corte: 2026-09-04

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.020.713.140**

BARACALDO NEMEGUEN

APELLIDOS

JUAN CAMILO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
07-MAR-1986

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.76	A+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

19-MAR-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1500101-42129391-M-1020713140-20040913 06887 04254B 02 154831725

ARL

Medellin, 23 de septiembre de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **JUAN CAMILO BARACALDO NEMEGUEN** con documento de identidad **C1020713140**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **HIDROSAT CONSTRUCTORES SAS** con NIT **N901106444**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2026-09-14	3000-12-31	DEPENDIENTE	PRINCIPAL DC	0000000001	5	6.96	EN COBERTURA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud 6l_8585451

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Reingreso 1	
Empleador	NI 901106444 HIDROSAT CONSTRUCTORES SAS
Afiliado	CC 1020713140 JUAN CAMILO BARACALDO NEMEGUEN
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 1,750,905
Cargo	OTRO
Sucursal	BOGOTA D.C. CL 152 # 7 A - 46
Fecha de ingreso	13/09/2026
Fecha de radicación	13/09/2026 08:43:54 p.m.
Código de Transacción	223643639
Resultado delReingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 10/2026

Fecha de generación 13/09/2026

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JUAN CAMILO BARACALDO NEMEGUEN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.020.713.140**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Septiembre del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

HIDROSAT
CONSTRUCTORES SAS

CERTIFICACION DE AFILIACION A CAJA DE COMPENSACION

BOGOTA D.C 2 DE SEPTIEMBRE DEL 2026

A quien corresponda:

Por medio de la presente **HIDROSAT CONSTRUCTORES SAS**, identificado con NIT: **901106444-1**, certifica que actualmente se encuentra **adelantando el proceso de afiliación a una caja de compensación familiar**, en cumplimiento de las obligaciones correspondientes como empleador.

A la fecha de expedición de la presente certificación dicho proceso se encuentra en trámite, con la entidad **COMPENSAR** y numero de radicado **OPO-001663921,** por lo cual la empresa se encuentra a la espera de la culminación de afiliación por parte de la caja de compensación familiar.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, para fines administrativos, contractuales y legales que Estima pertinentes

Atentamente,

JUAN CAMILO BARACALDO N
GERENTE

(+57) 311 684 9046
(+57) 313 793 1713
hidrosatconstructores@gmail.com
Cll 196 C # 18 - 72 / of. 401

LECMAC Medic

901.330.589-1

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de examen: 2026-09-22 **Fecha de impresión:** 2026-09-22

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos:	JUAN CAMILO BARACALDO NEMEGUEN		
Identificación:	CC	**Número:**	1020713140
Fecha de Nacimiento:	1986-03-07	**Edad:**	40
Género:	M	**Identidad de Género:**	MASCULINO
RH:	A+	**Ciudad - Sede:**	BOGOTA, D.C.
Estado civil:	UNION LIBRE	**Escolaridad:**	UNIVERSIDAD
Estrato:	3	**Ciudad:**	BOGOTA, D.C.
Dirección:	CLL196C #18-72	**Teléfono:**	3116849046
EPS:	SURA	**ARL:**	SURA
AFP:	PORVENIR		
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	HIDROSAT CONSTRUCTORES SAS	**Cargo:**	RESIDENTE OBRA CIVIL
Sede:	LECMAC MEDIC SAS		

TIPO EXAMEN: PREINGRESO **ENFASIS:** TRABAJO EN ALTURAS, OSTEOMUSCULAR

EXAMENES REALIZADOS

1. AUDIOMETRIA
2. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
3. VISIOMETRIA
4. GLICEMIA
5. PERFIL LIPIDICO

CONCEPTO

CONCEPTO: CUMPLE SIN RESTRICCIONES PARA LA OCUPACIÓN

CONCEPTO ESPECIFICO

Sin restricciones médicas para trabajo en alturas: SI

RECOMENDACIONES

GENERALES

RECOMENDACIONES GENERALES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

1. USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL EN FORMA CORRECTA SEGÚN AREA DE TRABAJO
2. PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL
3. CAPACITACION EN HIGIENE POSTURAL, MANEJO DE CARGAS, MANEJO ADECUADO DE MAQUINARIA Y HERRAMIENTA, CAPACITACION EN TRABAJO EN ALTURAS
4. INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO DE ACUERDO CON LOS RIESGO EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES

RECOMENDACIONES PARA EL USUARIO

1. HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE
2. DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE
3. CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

Tayde Avila Garcia
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LIC S.O 3274-2022

TAYDE CONCEPCION AVILA GARCIA
32716395
RM: S.O 3274-2022
Firma y sello del médico evaluador

JUAN CAMILO BARACALDO NEMEGUEN
Documento:1020713140
Firma del trabajador

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.005.777.996**

ORDOÑEZ ROCHA

APELLIDOS

SANTIAGO

NOMBRES



Santiago Ordoñez Rocha

FIRMA

Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO **05-MAY-2003**

MELGAR
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69
ESTATURA

B+
G.S. RH

M
SEXO

03-SEP-2021 MELGAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

A-2907900-01304999-M-1005777996-20220625 0079860306A 1 5022176769

Powered by CamScanner

Medellín, 07 de septiembre 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 SANTIAGO ORDOÑEZ ROCHA identificado(a) con C1005777996 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:C10057779962625064134

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.11

Bogota 08.09.2026

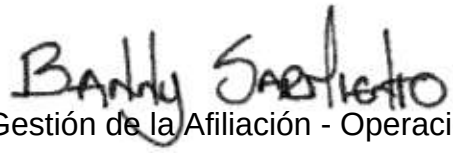
Señores,
GRUPO ELITE Y ASOCIADOS SAS - NI 901747796
Ciudad

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 2026-08-09 con numero de radicado 84187 :

Cordialmente,



Gestión de la Afiliación - Operaciones - EPS Sanitas

GRUPO ELITE Y ASOCIADOS S.A.S

Bogotá 08 de Septiembre de 2026

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 con NIT: 901.747.796 -9 Empleador –GRUPO ELITE ASICIADOS S.A.S, para las personas que se detallan a continuación

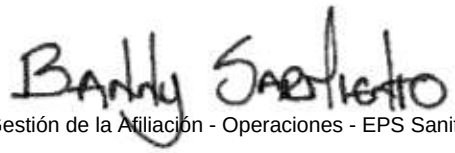
N	Tipo Doc Empleado	No. Doc Empleado	Nombre Empleado	IBC	Fecha Ingreso Empresa	Fecha Retiro Si Aplica**	Dirección Residencia	Municipio / Departamento	# Celular	Correo electrónico
1	Cedula	1005777996	SANTIAGOORDOÑEZ	$1.750.905	08-09-2026		CASA 11 MELGAR	MELGAR-TOLIMAS	3209802714	rhgrupoelitesAS@gmail.com
2										
3										

Cordialmente

Jersi G

JERSY GERMAN GONZALEZ GONZALEZ
Representante legal G ELITE Y ASOCIADOS S.A.S
CC: 1069900199
CL: 3107697575
Dirección: Cra 5 Este # 90-58 sur
Correo: rhgrupoelitesas@gmail.com
Teléfono: 3107697575

Enviar al correo andmcaviedes@epssanitas.com
Tiempo de respuesta 1 a 5 dias hábiles
Whatsapp 315 224 12 5 1



Gestión de la Afiliación - Operaciones - EPS Sanitas

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

SANTIAGO ORDOÑEZ ROCHA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.005.777.996**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 de Septiembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

EL JEFE DE SUBSIDIO Y APORTES DE COMFATOLIMA
CERTIFICA QUE:

SANTIAGO ORDOÑES ROCHA identificado/a con CEDULA CIUDADANIA No. **1005777996** se encontró en nuestros archivos como **TRABAJADOR - ACTIVO** con fecha de afiliacion el 2026-08-24

Datos del trabajador

Nit empresa: 901.747.796
Empresa : GRUPO ELITE Y ASOCIADOS SAS
Categoria :

Dicha certificacion se expide el 9 de septiembre de 2026

Atentamente,

EDNA MARIA BRIÑEZ MINA
JEFE DE SUBSIDIO Y APORTES

VIGILADO SuperSubsidio

a2b540af-75f8-4478-a650-4d56d07ba983

SISPRO
Sistema Integral de Información de la Protección Social

RUAF
Registro Único de Afiliados

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BASICA Fecha de Corte: 2026-09-04

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 1005777996	SANTIAGO		ORDOÑEZ	ROCHA	M

AFILIACIÓN A SALUD Fecha de Corte: 2026-09-04

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	Contributivo	01/07/2019	Activo	BENEFICIARIO	MELGAR

AFILIACIÓN A PENSIONES Fecha de Corte: 2026-09-04

No se han reportado afiliaciones para esta persona

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES Fecha de Corte: 2026-09-04

No se han reportado afiliaciones para esta persona

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR Fecha de Corte: 2026-09-04

No se han reportado afiliaciones para esta persona

AFILIACIÓN A CESANTIAS Fecha de Corte: 2026-09-04

No se han reportado afiliaciones para esta persona

PENSIONADOS Fecha de Corte: 2026-09-04

No se han reportado pensiones para esta persona.

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL Fecha de Corte: 2026-09-04

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

CID SAN MATEO
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO



CIUDAD:	Melgar, Tolima		FECHA:	martes, 8 de septiembre de 2026	

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES:	SANTIAGO	0	ORDOÑEZ	ROCHA	
C.C	1.005.777.996	DE:	MELGAR	SEXO:	MASCULINO
EDAD:	23 AÑOS	CARGO A DESEMPEÑAR :	AYUDANTE DE OBRA		
EMPRESA:	GRUPO ELITE				
EPS:	SANITAS	FONDO DE PENSIONES:	0	ARL:	0

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

OCUPACIONALES	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO AL CARGO, HABITOS DE VIDA SALUDABLES
	PROMOVER ACTIVIDADES DE PREVENCION DE RIESGO SEGÚN SISTEMA DE GESTION DE LA EMPRESA.

MÉDICAS		INGRESO A SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA		HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE	
REMISIÓN A EPS:		OSTEOMUSCULAR:		INICIAR ACTIVIDAD FÍSICA:	
		AUDITIVO(Ruido):		DIETA:	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO:		VISUAL:		DEJAR DE FUMAR:	
		RESPIRATORIO:		EVITAR CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS:	
REMISIÓN A ARL:		PSICOLABORAL:			
		CARDIOVASCULAR:		CONTROL DE PESO:	
VALORACION NUTRICIONAL:		TOXICO-BIOLOGICO			
		RADIACIONES IONIZANTES:		OTRO:	

EXAMENES EVALUADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	X	HCG CUALITATIVA		EKG	
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	X	CREATININA		TRABAJO ALTURAS	
VISIOMETRIA		GLICEMIA		PSICOLOGIA	
AUDIOMETRIA		PERFIL LIPIDICO		PRUEBA PSICOTECNICA	
CUADRO HEMATICO		FOSFATA ALCALINA		HEMOGLOBINA	
ESPIROMETRIA		COPROLOGICO		VIH	

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

EVALUADO CON APTITUDES ADECUADAS EL CARGO	CUMPLE SIN RESTRICCION DE ACUERDO AL CARGO:	X	
	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR :		
CON RECOMENDACIONES		CAUSA:	
CON RESTRICCIONES			
PENDIENTE			

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN DE MI ESTADO DE SALUD. TODO PUEDE SER VERIFICADO Y CONFIRMADO

Dr. Fredy E. Hernández T.
Especialista en SST. U.Rosario
R.M. 14276/91-Res. 2009/22 SSB

Dr. Fredy E. Hernández Torres
R.M. 14276/91-Res. 2009/22

Santiago Ordoñez Rocha

SANTIAGO ORDOÑEZ
1.005.777.996

HUELLA

	FORMATO	Código: FO SST 02
GRUPO ÉLITE Y ASOCIADOS S.A.S. DISEÑOS & CONSTRUCCIONES		Versión: 01
	COMUNICADO DE RECOMENDACIONES Y RESTRICCIONES MEDICO-LABORALES	Fecha: 06/02/ 2026
		Página 1 de 1

FECHA	08/09/2026	CIUDAD	Melgar, Tolima

SEÑOR	SANTIAGO ORDOÑEZ ROCHA
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	C.C. 1005777996
CARGO	AYUDANTE DE OBRA
TIPO DE CONTRATO	OBRA O LABOR

Según los resultados de su examen:

Medico ocupacional de pre-ingreso	X
Medico ocupacional de examen periódico	
Medico ocupacional periódico para reincorporación post -incapacidad o reincorporación post-licencia	
Medico ocupacional periódico por cambio de ocupación o por reubicación laboral	

Por restricciones o recomendaciones emitidas por:

La empresa prestadora de salud (EPS)	
La administradora de riesgos laborales (ARL)	
La empresa prestadora de servicios CID SAN MATEO IPS	X

A. RESTRICCIONES: NINGUNA PARA EL CARGO

Usted ha quedado con restricción o restricciones temporales o permanentes N/A

B. RECOMENDACIONES:

Sus recomendaciones laborales son las siguientes:

- ✓ Higiene postural y de columna – ejercicio de estiramiento muscular (pausas activas)
- ✓ Uso de elementos de protección personal. uso de corrección óptica para laborar
- ✓ Apto para trabajo en piso a un mismo nivel.

Se agradece su atención y cumplimiento de lo aquí comunicado.

YERSON ANDRES GONZALEZ
JEFE INMEDIATO

SANTIAGO ORDOÑEZ ROCHA
COLABORADOR

C.C. Hoja de Vida

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.085.282.854

MUÑOZ

APELLIDOS

IVAN DARIO

NOMBRES



Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-JUL-1990**

PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

19-AGO-2008 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2300100-00152484-M-1085282854-20090312 **0010**309266A 1 27095132

Powered by CamScanner

Medellín, 01 de septiembre 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 IVAN DARIO MUÑOZ identificado(a) con C1085282854 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:C10852828542624478201

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.18

30451948

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

No.Radicación: 590422

FECHA DE RADICACIÓN: 31 08 2026

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

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

4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	5. TIPO DE AFILIADO	6. TIPO DE COTIZANTE	7. CÓDIGO
SI: NO: X	A. Cotizante: X; B. Cabeza de Familia: C. Beneficiario: D. Afiliado adicional:	A. Dependiente: X; B. Independiente: C. Pensionado:	N1201

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES			
PRIMER APELLIDO: MU?OZ	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE: IVAN	SEGUNDO NOMBRE: DARIO

9. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	11. SEXO BIOLÓGICO	12. SEXO IDENTIFICACIÓN
C.C.: CC	1085282854	F: X; M:	F: X; M: T: NB: Otro: Cual?

13. NACIONALIDAD	14. LUGAR DE NACIMIENTO			15. FECHA NACIMIENTO
COLOMBIA	PAÍS: COLOMBIA	DEPARTAMENTO: NARIÑO	MUNICIPIO: PASTO	DÍA: 06 MES: 07 AÑO: 1990

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA	17. COMUNIDAD INDÍGENA	18. DISCAPACIDAD	19. TIENE ENCUESTA SISBÉN?	20. CLASIFICACIÓN SISBÉN	21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	22. ARL
6		SI: NO: X; CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD:	SI: NO: X; NIVEL: GRUPO:			NINGUNA

23. AFP	24. IBC	25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	26. RESIDENCIA	DIRECCIÓN
NINGUNA	$1,750,905.00	$0.00		CL 2 23 21

TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO
	3187235546	IVANDARIOMUNOZ@GMAIL.COM	CUNDINAMARCA

MUNICIPIO/ DISTRITO	LOCALIDAD/COMUNA	ZONA	IPS
MEDINA		CABECERA MUNICIPAL: X; CENTRO POBLADO: RURAL DISPERSO: RESTO RURAL:	2477

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR – Datos de identificación del beneficiario (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 DOCUMENTO DE IDENTIDAD	30. SEXO BIOLÓGICO	31. SEXO IDENTIFICACIÓN
T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.		F M	F M T NB Otro Cual?

32. NACIONALIDAD	33. LUGAR DE NACIMIENTO			34. FECHA NACIMIENTO
	PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DÍA 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 F	39. SEXO M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F	M	T	NB	Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO
B1		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B2		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B3		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B4		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B5		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															

	Datos complementarios del Beneficiario 43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI	NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
B1							I. II.												
B2							I. II.												
B3							I. II.												
B4							I. II.												
B5							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)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
GRUPO ELITE Y ASOCIADOS SS	X T.I. C.C. C.E. S.C. P.A. C.D. P.T.	901747796	

59. Ubicación					
DIRECCIÓN: KR 5 ESTE 90 58	TELÉFONO FIJO O CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO: rhgrupoelitesas@gmail.com	DEPARTAMENTO: DISTRITO CAPITAL	MUNICIPIO/DISTRITO: BOGOTA	

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD

1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN		9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR PARA SEGUIR COTIZANDO	X
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN		10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES	
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD		11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.	
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS		12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS	
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código:		13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS	
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código:		14. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO	
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES			

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	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	62. SEXO BIOLÓGICO	63. SEXO IDENTIFICACIÓN
T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.		F M	F M T NB Otro Cual?

64. FECHA NACIMIENTO	65. EPS ANTERIOR	66. FECHA DE NOVEDAD	67. MOTIVO DE TRASLADO	68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
DÍA MES AÑO		01 09 2026	Código	

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) reportado(s) dependen económicamente de mi.	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. 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.	
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.	
76. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. b). Autorización 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).	X
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	NÚMERO DOCUMENTO
T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.	

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

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

Yo, IVAN DARIO MU?OZ identificado (a) con R.C. | T.I. | C.C. | C.E. | **CC** | S.C. | C.D. | P.E. | P.T.

número 1085282854 de PASTO, 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. 3187235546

y/o correo electrónico: IVANDARIOMUNOZ@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, IVAN MUÑOZ

Firma: _____

Tipo ID: CC No. ID: 1085282854

Fecha de Solicitud: 31/08/2026

Dirección: CL 2 23 21

Tel: 3187235546 Municipio: MEDINA

Departamento: CUNDINAMARCA

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 1995, 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:

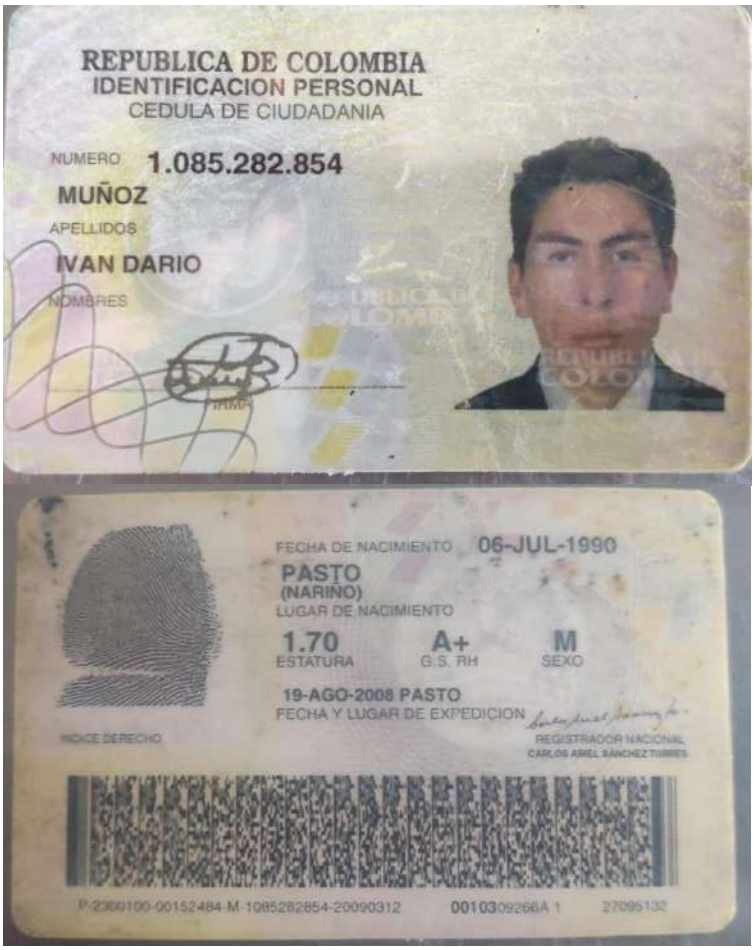
Sitio web: www.nuevaeps.co

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.



EPS: NUEVA EPS

ARL: SURA

F PENSION: PORVENIR

CORREO: IVAN06DARIO@GMAIL.COM

CELULAR: 3102630117

DIRECCION: SAMPEDRO DE JAGUA MNZANA 2 CASA 5

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

IVAN DARIO MUÑOZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.085.282.854**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 1 de Septiembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Sistema de Afiliaciones en Línea

GRUPO ELITE Y ASOCIADOS SAS

Empresa privada

+ Afiliar nuevo trabajador

Trabajadores afiliados | Trabajadores en trámite de afiliación

Show 10 entries

Search:

Solicitud #	Documento	Nombre	Fecha creación	Estado
427618	1106894421	ALVAREZ PEREZ GILBERT ANDRES	25-08-2026 17:11	Recibida
427609	1018492230	BELTRAN URREGO DANILO ARNULFO	25-08-2026 16:34	Recibida
427917	1024470065	CASTRO RODRIGUEZ LUIS JAILER	01-09-2026 16:25	Recibida
252614	1119582395	FIGUEROA CARDENAS ELBER	25-08-2026 11:48	Recibida
427614	1079033189	GONZALEZ GONZALEZ DAIRO HUMBERTO	25-08-2026 16:48	Recibida
427607	1069900188	GONZALEZ GONZALEZ YERSON ANDRES	25-08-2026 16:27	Recibida
427617	91446378	JIMENEZ CRUZ IOHAN ALFONSO	25-08-2026 17:05	Recibida
427619	1069282005	LINARES BELTRAN BREINER ORLANDO	25-08-2026 17:15	Recibida
427622	1010168952	LINARES BELTRAN NOLFO BENEDICTO	25-08-2026 17:17	Recibida
427915	1085282854	MUÑOZ IVAN DARIO	01-09-2026 16:21	Recibida

Showing 1 to 10 of 10 entries

Previous 1 Next

COMPESALUD

IPS E.U.NIT. 830.136.311-5
Código Prestador Servicios No. 1100112762-02
Licencia en Salud Ocupacional No. 10722 de 08/11/08

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

(TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS)



FECHA: 31/08/2026

TIPO DE EXAMEN: INGRESO [X] **PERIODICO** [ ] **RETIRO** [ ]
INFORMACION GENERAL:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: MUÑOZ IVAN DARIO **Sexo:** [M]
Documento de Identidad: C.C. [X] **T.I.** [ ] **C.E.** [ ] **Numero**: 1.085.282.854 **Edad:** 36 AÑOS
Eps: NUEVA EPS **Cargo:** OFICIAL ELECTRICO
Empresa: GRUPO ELITE Y ASOCIADOS S.A.S **NIT:** 901747796-9

RESULTADO EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

EXÁMEN REALIZADO			RESULTADO			OBSERVACIONES
GLICEMIA BASAL			NORMAL			
PERFIL LIPIDICO			NORMAL			
PSICOTEST DE ALTURAS			NORMAL			
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR			NORMAL			
AUDIOMETRIA			SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL			
ESPIROMETRIA			SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL			
OPTOMETRIA			SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL			
PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS			SIN ALTERACIONES			
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS EN ALTURAS			SIN ALTERACIONES DETECTABLES			
HEMOCLASIFICACION	A+	ESTATURA	1.70 CM	PESO	85 KG	

CONCLUSIONES

1. RECOMENDACIONES: Remisión EPS – IPS SI [ ] NO [X] **Tratamiento:** SI [ ] NO [X] **¿Cuál?**_____

2. Otras Recomendaciones: REALIZAR PAUSA ACTIVA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, HÁBITOS DE HIGIENE POSTURALES ADECUADOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL, AUDITIVA Y PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL, SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO-CAPACITACIONES SEGÚN CARGO, HACER PERIÓDICAMENTE LOS EXÁMENES DE VALORACIÓN OCUPACIONAL.

3. CONCEPTO MEDICO - LABORAL : SIN RESTRICCION PARA EL CARGO – SIN RESTRICCION PARA TRABAJO EN ALTURAS

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	EXAMEN PERIODICO	SI	NO
APTO PARA EL CARGO	X		APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO EL CARGO		
APLAZADO		X	REQUIERE DE RESTRICCIONES DE ACTIVIDADES		
APTO CON RESTRICCIONES		X	REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL TEMPORAL		
EXAMEN MEDICO PREOCUPACIONAL	X		REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL PERMANENTE		
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	X		PRESENTA ALTERACION EN SALUD		
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	X		REMISION A EPS		

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
¿Se encuentran alteraciones clínicas con respecto al examen de ingreso?		
¿Estas alteraciones afectan la futura capacidad laboral del trabajador?		

4 .RECOMENDACIONES: ESPECIFICAR PARA EL ASPIRANTE O TRABAJADOR ; USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL, CAPACITAR EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS.

Valoración médica *ocupacional y paraclínicos según resolución N° 4272 de 2021* *El examinado CERTIFICA que no omitió ningún dato sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta.*

Medico

Vladimir A. Vega R.
Especialista Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Resolución 5614 / 2018

Firma:
Nombre: DR. VLADIMIR ALBERTO VEGA RODRIGUEZ
Reg. Medico 72344909 R.M: 5614 DE 26/04/2018

Paciente
Firma:
Nombre: Ivan Dario Muñoz
Doc. No.: 1085282854



Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de salud Ocupacional. En constancia con la RESOLUCIÓN 2346 de julio de 2017, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento

Powered by CamScanner

GRUPO ELITE Y ASOCIADOS S.A.S. DISEÑOS & CONSTRUCCIONES	**FORMATO**	Código: FO SST 02
		Versión: 01
	COMUNICADO DE RECOMENDACIONES Y RESTRICCIONES MEDICO-LABORALES	Fecha: 06/02/ 2026
		Página 1 de 1

FECHA	31/08/2026	**CIUDAD**	Bogotá DC.

SEÑOR	**IVAN DARIO MUÑOZ**
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**C.C. 1085282854**
CARGO	**OFICIAL ELECTRICO**
TIPO DE CONTRATO	**OBRA O LABOR**

Según los resultados de su examen:

Medico ocupacional de pre-ingreso	X
Medico ocupacional de examen periódico	
Medico ocupacional periódico para reincorporación post -incapacidad o reincorporación post-licencia	
Medico ocupacional periódico por cambio de ocupación o por reubicación laboral	

Por restricciones o recomendaciones emitidas por:

La empresa prestadora de salud (EPS)	
La administradora de riesgos laborales (ARL)	
La empresa prestadora de servicios COMPESALUD IPS	X

A. RESTRICCIONES: NINGUNA PARA EL CARGO

Usted ha quedado con restricción o restricciones temporales o permanentes N/A

B. RECOMENDACIONES:

4 .RECOMENDACIONES: ESPECIFICAR PARA EL ASPIRANTE O TRABAJADOR ; USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL, CAPACITAR EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS.

Valoración médica ocupacional y paraclinicos según resolución N° 4272 de 2021 El examinado CERTIFICA que no omitió ningún dato sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta.

Se agradece su atención y cumplimiento de lo aquí comunicado.

YERSON ANDRES GONZALEZ
JEFE INMEDIATO

IVAN DARIO MUÑOZ
COLABORADOR

C.C. Hoja de Vida

Powered by CamScanner



Conmutador: (601) 330 5000 - Linea Fuera de Bogotá: 018000960020
Línea de atención de emergencias y desastres: (601) 330 5071 - 24 horas
Punto de atención presencial: Carrera 13 No. 32-76 piso 1, Bogotá, código postal 110311

Mesa de Ayuda: En Bogotá: (601) 3305043
Horario de atención: lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.
Denuncias por actos de corrupción: soytransparente@minsalud.gov.co
Versión 2.5

Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. en jornada continua
Correos electrónicos:correo@minsalud.gov.co
Notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co
Términos y Condiciones de uso.
Ultima Actualización : martes, 1 de septiembre de 2026

AFILIACIÓN A SALUD Fecha de Corte: 2026-08-28

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
NUEVA EPS S.A.	Contributivo	24/10/2024	Activo	COTIZANTE	MEDINA

AFILIACIÓN A PENSIONES Fecha de Corte: 2026-08-28

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	2008-08-21	Activo no cotizante

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES Fecha de Corte: 2026-08-28

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Economica	Municipio Labora
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2013-05-21	Activa	TRABAJOS DE ELECTRICIDAD INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A LOS TRABAJOS ESPECIALIZADOS DE INSTALACIÓN DE ALUMBRADO Y SEÑALIZACIÓN ELECTRICA DE CARRETERAS Y LOS TRABAJO DE INSTALACIÓN DE CENTRALES DE ENERGÍA, TRANSFORMADORES, SISTEMAS DE ALARMA.	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2015-03-04	Activa	TRABAJOS DE PREPARACION DE TERRENOS PARA OBRAS CIVILES	Huila- PITALITO
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2015-04-10	Activa	CONSTRUCCION DE EDIFICACIONES PARA USO NO RESIDENCIAL	Chocó- QUIBDÓ
RIESGOS PROFESIONALES COLMENA SA COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA	2018-11-01	Activa	GENERACION, CAPTACION Y DISTRIBUCION DE ENERGIA ELECTRICA INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DE SERVICIOS DE GENERACIÓN Y/O DISTRIBUCIÓN DE ENERGÍA	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR Fecha de Corte: 2026-08-28

Administradora CF	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Tipo de Miembro de la Población Cubierta	Tipo de Afiliado	Municipio Labora
CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO	2025-08-01	Activo	Afiliado	Trabajador afiliado dependiente	
CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO	2025-08-01	Activo	Afiliado	Trabajador afiliado dependiente	
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE NARIÑO	2016-06-01	Activo	Afiliado	Trabajador afiliado dependiente	
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CESAR COMFACESAR	2017-11-27	Activo	Afiliado	Trabajador afiliado dependiente	

AFILIACIÓN A CESANTIAS Fecha de Corte: 2026-08-28

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Municipio Labora
CESANTÍAS: ESPECIAL	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIA PROTECCION SA	2019-02-13	VIGENTE	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
CESANTÍAS: ESPECIAL	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	2025-02-13	VIGENTE	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ

PENSIONADOS Fecha de Corte: 2026-08-28

No se han reportado pensiones para esta persona.

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL Fecha de Corte: 2026-08-28

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

Conmutador: (601) 330 5000 - Linea Fuera de Bogotá: 018000960020
Línea de atención de emergencias y desastres: (601) 330 5071 - 24 horas
Punto de atención presencial: Carrera 13 No. 32-76 piso 1, Bogotá, código postal 110311
Mesa de Ayuda: En Bogotá: (601) 3305043
Horario de atención: lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.
Denuncias por actos de corrupción: soytransparente@minsalud.gov.co
Versión 2.5



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.004.049.303
MARTINEZ RODRIGUEZ

APELLIDOS
JOHN ALEJANDRO

NOMBRES

Jhon Alejandro Martinez

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 19-ABR-1997
UBALA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA
B- G.S. RH
M SEXO

12-NOV-2015 MEDINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1516600-00783621-M-1004049303-20160115 0048040092A 1 43446077

ARL: SURA

EPS: NUEVA EPS

F PENSION: PORVENIR

DIRECCION: CASA 5 BARRIO COREA DE SAM PEDRO DE JAGUA CUNDINAMARCA

CORREO: JHON190497@GMAL.COM

CELULAR: 3133668715

Medellín, 11 de septiembre 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 JOHN ALEJANDRO MARTINEZ RODRIGUEZ identificado(a) con C1004049303 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:C10040493032625461896

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.18

30479965

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

No.Radicación: 618604

FECHA DE RADICACIÓN: 11 09 2026

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

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

4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	5. TIPO DE AFILIADO	6. TIPO DE COTIZANTE	7. CÓDIGO
SI [ ] NO [X]	A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	N1201

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES			
PRIMER APELLIDO: MARTINEZ	SEGUNDO APELLIDO: RODRIGUEZ	PRIMER NOMBRE: JOHN	SEGUNDO NOMBRE: ALEJANDRO

9. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	11. SEXO BIOLÓGICO	12. SEXO IDENTIFICACIÓN
C.C. [X] (CC)	1004049303	F [X] M [ ]	F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

13. NACIONALIDAD	14. LUGAR DE NACIMIENTO			15. FECHA NACIMIENTO
	PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DÍA / MES / AÑO
COLOMBIA	COLOMBIA	CUNDINAMARCA	UBALA	19 / 04 / 1997

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA	17. COMUNIDAD INDÍGENA	18. DISCAPACIDAD	19. TIENE ENCUESTA SISBÉN?	20. CLASIFICACIÓN SISBÉN	NIVEL	GRUPO	21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	22. ARL
6		SI [ ] NO [X] CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD [ ]	SI [ ] NO [X]					NINGUNA

23. AFP	24. IBC	25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	26. RESIDENCIA	DIRECCIÓN
NINGUNA	$1,750,905.00	$0.00		CL 2 1 12

TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO
	3133668715	JOHNALEJANDROMARTINEZRODRIGUEZ@GMAIL.COM	CUNDINAMARCA

MUNICIPIO/ DISTRITO	LOCALIDAD/COMUNA	ZONA	IPS
MEDINA		CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]	2477

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR – Datos de identificación del beneficiario (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 DOCUMENTO DE IDENTIDAD	30. SEXO BIOLÓGICO	31. SEXO IDENTIFICACIÓN
T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]		F [ ] M [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

32. NACIONALIDAD	33. LUGAR DE NACIMIENTO			34. FECHA NACIMIENTO
	PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DÍA / 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 F	39. SEXO M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F	40. SEXO IDENTIFICACIÓN M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN T	40. SEXO IDENTIFICACIÓN NB	40. SEXO IDENTIFICACIÓN Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	41. LUGAR DE NACIMIENTO DEPART.	41. LUGAR DE NACIMIENTO MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	42. FECHA DE NACIMIENTO MES	42. FECHA DE NACIMIENTO AÑO
B1		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B2		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B3		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B4		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B5		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															

	Datos complementarios del Beneficiario 43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI	47. NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL	48. GRUPO	49. DISCAPACIDAD SI	49. NO	49. CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI	50. NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
B1							I. II.												
B2							I. II.												
B3							I. II.												
B4							I. II.												
B5							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)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
GRUPO ELITE Y ASOCIADOS SS	NIT [X] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]	901747796	

59. Ubicación				
DIRECCIÓN	TELÉFONO FIJO O CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/DISTRITO
KR 5 ESTE 90 58		rhgrupoelitesas@gmail.com	DISTRITO CAPITAL	BOGOTA

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 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.1. RETIRO 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	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	62. SEXO BIOLÓGICO	63. SEXO IDENTIFICACIÓN
T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]		F [ ] M [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

64. FECHA NACIMIENTO	65. EPS ANTERIOR	66. FECHA DE NOVEDAD	67. MOTIVO DE TRASLADO	68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
DÍA / MES / AÑO		DÍA 11 / MES 09 / AÑO 2026	Código	

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) reportado(s) dependen económicamente de mi. [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. 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. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
76. a). Autorizo mi consentimiento explicito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [X]
b). Autorización 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). [ ]

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

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

Yo, JOHN ALEJANDRO MARTINEZ RODRIGUEZ identificado (a) con R.C. | T.I. | C.C. | C.E. | S.C. | C.D. | P.E. | P.T. — CC

número 1004049303 de UBALA, 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. 3133668715

y/o correo electrónico: JOHNALEJANDROMARTINEZRODRIGUEZ@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, John Martinez

Firma: _____

Tipo ID: CC No. ID: 1004049303

Fecha de Solicitud: 11/09/2026

Dirección: CL 2 1 12

Tel: 3133668715 Municipio: MEDINA

Departamento: CUNDINAMARCA

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 1995, 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.
- 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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.004.049.303
MARTINEZ RODRIGUEZ

APELLIDOS
JOHN ALEJANDRO

NOMBRES

Jhon Alejandro Martinez

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 19-ABR-1997
UBALA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA
B- G.S. RH
M SEXO

12-NOV-2015 MEDINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1516600-00783621-M-1004049303-20160115 0048040092A 1 43446077

ARL: SURA

EPS: NUEVA EPS

F PENSION: PORVENIR

DIRECCION: CASA 5 BARRIO COREA DE SAM PEDRO DE JAGUA CUNDINAMARCA

CORREO: JHON190497@GMAL.COM

CELULAR: 3133668715

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOHN ALEJANDRO MARTINEZ RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.004.049.303**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Septiembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Nit.800211025-1
Caja de Compensación Familiar del Tolima "COMFATOLIMA" Somos Familia.

EL JEFE DE SUBSIDIO Y APORTES DE COMFATOLIMA
CERTIFICA QUE:

JHON ALEJANDRO MARTINEZ RODRIGUEZ identificado/a con CEDULA CIUDADANIA No. **1.004.049.303** se encontró en nuestros archivos como **TRABAJADOR - ACTIVO** con fecha de afiliacion el 2026-08-24

Datos del trabajador

Nit empresa: 901.747.796
Empresa : GRUPO ELITE Y ASOCIADOS SAS
Categoria :

Dicha certificacion se expide el 11 de septiembre de 2026

Atentamente,

EDNA MARIA BRIÑEZ MINA
JEFE DE SUBSIDIO Y APORTES

VIGILADO SuperSubsidio

a2b540d8-bb31-40f5-9ffa-7d05001bca29

COMPESALUD

IPS E.U.NIT. 830.136.311-5
Código Prestador Servicios No. 1100112762-02
Licencia en Salud Ocupacional No. 10722 de 08/11/08

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL
(TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS)



FECHA: 10/09/2026

TIPO DE EXAMEN: INGRESO [X] **PERIODICO** [ ] **RETIRO** [ ]
INFORMACION GENERAL:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: MARTINEZ RODRIGUEZ JOHN ALEJANDRO **Sexo:** [M]
Documento de Identidad: C.C. [X] **T.I.** [ ] **C.E.** [ ] **Numero**: 1.004.049.303 **Edad:** 39 AÑOS
Eps: NUEVA EPS **Cargo:** OFICIAL DE OBRA
Empresa: GRUPO ELITE Y ASOCIADOS S.A.S **NIT:** 901747796-9

RESULTADO EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

EXÁMEN REALIZADO			RESULTADO			OBSERVACIONES
GLICEMIA BASAL			NORMAL			
PERFIL LIPIDICO			NORMAL			
PSICOTEST DE ALTURAS			NORMAL			
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR			NORMAL			
AUDIOMETRIA			SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL			
ESPIROMETRIA			SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL			
OPTOMETRIA			SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL			
PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS			SIN ALTERACIONES			
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS EN ALTURAS			SIN ALTERACIONES DETECTABLES			
HEMOCLASIFICACION	B-	ESTATURA	1.64 CM	PESO	83 KG	

CONCLUSIONES

1. RECOMENDACIONES: Remisión EPS – IPS SI [ ] NO [X] Tratamiento: SI [ ] NO [X] ¿Cuál?_____

2. Otras Recomendaciones: REALIZAR PAUSA ACTIVA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, HÁBITOS DE HIGIENE POSTURALES ADECUADOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL, AUDITIVA Y PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL, SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO-CAPACITACIONES SEGÚN CARGO, HACER PERIÓDICAMENTE LOS EXÁMENES DE VALORACIÓN OCUPACIONAL.

3. CONCEPTO MEDICO - LABORAL : SIN RESTRICCION PARA EL CARGO- SIN RESTRICCION PARA TRABAJO EN ALTURAS

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	EXAMEN PERIODICO	SI	NO
APTO PARA EL CARGO	X		APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO EL CARGO		
APLAZADO		X	REQUIERE DE RESTRICCIONES DE ACTIVIDADES		
APTO CON RESTRICCIONES		X	REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL TEMPORAL		
EXAMEN MEDICO PREOCUPACIONAL	X		REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL PERMANENTE		
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	X		PRESENTA ALTERACION EN SALUD		
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	X		REMISION A EPS		

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
¿Se encuentran alteraciones clínicas con respecto al examen de ingreso?		
¿Estas alteraciones afectan la futura capacidad laboral del trabajador?		

4 .RECOMENDACIONES: ESPECIFICAR PARA EL ASPIRANTE O TRABAJADOR ; USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL, CAPACITAR EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS.

Valoración médica *ocupacional y paraclínicos según resolución N° 4272 de 2021 El examinado CERTIFICA que no omitió ningún dato sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta.*

Medico		***Paciente***	
Firma:	*Vladimir A. Vega R. Especialista Salud Ocupacional y Riesgos Laborales Resolución 5614 / 2018*	***Firma:***	John Alejandro Martinez
Nombre:	**DR. VLADIMIR ALBERTO VEGA RODRIGUEZ**	**Nombre:**	John Alejandro Martinez
Reg. Medico	**72344909 R.M: 5614 DE 26/04/2018**	**Doc. No.:**	1004049303

HUELLA

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de salud Ocupacional. En constancia con la RESOLUCIÓN 2346 de julio de 2017, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento

Powered by CamScanner

SISPRO
Sistema Integral de Información de la Protección Social

RUAF
Registro Único de Afiliados

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BASICA Fecha de Corte: 2026-09-11

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 1004049303	JOHN	ALEJANDRO	MARTINEZ	RODRIGUEZ	M

AFILIACIÓN A SALUD Fecha de Corte: 2026-09-11

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
NUEVA EPS S.A.	Subsidiado	17/03/2026	Activo	CABEZA DE FAMILIA	MEDINA

AFILIACIÓN A PENSIONES Fecha de Corte: 2026-09-11

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	2016-04-13	Inactivo
PENSIONES: PRIMA MEDIA	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	2025-07-01	Retirado

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES Fecha de Corte: 2026-09-11

No se han reportado afiliaciones para esta persona

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR Fecha de Corte: 2026-09-11

No se han reportado afiliaciones para esta persona

AFILIACIÓN A CESANTIAS Fecha de Corte: 2026-09-11

No se han reportado afiliaciones para esta persona

PENSIONADOS Fecha de Corte: 2026-09-11

No se han reportado pensiones para esta persona.

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL Fecha de Corte: 2026-09-11

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.192.812.393
RODRIGUEZ BERROCAL
APELLIDOS
ANDRES FELIPE
NOMBRES

Andres Rodriguez
FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-FEB-2001
VALLEDUPAR
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

28-FEB-2019 AGUSTIN CODAZZI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-0718100-01291511-M-1192812393-20220425 0078873849A 2 8504085410

ARL | sura

Medellín, 28 de Septiembre 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 ELITE Y ASOCIADOS SAS, en el centro de trabajo 0000000003 - MELGAR, 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
C1073506688	PRIETO ROJAS ROBINSON ALEXIS	25/09/2026		61C23015	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1192812393	RODRIGUEZ BERROCAL ANDRES FELIPE	25/09/2026		447e1472	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:C10699001992627170768

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 28/09/2026 19:39:28 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 38.236.106.227, 198.143.39.11, 172.16.42.57

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9012106419

9012106419

No. de Radicación: 29408456

Fecha de Radicación: 26 09 2026

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: RODRIGUEZ	Segundo Apellido: BERROCAL	Primer Nombre: ANDRES	Segundo Nombre: FELIPE

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1192812393	Femenino [ ] Masculino [X]	D 15 D M 02 M A A 2001 A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]			SURA	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$1.750.905	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
GRUPO ELITE Y ASOCIADOS SAS	NT	901747796	

39. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CR 5 ESTE 90 58	NT		BOGOTA	CD

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D 25 D M 09 M A 2026 A

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC
Cantidad:								

Total

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: AUXILIAR DE OBRA OFICIOS DE LA COSNTRUCCION

71. Firma del funcionario

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.

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ANDRES FELIPE RODRIGUEZ BERROCAL, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.192.812.393**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Septiembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Proceso de afiliación a Comfatolima

Apreciado(a) **JERSI GONZALEZ**,

Su solicitud de afiliación con radicado **#430691** correspondiente a **Trabajador ANDRES FELIPE RODRIGUEZ BERROCAL** identificado con **CEDULA CIUDADANIA** No. **1192812393** fue enviada con los documentos necesarios, la cual queda sujeta a revisión y aprobación de la afiliación. Si desea realizar modificaciones sobre la información cargada aún lo puede hacer, para ver los documentos cargados puede ingresar a la plataforma de afiliaciones en linea

Powered by CamScanner

COMPESALUD

IPS E.U.NIT. 830.136.311-5
Código Prestador Servicios No. 1100112762-02
Licencia en Salud Ocupacional No. 10722 de 08/11/08

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

(TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS)

FECHA: 25/09/2026



TIPO DE EXAMEN: INGRESO [X] **PERIODICO** [ ] **RETIRO** [ ]
INFORMACION GENERAL:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: RODRIGUEZ BERROCAL ANDRES FELIPE **Sexo:** [M]
Documento de Identidad: C.C. [X] **T.I.** [ ] **C.E.** [ ] **Numero**: 1.192.812.393 **Edad:** 25 AÑOS
Eps: FAMISANAR **Cargo:** AYUDANTE DE OBRA
Empresa: GRUPO ELITE Y ASOCIADOS S.A.S **NIT:** 901747796-9

RESULTADO EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

EXÁMEN REALIZADO			RESULTADO			OBSERVACIONES
GLICEMIA BASAL			NORMAL			
PERFIL LIPIDICO			NORMAL			
PSICOTEST DE ALTURAS			NORMAL			
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR			NORMAL			
AUDIOMETRIA			SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL			
ESPIROMETRIA			SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL			
OPTOMETRIA			SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL			
PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS			SIN ALTERACIONES			
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS EN ALTURAS			SIN ALTERACIONES DETECTABLES			
HEMOCLASIFICACION	O+	ESTATURA	1.64 CM	PESO	77 KG	

CONCLUSIONES

1. RECOMENDACIONES: Remisión EPS – IPS SI [ ] NO [X] **Tratamiento:** SI [ ] NO [X] **¿Cuál?**_____

2. Otras Recomendaciones: REALIZAR PAUSA ACTIVA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, HÁBITOS DE HIGIENE POSTURALES ADECUADOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL, AUDITIVA Y PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL, SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO-CAPACITACIONES SEGÚN CARGO, HACER PERIÓDICAMENTE LOS EXÁMENES DE VALORACIÓN OCUPACIONAL.

3. CONCEPTO MEDICO - LABORAL : SIN RESTRICCION PARA EL CARGO – SIN RESTRICCION PARA TRABAJO EN ALTURAS

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	EXAMEN PERIODICO	SI	NO
APTO PARA EL CARGO	X		APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO EL CARGO		
APLAZADO		X	REQUIERE DE RESTRICCIONES DE ACTIVIDADES		
APTO CON RESTRICCIONES		X	REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL TEMPORAL		
EXAMEN MEDICO PREOCUPACIONAL	X		REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL PERMANENTE		
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	X		PRESENTA ALTERACION EN SALUD		
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	X		REMISION A EPS		

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
¿Se encuentran alteraciones clínicas con respecto al examen de ingreso?		
¿Estas alteraciones afectan la futura capacidad laboral del trabajador?		

4 .RECOMENDACIONES: ESPECIFICAR PARA EL ASPIRANTE O TRABAJADOR ; USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL, CAPACITAR EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS.

Valoración médica ocupacional y paraclínicos según resolución N° 4272 de 2021 El examinado CERTIFICA que no omitió ningún dato sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta.

Medico

Firma: *Vladimir A. Vega R. Especialista Salud Ocupacional y Riesgos Laborales Resolución 5614 / 2018*
Nombre: DR. VLADIMIR ALBERTO VEGA RODRIGUEZ
Reg. Medico 72344909 R.M: 5614 DE 26/04/2018

Paciente
Firma: Andres Felipe Rodriguez
Nombre: Andres Felipe Rodriguez
Doc. No.: 1192812593

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de salud Ocupacional. En constancia con la RESOLUCIÓN 2346 de julio de 2017, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento

GRUPO ÉLITE Y ASOCIADOS S.A.S.
DISEÑOS & CONSTRUCCIONES
310 769 7575

GRUPO ELITE Y ASOCIADOS S.A.S
NIT: 901.747.796-9

GRUPO ELITE Y ASOCIADOS SAS **SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO FORMATO DE ORIENTACIÓN GENERAL DE SALUD AL TRABAJADOR**	CODIGO: F OG 59 VERSION: 01 FECHA: SEPTIEMBRE DEL 2026 PAGINA 1 DE 1

CIUDAD	Bogotá D.C.	FECHA	Septiembre de 2026
ASUNTO / REFERENCIA	Orientación general de salud posterior a examen médico ocupacional	TIPO	Orientación preventiva
NOMBRE DEL TRABAJADOR	ANDRES FELIPE RODRIGUEZ BERROCAL	C.C.	1.192.812.393
ENTIDAD EMPRESA	GRUPO ELITE Y ASOCIADOS SAS		

Z

Según los resultados de su examen:

Medico ocupacional de pre-ingreso	X
Medico ocupacional de examen periódico	
Medico ocupacional periódico para reincorporación post -incapacidad o reincorporación post-licencia	
Medico ocupacional periódico por cambio de ocupación o por reubicación laboral	

Por restricciones o recomendaciones emitidas por:

La empresa prestadora de salud (EPS)	
La administradora de riesgos laborales (ARL)	
La empresa prestadora de servicios COMPESALUD IPS	X

A. RESTRICCIONES: NINGUNA PARA EL CARGO

Usted ha quedado con restricción o restricciones temporales o permanentes N/A

B. RECOMENDACIONES:

4 .RECOMENDACIONES: ESPECIFICAR PARA EL ASPIRANTE O TRABAJADOR; USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL, CAPACITAR EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS.

Valoración médica ocupacional y paraclínicos según resolución N° 4272 de 2021 El examinado CERTIFICA que no omitió ningún dato sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta.

Se agradece su atención y cumplimiento de lo aquí comunicado.

Powered by CamScanner

FIRMA

GRUPO ÉLITE Y ASOCIADOS S.A.S.
DISEÑOS & CONSTRUCCIONES

RESPONSABLE SG-SST / RPT DE LA EMPRESA

Nombre: JERSI GERMAN GONZALEZ

Cargo: REPRESENTATE LEGAL

ANDRES FELIPE RODRIGUEZ
1192812393

TRABAJADOR – RECIBIDO Y ACEPTADO

Nombre: ANDRES FELIPE RODRIGUEZ BERROCAL
C.C: 1.192.812.393
Fecha de socialización: septiembre 2026

+57 3107697575 - +57 3107974795

Cr 5 Este no. 90-58 sur barrio Alfonso López

geelites12@gmail.com

Bogotá

Powered by CamScanner

Imagen de informes

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BASICA Fecha de Corte: 2026-09-25

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 1192812393	ANDRES	FELIPE	RODRIGUEZ	BERROCAL	M

AFILIACIÓN A SALUD Fecha de Corte: 2026-09-25

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
EPS FAMISANAR S.A.S.	Contributivo	13/07/2025	Activo	COTIZANTE	FACATATIVA

AFILIACIÓN A PENSIONES Fecha de Corte: 2026-09-25

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	2020-06-06	Inactivo

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES Fecha de Corte: 2026-09-25

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Economica	Municipio Labora
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2019-11-15	Activa	ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACIÓN NO FORMAL INCLUYE PROGRAMAS DE ALFABETIZACIÓN PARA ADULTOS ETC.	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2025-06-14	Activa		Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA SA	2025-09-22	Activa	CONSTRUCCION DE EDIFICACIONES PARA USO RESIDENCIAL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A CONSTRUCCIÓN DE CASAS, EDIFICIOS, CAMINOS, FERROCARRILES, PRESAS, CALLES Y/O OLEODUCTOS.	Cundinamarca- FACATATIVÁ
CIA DE SEGUROS BOLIVAR SA	2026-08-01	Activa	Actividades de hospitales y clínicas con internación incluye el servicio de personal médico general y especializado y paramédico en: servicios de apoyo diagnóstico: imagenología (rayos x ecografía TAC RMN gammagrafía etcétera)	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR Fecha de Corte: 2026-09-25

Administradora CF	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Tipo de Miembro de la Población Cubierta	Tipo de Afiliado	Municipio Labora
CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO	2026-01-29	Activo	Afiliado	Trabajador afiliado dependiente	

AFILIACIÓN A CESANTIAS Fecha de Corte: 2026-09-25

No se han reportado afiliaciones para esta persona

PENSIONADOS Fecha de Corte: 2026-09-25

No se han reportado pensiones para esta persona.

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL Fecha de Corte: 2026-09-25

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

Fecha: 9/28/2026 4:36:06 PM Pag.1

Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. en jornada continua
Correos electrónicos:correo@minsalud.gov.co
Notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co
Términos y Condiciones de uso.
Ultima Actualización : lunes, 28 de septiembre de 2026

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.073.506.688



Apellidos
PRIETO ROJAS

Nombres
ROBINSON ALEXIS

Nacionalidad
COL

Estatura
1.58

Sexo
M

Fecha de nacimiento
02 MAYO 2007

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
FUNZA (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
06 MAYO 2025, SOACHA

Fecha de expiración
06 MAYO 2035

Firma
Robinson

CO

059995627

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL059995627415247<<<<<<<<<<<
0705028M3505067COL1073506688<5
PRIETO<ROJAS<<ROBINSON<ALEXIS<

ARL | sura

Medellín, 28 de Septiembre 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 ELITE Y ASOCIADOS SAS, en el centro de trabajo 0000000003 - MELGAR, 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
C1073506688	PRIETO ROJAS ROBINSON ALEXIS	25/09/2026		61C23015	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1192812393	RODRIGUEZ BERROCAL ANDRES FELIPE	25/09/2026		447e1472	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:C10699001992627170768

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 28/09/2026 19:39:28 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 38.236.106.227, 198.143.39.11, 172.16.42.57

Powered by CamScanner

Bogotá, 25/09/2026

Señor(a)
ROBINSON ALEXIS PRIETO ROJAS
C – 1073506688

Referencia: certificado radicación de afiliación
Formulario No.: 4017599575
Fecha Radicación: 09/25/2026

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa GRUPO ELITE Y ASOCIADOS SAS N 901747796, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2026 de $ 1750905.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

Nombre y Apellido	Documento / Tipo	Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Parentesco	Sexo	Anexos pendientes
ROBINSON ALEXIS PRIETO ROJAS	C	05/02/2007	COTIZANTE	M	

Información Afiliación
EPS Anterior: NINGUNA
Posible inicio vigencia afiliación: 10/25/2026 **(sujeto a autorización de traslado)**

Información Laboral
Dirección Empleador: CR 5 ESTE 90 58
Dirección Laboral: CR 5 ESTE 90 58
Fondo de Pensiones:
Administradora Riesgos Profesionales:
Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 09/25/2026

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación.** Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web www.saludtotal.com.co. Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) AFILIACION EMPRESA SIN ASESOR Código: X019, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

Señor usuario, con el ánimo de brindar a usted y a sus beneficiarios un mejor servicio, le solicitamos por favor que los documentos relacionados como Anexos pendientes sean entregados

al asesor a la mayor brevedad. De Acuerdo al decreto 780 de 2016, estos documentos son parte integral de la afiliación y de no ser entregados pueden ocasionar la suspensión de la afiliación de los beneficiarios.

Descripción de anexos:

Documentos exigidos	Cod.	Documentos exigidos	Cod.	Documentos exigidos	Cod.
Documento de identidad	A	Registro civil de matrimonio	B	Declaración extrajuicio de convivencia	C
Certificado de escolaridad (renovable cada periodo escolar)	F	Certificado de incapacidad permanente	G	Certificado de dependencia económica	H
Registro civil prueba de parentesco	S	Carta certificación representante legal	T	Carta contrato de aprendizaje	W
AFP para cotizantes cooperativas	1	ARP para cotizantes cooperativas	2	Certificación ARP	11

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información. ¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB www.saludtotal.com.co, y en la opción “Te Escuchamos” registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **Robinson Alexis Prieto Rojas** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1073506688,** se encuentra afiliado/a desde **19/10/2025** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 27 de septiembre de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Proceso de afiliación a Comfatolima

Apreciado(a) **JERSI GONZALEZ**,

Su solicitud de afiliación con radicado **#430689** correspondiente a **Trabajador ROBINSON ALEXIS PRIETO ROJAS** identificado con **CEDULA CIUDADANIA** No. **1073506688** fue enviada con los documentos necesarios, la cual queda sujeta a revisión y aprobación de la afiliación. Si desea realizar modificaciones sobre la información cargada aún lo puede hacer, para ver los documentos cargados puede ingresar a la plataforma de afiliaciones en linea

Powered by CamScanner

COMPESALUD

IPS E.U.NIT. 830.136.311-5
Código Prestador Servicios No. 1100112762-02
Licencia en Salud Ocupacional No. 10722 de 08/11/08

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL
(TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS)

FECHA: 25/09/2026



TIPO DE EXAMEN: INGRESO [X] **PERIODICO** [ ] **RETIRO** [ ]
INFORMACION GENERAL:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: PRIETO ROJAS ROBINSON ALEXIS **Sexo:** [M]
Documento de Identidad: C.C. [X] **T.I.** [ ] **C.E.** [ ] **Numero**: 1.073.506.688 **Edad:** 19 AÑOS
Eps: SALUD TOTAL **Cargo:** AYUDANTE DE OBRA
Empresa: GRUPO ELITE Y ASOCIADOS S.A.S **NIT:** 901747796-9

RESULTADO EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

EXÁMEN REALIZADO			RESULTADO			OBSERVACIONES
GLICEMIA BASAL			NORMAL			
PERFIL LIPIDICO			NORMAL			
PSICOTEST DE ALTURAS			NORMAL			
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR			NORMAL			
AUDIOMETRIA			SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL			
ESPIROMETRIA			SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL			
OPTOMETRIA			SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL			
PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS			SIN ALTERACIONES			
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS EN ALTURAS			SIN ALTERACIONES DETECTABLES			
HEMOCLASIFICACION	O+	ESTATURA	1.58 CM	PESO	58 KG	

CONCLUSIONES

1. RECOMENDACIONES: Remisión EPS – IPS SI [ ] NO [X] **Tratamiento:** SI [ ] NO [X] **¿Cuál?**_____

2. Otras Recomendaciones: REALIZAR PAUSA ACTIVA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, HÁBITOS DE HIGIENE POSTURALES ADECUADOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL, AUDITIVA Y PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL, SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO-CAPACITACIONES SEGÚN CARGO, HACER PERIÓDICAMENTE LOS EXÁMENES DE VALORACIÓN OCUPACIONAL.

3. CONCEPTO MEDICO - LABORAL : SIN RESTRICCION PARA EL CARGO – SIN RESTRICCION PARA TRABAJO EN ALTURAS

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	EXAMEN PERIODICO	SI	NO
APTO PARA EL CARGO	X		APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO EL CARGO		
APLAZADO		X	REQUIERE DE RESTRICCIONES DE ACTIVIDADES		
APTO CON RESTRICCIONES		X	REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL TEMPORAL		
EXAMEN MEDICO PREOCUPACIONAL	X		REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL PERMANENTE		
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	X		PRESENTA ALTERACION EN SALUD		
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	X		REMISION A EPS		

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
¿Se encuentran alteraciones clínicas con respecto al examen de ingreso?		
¿Estas alteraciones afectan la futura capacidad laboral del trabajador?		

4 .RECOMENDACIONES: ESPECIFICAR PARA EL ASPIRANTE O TRABAJADOR ; USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL, CAPACITAR EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS.

Valoración médica ocupacional y paraclínicos según resolución N° 4272 de 2021 El examinado CERTIFICA que no omitió ningún dato sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta.

Medico

Firma: *Vladimir A. Vega R. Especialista Salud Ocupacional y Riesgos Laborales Resolución 5614 / 2018*
Nombre: DR. VLADIMIR ALBERTO VEGA RODRIGUEZ
Reg. Medico 72344909 R.M: 5614 DE 26/04/2018

Paciente
Firma: PRIETO Robinson.
Nombre: Apellidos-Nombres
Doc. No.: 1073506688

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de salud Ocupacional. En constancia con la RESOLUCIÓN 2346 de julio de 2017, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento

GRUPO ÉLITE Y ASOCIADOS S.A.S.
DISEÑOS & CONSTRUCCIONES
310 769 7575

GRUPO ELITE Y ASOCIADOS S.A.S
NIT: 901.747.796-9

GRUPO ELITE Y ASOCIADOS SAS **SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO FORMATO DE ORIENTACIÓN GENERAL DE SALUD AL TRABAJADOR**	CODIGO: F OG 59 VERSION: 01 FECHA: SEPTIEMBRE DEL 2026 PAGINA 1 DE 1

CIUDAD	Bogotá D.C.	FECHA	Septiembre de 2026
ASUNTO / REFERENCIA	Orientación general de salud posterior a examen médico ocupacional	TIPO	Orientación preventiva
NOMBRE DEL TRABAJADOR	ANDRES FELIPE RODRIGUEZ BERROCAL	C.C.	1.192.812.393
ENTIDAD EMPRESA	GRUPO ELITE Y ASOCIADOS SAS		

Z

Según los resultados de su examen:

Medico ocupacional de pre-ingreso	X
Medico ocupacional de examen periódico	
Medico ocupacional periódico para reincorporación post -incapacidad o reincorporación post-licencia	
Medico ocupacional periódico por cambio de ocupación o por reubicación laboral	

Por restricciones o recomendaciones emitidas por:

La empresa prestadora de salud (EPS)	
La administradora de riesgos laborales (ARL)	
La empresa prestadora de servicios COMPESALUD IPS	X

A. RESTRICCIONES: NINGUNA PARA EL CARGO

Usted ha quedado con restricción o restricciones temporales o permanentes N/A

B. RECOMENDACIONES:

4 .RECOMENDACIONES: ESPECIFICAR PARA EL ASPIRANTE O TRABAJADOR; USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL, CAPACITAR EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS.

Valoración médica ocupacional y paraclínicos según resolución N° 4272 de 2021 El examinado CERTIFICA que no omitió ningún dato sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta.

Se agradece su atención y cumplimiento de lo aquí comunicado.

Powered by CamScanner

FIRMA

GRUPO ÉLITE Y ASOCIADOS S.A.S.
DISEÑOS & CONSTRUCCIONES

RESPONSABLE SG-SST / RPT DE LA EMPRESA

Nombre: JERSI GERMAN GONZALEZ

Cargo: REPRESENTATE LEGAL

ANDRES FELIPE RODRIGUEZ
1192812393

TRABAJADOR – RECIBIDO Y ACEPTADO

Nombre: ANDRES FELIPE RODRIGUEZ BERROCAL
C.C: 1.192.812.393
Fecha de socialización: septiembre 2026

+57 3107697575 - +57 3107974795

Cr 5 Este no. 90-58 sur barrio Alfonso López

geelites12@gmail.com

Bogotá

Powered by CamScanner

Imagen de informes

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BASICA Fecha de Corte: 2026-09-25

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 1073506688	ROBINSON	ALEXIS	PRIETO	ROJAS	M

AFILIACIÓN A SALUD Fecha de Corte: 2026-09-25

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A. -CM	Subsidiado	02/12/2025	Activo	CABEZA DE FAMILIA	BOGOTA D.C.

AFILIACIÓN A PENSIONES Fecha de Corte: 2026-09-25

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: PRIMA MEDIA	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	2025-06-10	Activo cotizante

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES Fecha de Corte: 2026-09-25

No se han reportado afiliaciones para esta persona

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR Fecha de Corte: 2026-09-25

No se han reportado afiliaciones para esta persona

AFILIACIÓN A CESANTIAS Fecha de Corte: 2026-09-25

No se han reportado afiliaciones para esta persona

PENSIONADOS Fecha de Corte: 2026-09-25

No se han reportado pensiones para esta persona.

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL Fecha de Corte: 2026-09-25

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

Conmutador: (601) 330 5000 - Linea Fuera de Bogotá: 018000960020
Línea de atención de emergencias y desastres: (601) 330 5071 - 24 horas
Punto de atención presencial: Carrera 13 No. 32-76 piso 1, Bogotá, código postal 110311

Mesa de Ayuda: En Bogotá: (601) 3305043
Horario de atención: lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.
Denuncias por actos de corrupción: soytransparente@minsalud.gov.co
Versión 2.5

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 8.508.280

CASTILLA ZABALETA

APELLIDOS

CRISTOFFERSON

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-MAY-1978

PAILITAS
(CESAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

21-ABR-1998 SOLEDAD

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00184579-M-0008508280-20091009 0017000673A 1 1220103725

Medellín, 01 de Septiembre 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 CUBIERTAS DE COLOMBIA JYM SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - OPERATIVO, 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
C8508280	CASTILLA ZABALETA CRISTOFFERSON	27/08/2026		19941222	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:C113668422624437814

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 01/09/2026 10:30:14 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.88.173.28, 198.143.52.8, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4017362914	2|7|0|8|2|0|2|6

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

1.tipo de tramite — A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion — A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3.Regimen — A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria — Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado — A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐

6. Tipo de cotizante — A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

7.Codigo (a registrar por la EPS) 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	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
CASTILLA	ZABALETA	CRISTOFFERSON	

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	8508280	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:		
COLOMBIA	COLOMBIA	BOGOTA	BOGOTA		1|6|0|5|1|9|7|8

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	
6		Si ☐	No ☒
		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 RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL	1750905	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 94 L 91 A 16		3232479603	CRISCAZA@HOTMAIL.COM

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		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

	C	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
B	☒	VS AMERICAS - UOD CPO AMERICAS	VSAMERICAS - UODCPOAMER
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)
CUBIERTAS DE COLOMBIA JYM SAS	NIT	901130743	01

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CR 136 132 D 15	3113799634	CUBIERCOLJYMSAS@GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4017362914

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	2|6|0|8|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

Cristofer Castilla	MARCELA A
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 Código del municipio	Código del Departamento	93. Nombre de la Institución
☐	☐	

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CRISTOFFERSON CASTILLA ZABALETA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **8508280,** se encuentra afiliado/a desde **01/01/2008** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 01 de septiembre de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

IPS GRUPO EMPRESARIAL ALESO SAS
IDENTIFICACIÓN: NI - 900658333-7
DIRECCIÓN: CALLE 63 NO. 11-45 CONS 303 - 402
TELÉFONO: 60146612436013099411
EMAIL: GERENCIA@ALESOIPS.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL CON ÉNFASIS EN **OSTEOMUSCULAR, ALTURAS**

FECHA DE IMPRESION: 2026/08/26 11:28:45 VERSION DEL DOCUMENTO: 2.1

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	CRISTOFFERSON . CASTILLA ZABALETA	**FECHA DE NACIMIENTO:**	1978-05-16
IDENTIFICACIÓN:	CC - 8508280	**EDAD:**	48 AÑOS
SEXO:	MASCULINO		
FONDO DE PENSIONES:	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES		
EPS:	SALUD TOTAL S.A.	**ARL:**	A.R.L. SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.



DATOS DEL CLIENTE

NOMBRE:	CUBIERTAS DE COLOMBIA JYM SAS	**IDENTIFICACIÓN:**	- 901130743
EMPRESA CONTRATANTE:	0	**EMPRESA A LABORAR:**	0
CONVENIO:	CUBIERTAS DE COLOMBIA JYM SAS	**ACTIVIDAD ECONOMICA:**	OTRAS ACTIVIDADES ESPECIALIZADAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL

DATOS DE LA ATENCIÓN

NRO. INGRESO:	20260826020125	**TIPO DE EVALUACION:**	PREINGRESO
CARGO:	SOLDADOR	**FECHA DE ATENCIÓN:**	2026-08-26 10:51:06.000
DPTO/CIUDAD DE ATENCIÓN:	BOGOTÁ D.C. / BOGOTA D.C.		
FECHA DE SALIDA:	2026-08-26T11:09:58Z		

PRUEBAS DE APOYO DIAGNÓSTICO

PARACLÍNICOS	LABORATORIO CLÍNICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA OPTOMETRIA ALTURAS	» TRIGLICÉRIDOS » GLUCOSA PRE » COLESTEROL TOTAL		

CERTIFICACIÓN DE APTITUD

CONCEPTO - EXAMEN PREINGRESO: APTO PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO: VALORACION MEDICINA LABORAL ANUAL, CONTROL POR OPTOMETRIA EN EPS, USO PROLONGADO DE CORRECION OPTICA, CONTROL PESO CORPORAL POR NUTRICION, DIETA BAJA EN GRASAS Y ACTIVIDAD FISICA, INCLUIR PVE VISUAL

ENFASIS - OSTEOMUSCULAR: NORMAL

ENFASIS - ALTURAS: APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RECOMENDACIONES: VALORACION MEDICINA LABORAL ANUAL, CONTROL POR OPTOMETRIA EN EPS, USO PROLONGADO DE CORRECION OPTICA, CONTROL PESO CORPORAL POR NUTRICION, DIETA BAJA EN GRASAS Y ACTIVIDAD FISICA, INCLUIR PVE VISUAL

RECOMENDACIONES

» GENERALES

☑ PAUSAS ACTIVAS ☑ USO DE E.P.I. ☑ HIGIENE POSTURAL

» OCUPACIONALES PREVENTIVAS

- **VISUAL:** EDUCACIÓN EN HIGIENE VISUAL. USO DE PROTECCIÓN VISUAL SEGÚN TIPO DE EXPOSICIÓN. ADECUADA ILUMINACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO. PAUSA ACTIVA VISUAL.
- **CARDIOVASCULAR:** REDUCIR EL CONSUMO DE AZUCARES, HARINAS, SAL, GRASAS Y FRITOS; ASISTIR A PROGRAMAS PERIODICOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN SU EPS. CONTROL PERIODICO DE PESO, CONTROL DE TENSIÓN ARTERIAL PREVENTIVA.

» ESPECÍFICAS Y/O RESTRICCIONES PARA LA LABOR

TIPO LIMITACIÓN:	OBSERVACIÓN: VALORACION MEDICINA LABORAL ANUAL, CONTROL POR OPTOMETRIA EN EPS, USO PROLONGADO DE CORRECION OPTICA, CONTROL PESO CORPORAL POR NUTRICION, DIETA BAJA EN GRASAS Y ACTIVIDAD FISICA, INCLUIR PVE VISUAL
NINGUNA	

» MEDICO LABORALES

NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presentó y diligenció el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de IPS GRUPO EMPRESARIAL ALESO SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.



DRA. MARINA HERRERA BENITEZ
ESPECIALIDAD: SALUD OCUPACIONAL
IDENTIFICACIÓN: CC - 33140388
LICENCIA SST: 7762/21



CRISTOFFERSON . CASTILLA ZABALETA
FIRMA DEL PACIENTE
IDENTIFICACIÓN: CC. - 8508280

Todos los derechos reservados - https://site.isismaweb.com/

CUBIERCOL J&M	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO COMPROMISO DE CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE RECOMENDACIONES MÉDICO LABORALES	Código: SGSST-FR-013 Versión: 002 Fecha: 12/09/2026

Yo, CRISTOFFERSON CASTILLA ZABALETA, *identificado(a) con Cédula de* Ciudadanía N.° 8.508.280 y que desempeño el cargo de SOLDADOR en la empresa CUBIERTAS DE COLOMBIA J&M S.A.S., manifiesto que he recibido, conozco y comprendo las recomendaciones y/o restricciones médico-laborales comunicadas por el profesional de la salud competente, y me comprometo a cumplirlas durante el desarrollo de mis actividades laborales, de acuerdo con las condiciones y vigencia establecidas en el concepto o certificado médico correspondiente.

Asimismo, me comprometo a informar oportunamente al responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo cualquier situación que pueda afectar el cumplimiento de las recomendaciones o restricciones comunicadas, sin que ello implique suministrar a la empresa información clínica o diagnóstica que no sea necesaria para la gestión de las condiciones laborales.

La empresa realizará el seguimiento correspondiente y adoptará las medidas de adaptación, prevención y control que sean aplicables, de acuerdo con las recomendaciones y/o restricciones médico-laborales recibidas y con las condiciones del cargo.

DATOS DE LAS RECOMENDACIONES / RESTRICCIONES

IPS / profesional que emitió el concepto	IPS ALESO SAS
Fecha del concepto o certificado médico	26 / 08 / 2026
Tipo de concepto	☐ Ingreso ☐ Periódico ☐ Egreso ☐ Preingreso ☐ Otro: _____
Recomendaciones y/o restricciones médico-laborales comunicadas	Valoración medicina laboral anual, control por optometría en Eps, uso prolongado de corrección óptica, control peso Corporal por nutrición, dieta baja en grasas y actividad física, incluir pve visual.

Fundamento normativo: Decreto 1072 de 2015, en lo aplicable al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y las responsabilidades de los trabajadores; y Resolución 1843 de 2025, por la cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y se dictan otras disposiciones. La información médica se manejará respetando la reserva y confidencialidad que le sean aplicables.

FIRMA DEL TRABAJADOR	RESPONSABLE SST / EMPRESA
C.C. N.° 8508280	Nombre: Narela Alarcon
Fecha: 27 / 08 / 2026	Fecha 27 / 08 / 2026

Powered by CamScanner

SISPRO
Sistema Integral de Información de la Protección Social

RUAF
Registro Único de Afiliados

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BASICA

Fecha de Corte: 2026-08-28

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 8508280	CRISTOFFERSON		CASTILLA	ZABALETA	M

AFILIACIÓN A SALUD

Fecha de Corte: 2026-08-28

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	Contributivo	01/10/2017	Activo	COTIZANTE	BOGOTA D.C.

AFILIACIÓN A PENSIONES

Fecha de Corte: 2026-08-28

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: PRIMA MEDIA	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	2005-10-28	Activo no cotizante

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES

Fecha de Corte: 2026-08-28

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Economica	Municipio Labora
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2009-09-14	Activa	Fabricación de motores turbinas y partes para motores de combustión interna incluye la fabricación de turbinas de vapor de agua hidráulicas eólicas a gas turbo calderas y máquinas de vapor estáticas con caldera integral reconstrucción y mantenimiento	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2012-04-22	Activa	CONSTRUCCION DE OBRAS DE INGENIERIA CIVIL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A EL MONTAJE Y/O REPARACIÓN DE OLEODUCTOS	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2019-05-16	Activa	PRODUCCION AGRICOLA NCP EN UNIDADES ESPECIALIZADAS INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A LA INDUSTRIA DE LA PRODUCCIÓN DE CAUCHO NATURAL Y/O SINTETICA	Meta- VILLAVICENCIO
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2024-10-08	Activa		Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2025-01-14	Activa		Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA SA	2020-03-25	Activa	CONSTRUCCION DE OBRAS DE INGENIERIA CIVIL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A EL MONTAJE Y/O REPARACIÓN DE OLEODUCTOS	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA SA	2024-06-11	Activa		Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
CIA DE SEGUROS BOLIVAR SA	2018-07-24	Activa	OTROS TRABAJOS DE TERMINACION Y ACABADO	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR

Fecha de Corte: 2026-08-28

Administradora CF	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Tipo de Miembro de la Población Cubierta	Tipo de Afiliado	Municipio Labora
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM	2011-05-13	Activo	Afiliado	Trabajador afiliado dependiente	

AFILIACIÓN A CESANTIAS

Fecha de Corte: 2026-08-28

No se han reportado afiliaciones para esta persona

PENSIONADOS

Fecha de Corte: 2026-08-28

No se han reportado pensiones para esta persona.

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL

Fecha de Corte: 2026-08-28

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.004.119.635



Apellidos
OBESO PEÑA

Nombres
DANY JOSE

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.79	M

Fecha de nacimiento
27 FEB 2002

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
PEDRAZA (MAGDALENA)

Fecha y lugar de expedición
05 MAR 2020, PEDRAZA

Fecha de expiración
13 ABR 2033

Firma

DANY Jose obeso Peña.

.CO

023867220

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL023867220021046<<<<<<<<<<<
0202273M3304134COL1004119635<9
OBESO<PENA<<DANY<JOSE<<<<<<<<<<

Powered by CamScanner

Medellín, 01 de Septiembre 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 CUBIERTAS DE COLOMBIA JYM SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - OPERATIVO, 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
C1004119635	OBESO PEÑA DANY JOSE	27/08/2026		213255o1	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:C113668422624429623

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 01/09/2026 08:13:43 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.88.173.28, 198.143.52.8, 172.16.42.57

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 26/08/2026, el empleador CUBIERTAS DE COLOMBIA J Y M SAS identificado con NIT número 901130743 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
10690232	26/08/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1004119635	DANYJOSE OBESO PEÑA	1750905	OFICIAL DE CUBIERTA	2026-08-26

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 26 días del mes de Agosto del año 2026.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DANY JOSE OBESO PEÑA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.004.119.635**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 1 de Septiembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Clinisur IPS Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000629205

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

Tipo certificación:	Preocupacional o ingreso [X]	Pos-ocupacional o egreso [ ]	Periódico [ ]
	Post incapacidad [ ]	Retorno laboral [ ]	Control [ ]

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **25/08/2026 13:33:44** Ciudad **BOGOTA** Departamento **DISTRITO CAPITAL**

Doc. Identidad **CC 1004119635** Nombre **DANY JOSE OBESO PEÑA** Sexo **M** Edad **24 Años**

Teléfono **3108763138** Dirección **CL 96 # 92-45.**

Cargo **OFICIAL**

Empresa **901130743 - CUBIERTAS DE COLOMBIA J&M S A S**

Actividad económica **OTRAS ACTIVIDADES ESPECIALIZADAS PARA LA CONSTRUCCION DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERIA CIVIL.**

Eps **NUEVA EPS**

Arl **NO REFIERE** Fondo de pensión **PORVENIR**

ÉNFASIS

Alturas	[x]	Cardiovascular	[ ]	Manipulación de alimentos	[ ]
Osteomuscular	[x]	Espacios confinados	[ ]	Otros	[ ]

EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	[x]
Visiometría	[x]
Optometría	[ ]
Audiometría	[x]
Espirometría	[ ]
Valortación psicologica	[ ]
Coord. Motriz	[ ]
Electrocardiograma	[ ]
Rx	[ ]
Psicosensométrico	[ ]

Exámenes de laboratorio SI [x] NO [ ]

Glic [x] Col [x] Trigli [x] PL [ ] Otros [ ]

¿Cuáles?

Radiografías

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

CONCEPTO

APTO PARA EL CARGO
APTO PARA LABORAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES

NINGUNA

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

Tipo certificación:	Preocupacional o ingreso [X]	Pos-ocupacional o egreso [ ]	Periódico [ ]
	Post incapacidad [ ]	Retorno laboral [ ]	Control [ ]

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **25/08/2026 13:33:44** Ciudad **BOGOTA** Departamento **DISTRITO CAPITAL**

Doc. Identidad **CC 1004119635** Nombre **DANY JOSE OBESO PEÑA** Sexo **M** Edad **24 Años**

Teléfono **3108763138** Dirección **CL 96 # 92-45.**

Cargo **OFICIAL**

Empresa **901130743 - CUBIERTAS DE COLOMBIA J&M S A S**

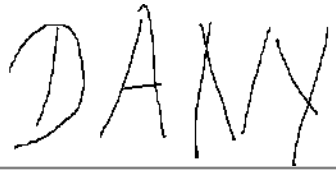
Actividad económica **OTRAS ACTIVIDADES ESPECIALIZADAS PARA LA CONSTRUCCION DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERIA CIVIL.**

Eps **NUEVA EPS**

Arl **NO REFIERE** Fondo de pensión **PORVENIR**

RECOMENDACIONES

VALORACIÓN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y AUDIOMETRÍA SEMESTRAL EPS
CONTROL MÉDICO DE RUTINA EPS / USO DE LOS EPP EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR / REALIZAR PAUSAS ACTIVAS



FIRMA DEL PACIENTE



Captura Biométrica

Dra. Karen M. Valeta L.
Medico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res.152 C.C. 1.067.874.497

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CUBIERCOL J&M Cubiertas de Colombia JEM S.A.S	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SGSST-FR-013
		Versión: 002
	COMPROMISO DE CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE RECOMENDACIONES MÉDICO-LABORALES	Fecha: 12/09/2026

Yo, DANNY JOSE OBESO PEÑA, *identificado(a) con Cédula de Ciudadanía* N.° 1.004.119.635 y que desempeño el cargo de OFICIAL DE ALTURA en la empresa CUBIERTAS DE COLOMBIA J&M S.A.S., manifiesto que he recibido, conozco y comprendo las recomendaciones y/o restricciones médico-laborales comunicadas por el profesional de la salud competente, y me comprometo a cumplirlas durante el desarrollo de mis actividades laborales, de acuerdo con las condiciones y vigencia establecidas en el concepto o certificado médico correspondiente.

Asimismo, me comprometo a informar oportunamente al responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo cualquier situación que pueda afectar el cumplimiento de las recomendaciones o restricciones comunicadas, sin que ello implique suministrar a la empresa información clínica o diagnóstica que no sea necesaria para la gestión de las condiciones laborales.

La empresa realizará el seguimiento correspondiente y adoptará las medidas de adaptación, prevención y control que sean aplicables, de acuerdo con las recomendaciones y/o restricciones médico-laborales recibidas y con las condiciones del cargo.

DATOS DE LAS RECOMENDACIONES / RESTRICCIONES

IPS / profesional que emitió el concepto	CLINISUR IPS LTDA
Fecha del concepto o certificado médico	25 / 08 / 2026
Tipo de concepto	☑ Ingreso ☐ Periódico ☐ Egreso ☐ Preingreso ☐ Otro: _____
Recomendaciones y/o restricciones médico-laborales comunicadas	NINGUNA

Fundamento normativo: Decreto 1072 de 2015, en lo aplicable al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y las responsabilidades de los trabajadores; y Resolución 1843 de 2025, por la cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y se dictan otras disposiciones. La información médica se manejará respetando la reserva y confidencialidad que le sean aplicables.

FIRMA DEL TRABAJADOR	RESPONSABLE SST / EMPRESA
DANY	
C.C. N.° 1004119635	Nombre: Marcela Alarcón
Fecha: 27 / 08 / 2026	Fecha: 27 / 08 / 2026

Powered by CamScanner

SISPRO
Sistema Integral de Información de la Protección Social

RUAF
Registro Único de Afiliados

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BASICA

Fecha de Corte: 2026-08-28

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 1004119635	DANY	JOSE	OBESO	PEÑA	M

AFILIACIÓN A SALUD

Fecha de Corte: 2026-08-28

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
NUEVA EPS S.A. -CM	Subsidiado	13/05/2026	Activo	CABEZA DE FAMILIA	PEDRAZA

AFILIACIÓN A PENSIONES

Fecha de Corte: 2026-08-28

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	2021-02-19	Inactivo

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES

Fecha de Corte: 2026-08-28

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Economica	Municipio Labora
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA SA	2022-10-25	Activa	CONSTRUCCION DE OBRAS DE INGENIERIA CIVIL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A EL MONTAJE Y/O REPARACIÓN DE OLEODUCTOS	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR

Fecha de Corte: 2026-08-28

No se han reportado afiliaciones para esta persona

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

SISPRO
Sistema Integral de Información de la Protección Social

RUAF
Registro Único de Afiliados

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

AFILIACIÓN A CESANTIAS

Fecha de Corte: 2026-08-28

No se han reportado afiliaciones para esta persona

PENSIONADOS

Fecha de Corte: 2026-08-28

No se han reportado pensiones para esta persona.

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL

Fecha de Corte: 2026-08-28

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.080.540.739



Apellidos
OBESO PEÑA

Nombres
JHON JARIS

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.77	M

Fecha de nacimiento
05 NOV 2007

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
PEDRAZA (MAGDALENA)

Fecha y lugar de expedición
13 NOV 2025, PEDRAZA

Fecha de expiración
13 NOV 2035

Firma
Jhon obeso

.CO

084172914

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0841729148210460<<<<<<<<<<
0711054M3511130COL1080540739<2
OBESO<PENA<<JHON<JARIS<<<<<<<<

Medellín, 01 de Septiembre 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 CUBIERTAS DE COLOMBIA JYM SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - OPERATIVO, 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
C1080540739	OBESO PEÑA JHON JARIS	03/07/2026		01672416	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:C113668422624429562

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 01/09/2026 08:12:42 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.88.173.28, 198.143.52.8, 172.16.42.57

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 02/07/2026, el empleador CUBIERTAS DE COLOMBIA J Y M SAS identificado con NIT número 901130743 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
10503297	02/07/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1080540739	JHONJARIS OBESO PEÑA	1750905	OFICIAL DE CUBIERTA	2026-07-02

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 2 días del mes de Julio del año 2026.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JHON JARIS OBESO PEÑA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.080.540.739**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 1 de Septiembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

IPS GRUPO EMPRESARIAL ALESO SAS
IDENTIFICACIÓN: NI - 900658333-7
DIRECCIÓN: CALLE 63 NO. 11-45 CONS 303 - 402
TELÉFONO: 60146612436013099411
EMAIL: GERENCIA@ALESOIPS.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL CON ÉNFASIS EN **OSTEOMUSCULAR, ALTURAS**

FECHA DE IMPRESION: 2026/07/01 09:28:54 VERSION DEL DOCUMENTO: 2.1

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	JHON JARIS OBESO PEÑA	**FECHA DE NACIMIENTO:**	2007-11-06
IDENTIFICACIÓN:	CC - 1080540739	**EDAD:**	18 AÑOS
SEXO:	MASCULINO		
FONDO DE PENSIONES:	PORVENIR		
EPS:	NUEVA EPS	**ARL:**	ARL SURA



DATOS DEL CLIENTE

NOMBRE:	CUBIERTAS DE COLOMBIA JYM SAS	**IDENTIFICACIÓN:**	- 901130743
EMPRESA CONTRATANTE:	0	**EMPRESA A LABORAR:**	0
CONVENIO:	CUBIERTAS DE COLOMBIA JYM SAS	**ACTIVIDAD ECONOMICA:**	OTRAS ACTIVIDADES ESPECIALIZADAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL

DATOS DE LA ATENCIÓN

NRO. INGRESO:	2026063002015	**TIPO DE EVALUACION:**	PREINGRESO
CARGO:	OFICIAL	**FECHA DE ATENCIÓN:**	2026-06-30 08:30:52.000
DPTO/CIUDAD DE ATENCIÓN:	BOGOTÁ D.C. / BOGOTA D.C.		
FECHA DE SALIDA:	2026-06-30T09:47:23Z		

PRUEBAS DE APOYO DIAGNÓSTICO

PARACLÍNICOS	LABORATORIO CLÍNICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA OPTOMETRIA	» TRIGLICÉRIDOS » GLUCOSA PRE » COLESTEROL HDL		

CERTIFICACIÓN DE APTITUD

CONCEPTO - EXAMEN PREINGRESO: APTO PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO: VALORACION MEDICINA LABORAL ANUAL, VALORACION POR MEDICINA GENERAL EN EPS CONTROL CIFRAS PERFIL LIPIDICO, DIETA BAJA EN GRASA Y EJERCICIOS

ENFASIS - OSTEOMUSCULAR: NORMAL

ENFASIS - ALTURAS: APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RECOMENDACIONES: VALORACION MEDICINA LABORAL ANUAL, VALORACION POR MEDICINA GENERAL EN EPS CONTROL CIFRAS PERFIL LIPIDICO, DIETA BAJA EN GRASA Y EJERCICIOS

RECOMENDACIONES

» GENERALES

☑ EXAMEN PERIÓDICO OCUPACIONAL ☑ PAUSAS ACTIVAS ☑ USO DE E.P.I. ☑ HIGIENE POSTURAL

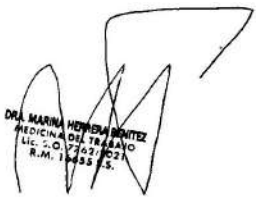
» ESPECÍFICAS Y/O RESTRICCIONES PARA LA LABOR

TIPO LIMITACIÓN: OBSERVACIÓN: VALORACION MEDICINA LABORAL ANUAL, VALORACION POR MEDICINA GENERAL EN EPS CONTROL CIFRAS PERFIL LIPIDICO, DIETA BAJA EN GRASA Y EJERCICIOS
NINGUNA

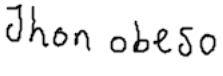
» MEDICO LABORALES

NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presentó y diligenció el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de IPS GRUPO EMPRESARIAL ALESO SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.



DRA. MARINA HERRERA BENITEZ
ESPECIALIDAD: SALUD OCUPACIONAL
IDENTIFICACIÓN: CC - 33140388
LICENCIA SST: 7762/21



JHON JARIS OBESO PEÑA
FIRMA DEL PACIENTE
IDENTIFICACIÓN: CC. - 1080540739

Todos los derechos reservados - https://site.isismaweb.com/

CUBIERCOL J&M Cubiertas de Colombia J&M S.A.S	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SGSST-FR-013
		Versión: 002
	COMPROMISO DE CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE RECOMENDACIONES MÉDICO-LABORALES	Fecha: 12/09/2026

Yo, JHON JARIS OBESO PEÑA, *identificado(a) con Cédula de Ciudadanía* N.° 1.080.540.739 y que desempeño el cargo de OFICIAL DE ALTURA en la empresa CUBIERTAS DE COLOMBIA J&M S.A.S., manifiesto que he recibido, conozco y comprendo las recomendaciones y/o restricciones médico-laborales comunicadas por el profesional de la salud competente, y me comprometo a cumplirlas durante el desarrollo de mis actividades laborales, de acuerdo con las condiciones y vigencia establecidas en el concepto o certificado médico correspondiente.

Asimismo, me comprometo a informar oportunamente al responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo cualquier situación que pueda afectar el cumplimiento de las recomendaciones o restricciones comunicadas, sin que ello implique suministrar a la empresa información clínica o diagnóstica que no sea necesaria para la gestión de las condiciones laborales.

La empresa realizará el seguimiento correspondiente y adoptará las medidas de adaptación, prevención y control que sean aplicables, de acuerdo con las recomendaciones y/o restricciones médico-laborales recibidas y con las condiciones del cargo.

DATOS DE LAS RECOMENDACIONES / RESTRICCIONES

IPS / profesional que emitió el concepto	IPS ALESO SAS
Fecha del concepto o certificado médico	30 / 06 / 2026
Tipo de concepto	☐ Ingreso ☐ Periódico ☐ Egreso ☑ Preingreso ☐ Otro: _____
Recomendaciones y/o restricciones médico-laborales comunicadas	VALORACION MEDICINA LABORAL ANUAL, VALORACION POR MEDICINA GENERAL EN EPS CONTROL CIFRAS PERFIL LIPIDICO, DIETA BAJA EN GRASA Y EJERCICIOS.

Fundamento normativo: Decreto 1072 de 2015, en lo aplicable al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y las responsabilidades de los trabajadores; y Resolución 1843 de 2025, por la cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y se dictan otras disposiciones. La información médica se manejará respetando la reserva y confidencialidad que le sean aplicables.

FIRMA DEL TRABAJADOR	RESPONSABLE SST / EMPRESA
Jhon Obeso	
C.C. N.° 1080540739 Fecha: 03 / 07 / 2026	Nombre: Harrela Alarcón Fecha: 08 / 04 / 2026

Powered by CamScanner

Imagen de informes

Salud

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BASICA Fecha de Corte: 2026-08-28

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 1080540739	JHON	JARIS	OBESO	PEÑA	M

AFILIACIÓN A SALUD Fecha de Corte: 2026-08-28

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
NUEVA EPS S.A. -CM	Contributivo	02/08/2026	Activo	COTIZANTE	PEDRAZA

AFILIACIÓN A PENSIONES Fecha de Corte: 2026-08-28

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	2026-06-19	Activo no cotizante

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES Fecha de Corte: 2026-08-28

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Economica	Municipio Labora
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2026-06-18	Activa	Construcción de edificios residenciales incluye la construcción de todo tipo de edificios residenciales casas y edificios montaje de cubiertas metálicas puertas ventanas construcciones prefabricadas reforma o renovación de estructuras residenc	

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR Fecha de Corte: 2026-08-28

Administradora CF	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Tipo de Miembro de la Población Cubierta	Tipo de Afiliado	Municipio Labora
CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO	2026-07-02	Activo	Afiliado	Trabajador afiliado dependiente	
CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO	2026-06-18	Activo	Afiliado	Trabajador afiliado dependiente	

AFILIACIÓN A CESANTIAS Fecha de Corte: 2026-08-28

No se han reportado afiliaciones para esta persona

PENSIONADOS Fecha de Corte: 2026-08-28

No se han reportado pensiones para esta persona.

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL Fecha de Corte: 2026-08-28

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

Fecha: 9/1/2026 3:27:41 PM

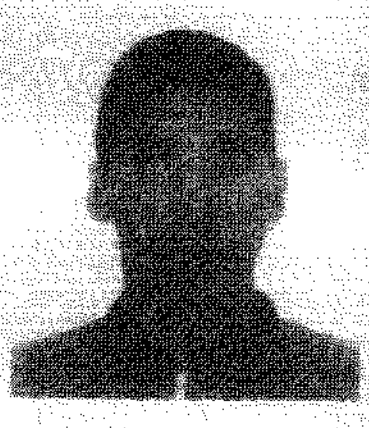
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79914163

ROMERO
APELLIDOS

JHON ALEXANDER
NOMBRES

Alexander Romero
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 13-NOV-1978
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

08-AGO-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
[illegible]

A-1500111-42408631-M-0079914163-20021219 0400 023528 02 130517564

Medellín, 01 de Septiembre 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 CUBIERTAS DE COLOMBIA JYM SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - OPERATIVO, 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
C79914163	ROMERO	JHON ALEXANDER	17/09/2025		17319915	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:C113668422624429554

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 01/09/2026 08:12:34 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.88.173.28, 198.143.52.8, 172.16.42.57

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012322451
9012322451

No. de Radicación SAT: 29753677

Fecha de Radicación: 17 09 2025

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			
ROMERO Primer Apellido	Segundo Apellido	JHON Primer Nombre	ALEXANDER Segundo Nombre

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	79914163	Femenino [ ] Masculino [X]	Femenino [ ] Masculino [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
				13 D 11 M A 1978 A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		Categoría discapacidad 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 GENERALES SURAMERICANA S.A		$1.423.500	

26. Residencia Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
			Cabezera 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 (Cabezera 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			

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)
CUBIERTAS DE COLOMBIA JYM SAS	NT	901130743	

59. Ubicación				
CRA 136 132D 15	31078913		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	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 17 M 09 A 2025	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que 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.

Vigilado Supersalud

Cambio Empleo

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JHON ALEXANDER ROMERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.914.163**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 1 de Septiembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

IPS GRUPO EMPRESARIAL ALESO SAS

Prestador: 110012688101
No. Identificación: 900658333-7
Dirección: CALLE 63 No. 11-45 CONS 303 - 402
Teléfono: 60146612436013099411
Email: gerencia@alesoips.com

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL
con énfasis en Osteomuscular

DATOS DEL PACIENTE

Paciente:	JHON ALEXANDER ROMERO .	**Fecha de nacimiento:**	1978-11-13
CC:	79914163	**Edad:**	46 años
Sexo:	Masculino		



DATOS DEL CLIENTE

Nombre:	CUBIERTAS DE COLOMBIA JYM SAS	**Convenio:**	CUBIERTAS DE COLOMBIA JYM SAS

DATOS DE LA ATENCIÓN

Nro. Ingreso:	2025091502012	**Fecha de Atención:**	2025-09-15 05:57:42
Cargo:	AYUDANTE	**Fecha de salida:**	2025-09-15 09:30:09
Origen:	0	**Destino:**	0
Tipo de evaluacion:	Preingreso		

PRUEBAS DE APOYO DIAGNÓSTICO

PARACLÍNICOS	LABORATORIO CLÍNICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS

CERTIFICACIÓN DE APTITUD

CONCEPTO - EXAMEN PREINGRESO:
APTO PARA EL CARGO CON RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES AL CONCEPTO: VALORACION POR MEDICINA LABORAL ANUAL, CONTROL POR OPTOMETRIA Y OFTALMOLOGIA EN EPS, USO CORRECCION OPTICA PERMANENTE DURANTE LA JORNADA LABORAL. INCLUIR PVE VISUAL
ENFASIS - Osteomuscular: NORMAL

RECOMENDACIONES GENERALES

☑ Examen Periódico Ocupacional	☐ Realización Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Médico
☑ Pausas Activas	☑ Uso de E.P.I.	
☑ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES PREVENTIVAS

• Visual: Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

LIMITACIONES O RESTRICCIONES

Tipo Limitación: Observación: VALORACION POR MEDICINA LABORAL ANUAL, CONTROL POR OPTOMETRIA Y OFTALMOLOGIA EN EPS, USO CORRECCION OPTICA PERMANENTE DURANTE LA JORNADA LABORAL. INCLUIR PVE VISUAL
ninguna

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presentó y diligenció el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de IPS GRUPO EMPRESARIAL ALESO SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

DRA. MARINA HERRERA BENITEZ
Profesional Ocupacional
Registro Medico: 16655
Licencia SST: 7762/21

JHON ALEXANDER ROMERO .
Firma del Paciente
Identificación: CC. - 79914163

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

CUBIERCOL J&M Cubiertas de Colombia BIM S.A.S	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SGSST-FR-013
		Versión: 002
	COMPROMISO DE CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE RECOMENDACIONES MÉDICO-LABORALES	Fecha: 12/09/2026

Yo, JHON ALEXANDER ROMERO, *identificado(a) con Cédula de Ciudadanía* N.° 79.914.163 y que desempeño el cargo de AUXILIAR DE PISO en la empresa CUBIERTAS DE COLOMBIA J&M S.A.S., manifiesto que he recibido, conozco y comprendo las recomendaciones y/o restricciones médico-laborales comunicadas por el profesional de la salud competente, y me comprometo a cumplirlas durante el desarrollo de mis actividades laborales, de acuerdo con las condiciones y vigencia establecidas en el concepto o certificado médico correspondiente.

Asimismo, me comprometo a informar oportunamente al responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo cualquier situación que pueda afectar el cumplimiento de las recomendaciones o restricciones comunicadas, sin que ello implique suministrar a la empresa información clínica o diagnóstica que no sea necesaria para la gestión de las condiciones laborales.

La empresa realizará el seguimiento correspondiente y adoptará las medidas de adaptación, prevención y control que sean aplicables, de acuerdo con las recomendaciones y/o restricciones médico-laborales recibidas y con las condiciones del cargo.

DATOS DE LAS RECOMENDACIONES / RESTRICCIONES

IPS / profesional que emitió el concepto	IPS ALESO SAS
Fecha del concepto o certificado médico	09 / 07 / 2025
Tipo de concepto	☐ Ingreso ☐ Periódico ☐ Egreso ☑ Preingreso ☐ Otro: _____
Recomendaciones y/o restricciones médico-laborales comunicadas	VALORACION POR MEDICINA LABORAL ANUAL, CONTROL POR OPTOMETRIA Y OFTALMOLOGIA EN EPS, USO CORRECCION OPTICA PERMANENTE DURANTE LA JORNADA LABORAL. INCLUIR PVE VISUAL.

Fundamento normativo: Decreto 1072 de 2015, en lo aplicable al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y las responsabilidades de los trabajadores; y Resolución 1843 de 2025, por la cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y se dictan otras disposiciones. La información médica se manejará respetando la reserva y confidencialidad que le sean aplicables.

FIRMA DEL TRABAJADOR	RESPONSABLE SST / EMPRESA
C.C. N.° 79914163	Nombre: Marcela Alarcón
Fecha: 17 / 09 / 2025	Fecha: 17 / 09 / 2025

Powered by CamScanner

RUAF
Registro Único de Afiliados

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BASICA

Fecha de Corte: 2026-08-28

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 79914163	JHON	ALEXANDER	ROMERO		M

AFILIACIÓN A SALUD

Fecha de Corte: 2026-08-28

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
EPS FAMISANAR S.A.S.	Contributivo	22/05/2022	Activo	COTIZANTE	BOGOTA D.C.

AFILIACIÓN A PENSIONES

Fecha de Corte: 2026-08-28

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	2014-05-01	Inactivo
PENSIONES: PRIMA MEDIA	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	2006-08-03	Retirado

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES

Fecha de Corte: 2026-08-28

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Economica	Municipio Labora
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2010-04-07	Activa	Fabricación de calzado de cuero y piel con cualquier tipo de suela incluye la fabricación reparación y trabajo a mano de calzado de cuero y piel con cualquier tipo de suela	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2012-01-04	Activa	CONSTRUCCION DE OBRAS DE INGENIERIA CIVIL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A EL MONTAJE Y/O REPARACIÓN DE OLEODUCTOS	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2013-02-04	Activa	CONSTRUCCION DE OBRAS DE INGENIERIA CIVIL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A EL MONTAJE Y/O REPARACIÓN DE OLEODUCTOS	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2017-06-22	Activa	OTROS TRABAJOS DE TERMINACION Y ACABADO	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
Seguros de Vida Suramericana	2025-09-17	Activa		Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
RIESGOS PROFESIONALES COLMENA SA COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA	2017-01-05	Activa	CONSTRUCCION DE EDIFICACIONES PARA USO RESIDENCIAL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A CONSTRUCCIÓN DE CASAS, EDIFICIOS, CAMINOS, FERROCARRILES, PRESAS, CALLES Y/O OLEODUCTOS.	Tolima- IBAGUÉ
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA SA	2015-10-01	Activa	CONSTRUCCION DE EDIFICACIONES PARA USO RESIDENCIAL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A CONSTRUCCIÓN DE CASAS, EDIFICIOS, CAMINOS, FERROCARRILES, PRESAS, CALLES Y/O OLEODUCTOS.	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA SA	2018-12-23	Activa	CONSTRUCCION DE EDIFICACIONES PARA USO RESIDENCIAL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A CONSTRUCCIÓN DE CASAS, EDIFICIOS, CAMINOS, FERROCARRILES, PRESAS, CALLES Y/O OLEODUCTOS.	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA SA	2023-07-01	Activa		Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA SA	2023-08-23	Activa		Bogotá, D.C.- BOGOTÁ

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR

Fecha de Corte: 2026-08-28

Administradora CF	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Tipo de Miembro de la Población Cubierta	Tipo de Afiliado	Municipio Labora
CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO	2025-09-17	Activo	Afiliado	Trabajador afiliado dependiente	
CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO	2025-09-17	Activo	Afiliado	Trabajador afiliado dependiente	

AFILIACIÓN A CESANTIAS

Fecha de Corte: 2026-08-28

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Municipio Labora
CESANTÍAS: ESPECIAL	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	2026-02-09	VIGENTE	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ

PENSIONADOS

Fecha de Corte: 2026-08-28

No se han reportado pensiones para esta persona.

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL

Fecha de Corte: 2026-08-28

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.193.211.623

VEGA PEÑA

APELLIDOS

ADONAIS JESUS

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-NOV-1991

PEDRAZA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 O+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

09-NOV-2009 PEDRAZA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01270544-M-1193211623-20211203 0077085114A 1 8503488594

Medellín, 01 de Septiembre 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 CUBIERTAS DE COLOMBIA JYM SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - OPERATIVO, 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
C1193211623	VEGA PEÑA ADONAIS JESUS	18/07/2026		147H4017	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:C113668422624429538

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 01/09/2026 08:12:18 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.88.173.28, 198.143.52.8, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012995569
9012995569

No. de Radicación SAT: 30802969

Fecha de Radicación: 17 07 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:	A. Individual:	A. Contributivo: X	SI:	A. Cotizante: X	A. Dependiente: X	
B. Reporte de Novedades: X	- Cotizante o cabeza de familia: X	B. Subsidiado:	NO:	B. Cabeza de familia:	B. Independiente:	
	- Beneficiario o afiliado adicional:			C. Beneficiario:	C. Pensionado:	
	B. Colectiva:			D. Afiliado adicional:		
	C. Institucional:					
	D. De oficio:					

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres			
VEGA	PEÑA	ADONAIS	JESUS
Primer Apellido	Segundo Apellido	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	1193211623	Femenino: Masculino: X	Femenino: Masculino: T: NB: Otro: Cual:	

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
				04 D 11 M A 1991 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 GENERALES SURAMERICANA S.A		$1.750.905	

26. Residencia			
Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
			Cabezera 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		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cual	País	Departamento	Municipio	
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		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad			50. Incapacidad permanente	
					SI	NO	NIVEL	GRUPO	SI	NO	CATEGORÍA DISCAPACIDAD	SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Cabezera 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			

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)
CUBIERTAS DE COLOMBIA JYM SAS	NT	901130743	

59. Ubicación				
CRA 136 132D 15	31078913		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	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 17 D M 07 M A 2026 A	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	TOTAL ANEXOS
Cantidad:									

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. ☐
84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. ☐
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. ☐
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. ☐
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. ☐
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres ☐
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016. ☐
90. Certificación de 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.

Vigilado Supersalud

Cambio Empleo

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **VEGA PEÑA ADONAIS JESUS** identificado(a) con **CC** número **1.193.211.623** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de noviembre de 2013 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

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

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 01 de septiembre de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php**

IPS GRUPO EMPRESARIAL ALESO SAS
IDENTIFICACIÓN: NI - 900658333-7
DIRECCIÓN: CALLE 63 NO. 11-45 CONS 303 - 402
TELÉFONO: 60146612436013099411
EMAIL: GERENCIA@ALESOIPS.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL CON ÉNFASIS EN **OSTEOMUSCULAR, ALTURAS**

FECHA DE IMPRESION: 2026/03/13 14:49:35 VERSION DEL DOCUMENTO: 2.1

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	ADONAIS JESUS VEGA PEÑA	**FECHA DE NACIMIENTO:**	1991-11-04
IDENTIFICACIÓN:	CC - 1193211623	**EDAD:**	34 AÑOS
SEXO:	MASCULINO		
FONDO DE PENSIONES:			
EPS:	FAMISANAR	**ARL:**	ARL SURA



DATOS DEL CLIENTE

NOMBRE:	CUBIERTAS DE COLOMBIA JYM SAS	**IDENTIFICACIÓN:**	- 901130743
EMPRESA CONTRATANTE:	0	**EMPRESA A LABORAR:**	0
CONVENIO:	CUBIERTAS DE COLOMBIA JYM SAS	**ACTIVIDAD ECONOMICA:**	OTRAS ACTIVIDADES ESPECIALIZADAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL

DATOS DE LA ATENCIÓN

NRO. INGRESO:	20260313020115	**TIPO DE EVALUACION:**	PREINGRESO
CARGO:	OFICIAL	**FECHA DE ATENCIÓN:**	2026-03-13 10:36:02
DPTO/CIUDAD DE ATENCIÓN:	BOGOTÁ D.C. / BOGOTA D.C.		
FECHA DE SALIDA:	2026-03-13 10:37:43		

PRUEBAS DE APOYO DIAGNÓSTICO

PARACLÍNICOS	LABORATORIO CLÍNICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA OPTOMETRIA	» TRIGLICÉRIDOS » GLUCOSA PRE » COLESTEROL HDL		

CERTIFICACIÓN DE APTITUD

CONCEPTO - EXAMEN PREINGRESO: APTO PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO: VALORACION MEDICINA LABORAL ANUAL, CONTROL PESO CORPORAL POR NUTRICION, CONTROL POR MEDICINA GENERAL EN EPS, MANEJO ADECUADO DE CARGAS

ENFASIS - OSTEOMUSCULAR: NORMAL

ENFASIS - ALTURAS: APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RECOMENDACIONES: VALORACION MEDICINA LABORAL ANUAL, CONTROL PESO CORPORAL POR NUTRICION, CONTROL POR MEDICINA GENERAL EN EPS, MANEJO ADECUADO DE CARGAS

RECOMENDACIONES

» GENERALES

☑ PAUSAS ACTIVAS ☑ USO DE E.P.I. ☑ HIGIENE POSTURAL

» OCUPACIONALES PREVENTIVAS

• **CARDIOVASCULAR:** REDUCIR EL CONSUMO DE AZUCARES, HARINAS, SAL, GRASAS Y FRITOS; ASISTIR A PROGRAMAS PERIODICOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN SU EPS. CONTROL PERIODICO DE PESO, CONTROL DE TENSIÓN ARTERIAL PREVENTIVA.

» ESPECÍFICAS Y/O RESTRICCIONES PARA LA LABOR

TIPO LIMITACIÓN: OBSERVACIÓN: VALORACION MEDICINA LABORAL ANUAL, CONTROL PESO CORPORAL POR NUTRICION, CONTROL POR MEDICINA GENERAL EN EPS, MANEJO ADECUADO DE CARGAS
NINGUNA

» MEDICO LABORALES

NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presentó y diligenció el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de IPS GRUPO EMPRESARIAL ALESO SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Dr. Manuel Cuesta Morera
Médico U.N.
Licencia Seguridad y Salud en el Trabajo
RES. 14169 de 27/11/2017

DR.MANUEL CUESTA MORERA
ESPECIALIDAD: SALUD OCUPACIONAL
IDENTIFICACIÓN: CC - 19196978
LICENCIA SST: 14169/2017

ADONAIS JESUS VEGA PEÑA
FIRMA DEL PACIENTE
IDENTIFICACIÓN: CC. - 1193211623

Todos los derechos reservados - https://site.isismaweb.com/

CUBIERCOL J&M	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SGSST-FR-013
		Versión: 002
	COMPROMISO DE CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE RECOMENDACIONES MÉDICO-LABORALES	Fecha: 12/09/2026

Yo, ADONAIS JESUS VEGA PEÑA, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía N.° 1.193.211.623 y que desempeño el cargo de OFICIAL DE ALTURA en la empresa CUBIERTAS DE COLOMBIA J&M S.A.S., manifiesto que he recibido, conozco y comprendo las recomendaciones y/o restricciones médico-laborales comunicadas por el profesional de la salud competente, y me comprometo a cumplirlas durante el desarrollo de mis actividades laborales, de acuerdo con las condiciones y vigencia establecidas en el concepto o certificado médico correspondiente.

Asimismo, me comprometo a informar oportunamente al responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo cualquier situación que pueda afectar el cumplimiento de las recomendaciones o restricciones comunicadas, sin que ello implique suministrar a la empresa información clínica o diagnóstica que no sea necesaria para la gestión de las condiciones laborales.

La empresa realizará el seguimiento correspondiente y adoptará las medidas de adaptación, prevención y control que sean aplicables, de acuerdo con las recomendaciones y/o restricciones médico-laborales recibidas y con las condiciones del cargo.

DATOS DE LAS RECOMENDACIONES / RESTRICCIONES

IPS / profesional que emitió el concepto	IPS ALESO SAS
Fecha del concepto o certificado médico	13 / 03 / 2026
Tipo de concepto	☐ Ingreso ☐ Periódico ☐ Egreso ☒ Preingreso ☐ Otro: _____
Recomendaciones y/o restricciones médico-laborales comunicadas	VALORACION MEDICINA LABORAL ANUAL, CONTROL PESO CORPORAL POR NUTRICION, CONTROL POR MEDICINA GENERAL EN EPS, MANEJO ADECUADO DE CARGAS.

Fundamento normativo: Decreto 1072 de 2015, en lo aplicable al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y las responsabilidades de los trabajadores; y Resolución 1843 de 2025, por la cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y se dictan otras disposiciones. La información médica se manejará respetando la reserva y confidencialidad que le sean aplicables.

FIRMA DEL TRABAJADOR	RESPONSABLE SST / EMPRESA
CC N° 1193211623	Nombre: Lady Marcela Alarcon
Fecha 18 / 03 / 2026	Fecha 18 / 03 / 2026

Powered by CamScanner

RUAF
Registro Único de Afiliados

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BASICA Fecha de Corte: 2026-08-28

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 1193211623	ADONAIS	JESUS	VEGA	PEÑA	M

AFILIACIÓN A SALUD Fecha de Corte: 2026-08-28

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
EPS FAMISANAR S.A.S.	Contributivo	05/02/2026	Activo	COTIZANTE	BOGOTA D.C.

AFILIACIÓN A PENSIONES Fecha de Corte: 2026-08-28

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIA PROTECCION SA	2013-11-02	Activo cotizante

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES Fecha de Corte: 2026-08-28

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Economica	Municipio Labora
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2025-05-06	Activa		Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
Seguros de Vida Suramericana	2026-04-13	Activa	Terminación y acabado de edificios y obras de ingeniería civil incluye la colocación en edificios y otros proyectos de construcción de baldosas y losas de cerámica hormigón o piedra tallada parqué y otros revestimientos de madera para piso	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
Seguros de Vida Suramericana	2026-07-18	Activa	Terminación y acabado de edificios y obras de ingeniería civil incluye la colocación en edificios y otros proyectos de construcción de baldosas y losas de cerámica hormigón o piedra tallada parqué y otros revestimientos de madera para piso	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA SA	2018-05-02	Activa	EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A LOS CENTROS DE ATENCIÓN MÉDICA CON RADIODIAGNOSTICO Y/O RADIOTERAPIA, CONSULTORIOS MÉDICOS Y/O ODONTOLOGICOS CUYAS UNIDADES RADIOLOGICOS NO CUMPLEN CON LAS NORMAS DE RADIOPROTECCIÓN VIGENTE.	Atlántico- BARRANQUILLA
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA SA	2018-08-22	Activa	CONSTRUCCION DE OBRAS DE INGENIERIA CIVIL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A EL MONTAJE Y/O REPARACIÓN DE OLEODUCTOS	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA SA	2021-11-02	Activa	CONSTRUCCION DE EDIFICACIONES PARA USO NO RESIDENCIAL	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR Fecha de Corte: 2026-08-28

Administradora CF	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Tipo de Miembro de la Población Cubierta	Tipo de Afiliado	Municipio Labora
CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO	2026-05-11	Activo	Afiliado	Trabajador afiliado dependiente	
CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO	2026-05-11	Activo	Afiliado	Trabajador afiliado dependiente	

AFILIACIÓN A CESANTIAS Fecha de Corte: 2026-08-28

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Municipio Labora
CESANTÍAS: ESPECIAL	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIA PROTECCION SA	2018-02-13	VIGENTE	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ

PENSIONADOS Fecha de Corte: 2026-08-28

No se han reportado pensiones para esta persona.

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL Fecha de Corte: 2026-08-28

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

Fecha: 9/1/2026 3:09:51 PM



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 11.366.842
DIAZ AREVALO
APELLIDOS
JAVIER ANTONIO
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 09-AGO-1983
COPER
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

12-FEB-2002 MADRID
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00430821-M-0011366842-20130411 0032692080A 1 1242277916

Medellín, 01 de Septiembre 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 CUBIERTAS DE COLOMBIA JYM SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - OPERATIVO, 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
C11366842	DIAZ AREVALO JAVIER ANTONIO	22/01/2019		25025189	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:C113668422624429584

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 01/09/2026 08:13:04 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.88.173.28, 198.143.52.8, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá, Febrero / 18 de 2025

Señor (a): JAVIER ANTONIO DIAZ AREVALO
CC. 11366842
CL 137A NO 151C 40
BOGOTÁ

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Enero / 9 de 2025, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: *Oficina Virtual*

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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JAVIER ANTONIO DIAZ AREVALO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **11.366.842**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 1 de Septiembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

IPS GRUPO EMPRESARIAL ALESO SAS
IDENTIFICACIÓN: NI - 900658333-7
DIRECCIÓN: CALLE 63 NO. 11-45 CONS 303 - 402
TELÉFONO: 60146612436013099411
EMAIL: GERENCIA@ALESOIPS.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL CON ÉNFASIS EN **OSTEOMUSCULAR, ALTURAS**

FECHA DE IMPRESION: 2026/07/02 11:36:35 VERSION DEL DOCUMENTO: 2.1

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	JAVIER ANTONIO DIAZ AREVALO	**FECHA DE NACIMIENTO:**	1983-08-09
IDENTIFICACIÓN:	CC - 11366842	**EDAD:**	42 AÑOS
SEXO:	MASCULINO		
FONDO DE PENSIONES:	PORVENIR		
EPS:	SALUD TOTAL S.A.	**ARL:**	ARL SURA



DATOS DEL CLIENTE

NOMBRE:	CUBIERTAS DE COLOMBIA JYM SAS	**IDENTIFICACIÓN:**	- 901130743
EMPRESA CONTRATANTE:	0	**EMPRESA A LABORAR:**	0
CONVENIO:	CUBIERTAS DE COLOMBIA JYM SAS	**ACTIVIDAD ECONOMICA:**	OTRAS ACTIVIDADES ESPECIALIZADAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL

DATOS DE LA ATENCIÓN

NRO. INGRESO:	20260702020113	**TIPO DE EVALUACION:**	PREINGRESO
CARGO:	LIDER DE PROYECTOS	**FECHA DE ATENCIÓN:**	2026-07-02 08:49:09.000
DPTO/CIUDAD DE ATENCIÓN:	BOGOTÁ D.C. / BOGOTA D.C.		
FECHA DE SALIDA:	2026-07-02T10:08:59Z		

PRUEBAS DE APOYO DIAGNÓSTICO

PARACLÍNICOS	LABORATORIO CLÍNICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA OPTOMETRIA	» TRIGLICÉRIDOS » GLUCOSA PRE » COLESTEROL HDL		

CERTIFICACIÓN DE APTITUD

CONCEPTO - EXAMEN PREINGRESO: APTO PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO: VALORACION MEDICINA LABORAL ANUAL, USO ESTRICTO DE PROTECCION AUDITIVA EN AREAS DE EXPOSICION A RUIDO, AUDIOMETRIAS PERIODICAS.

ENFASIS - OSTEOMUSCULAR: NORMAL

ENFASIS - ALTURAS: APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RECOMENDACIONES

» GENERALES

☑ EXAMEN PERIÓDICO OCUPACIONAL ☑ PAUSAS ACTIVAS ☑ USO DE E.P.I. ☑ HIGIENE POSTURAL

» OCUPACIONALES PREVENTIVAS

• **AUDITIVA:** CONTROL DE EXPOSICIÓN A RUIDO EN LA FUENTE; PROTECCIÓN AUDITIVA DE ACUERDO CON LA EXPOSICIÓN A RUIDO; REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL.

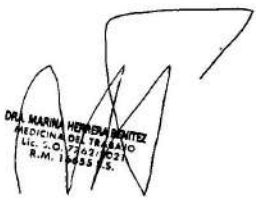
» ESPECÍFICAS Y/O RESTRICCIONES PARA LA LABOR

TIPO LIMITACIÓN: OBSERVACIÓN: VALORACION MEDICINA LABORAL ANUAL, USO ESTRICTO DE PROTECCION AUDITIVA EN AREAS DE EXPOSICION A RUIDO, AUDIOMETRIAS PERIODICAS.
NINGUNA

» MEDICO LABORALES

NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presentó y diligenció el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de IPS GRUPO EMPRESARIAL ALESO SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.



DRA. MARINA HERRERA BENITEZ
ESPECIALIDAD: SALUD OCUPACIONAL
IDENTIFICACIÓN: CC - 33140388
LICENCIA SST: 7762/21



JAVIER ANTONIO DIAZ AREVALO
FIRMA DEL PACIENTE
IDENTIFICACIÓN: CC. - 11366842

Todos los derechos reservados - https://site.isismaweb.com/

CUBIERCOL J&M	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SGSST-FR-013
		Versión: 002
	COMPROMISO DE CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE RECOMENDACIONES MÉDICO-LABORALES	Fecha: 12/09/2026

Yo, JAVIER ANTONIO DIAZ AREVALO, *identificado(a) con Cédula de* Ciudadanía N.° 11.366.842 y que desempeño el cargo de LIDER DE PROYECTO en la empresa CUBIERTAS DE COLOMBIA J&M S.A.S., manifiesto que he recibido, conozco y comprendo las recomendaciones y/o restricciones médico-laborales comunicadas por el profesional de la salud competente, y me comprometo a cumplirlas durante el desarrollo de mis actividades laborales, de acuerdo con las condiciones y vigencia establecidas en el concepto o certificado médico correspondiente.

Asimismo, me comprometo a informar oportunamente al responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo cualquier situación que pueda afectar el cumplimiento de las recomendaciones o restricciones comunicadas, sin que ello implique suministrar a la empresa información clínica o diagnóstica que no sea necesaria para la gestión de las condiciones laborales.

La empresa realizará el seguimiento correspondiente y adoptará las medidas de adaptación, prevención y control que sean aplicables, de acuerdo con las recomendaciones y/o restricciones médico-laborales recibidas y con las condiciones del cargo.

DATOS DE LAS RECOMENDACIONES / RESTRICCIONES

IPS / profesional que emitió el concepto	IPS ALESO SAS
Fecha del concepto o certificado médico	13 / 03 / 2026
Tipo de concepto	☐ Ingreso ☐ Periódico ☐ Egreso ☒ Preingreso ☐ Otro: _____
Recomendaciones y/o restricciones médico-laborales comunicadas	VALORACION MEDICINA LABORAL ANUAL, CONTROL PESO CORPORAL POR NUTRICION, CONTROL POR MEDICINA GENERAL EN EPS, MANEJO ADECUADO DE CARGAS.

Fundamento normativo: Decreto 1072 de 2015, en lo aplicable al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y las responsabilidades de los trabajadores; y Resolución 1843 de 2025, por la cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y se dictan otras disposiciones. La información médica se manejará respetando la reserva y confidencialidad que le sean aplicables.

FIRMA DEL TRABAJADOR	RESPONSABLE SST / EMPRESA
C.C. N.° 1136688 42	Nombre: Angela Alarcón
Fecha: 02 / 02 / 2026	Fecha: ___ / ___ / ___

Powered by CamScanner

SISPRO
Sistema Integral de Información de la Protección Social

RUAF
Registro Único de Afiliados

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BASICA

Fecha de Corte: 2026-08-28

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 11366842	JAVIER	ANTONIO	DIAZ	AREVALO	M

AFILIACIÓN A SALUD

Fecha de Corte: 2026-08-28

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	Contributivo	01/02/2025	Activo	COTIZANTE	BOGOTA D.C.

AFILIACIÓN A PENSIONES

Fecha de Corte: 2026-08-28

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	2011-12-20	Activo cotizante

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES

Fecha de Corte: 2026-08-28

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

SISPRO
Sistema Integral de Información de la Protección Social

RUAF
Registro Único de Afiliados

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Economica	Municipio Labora
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2015-03-14	Activa	EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y ACTIVIDADES CONEXAS DE ASESORAMIENTO TECNICO INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE OBRA DE CONSTRUCCIÓN, DIRECCIÓN DE OBRAS DE CONSTRUCCIÓN, ARQUITECTURA, INGENIERIA Y AGRIMESURA, EXPLOTACIÓN Y PROSPECCIÓN GEOLOGICAS, ASESORAMIENTO TÉCNICO CONEXO INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A DISEÑO INDUSTRIAL Y DEMÁQUINAS CON INTERVENCIÓN DIRECTA EN LA OBRA	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
Seguros de Vida Suramericana	2019-01-01	Activa	OTROS TRABAJOS DE TERMINACION Y ACABADO	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA SA	2015-10-01	Activa	CONSTRUCCION DE EDIFICACIONES PARA USO RESIDENCIAL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A CONSTRUCCIÓN DE CASAS, EDIFICIOS, CAMINOS, FERROCARRILES, PRESAS, CALLES Y/O OLEODUCTOS.	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA SA	2018-09-21	Activa	CONSTRUCCION DE EDIFICACIONES PARA USO NO RESIDENCIAL	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR

Fecha de Corte: 2026-08-28

Administradora CF	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Tipo de Miembro de la Población Cubierta	Tipo de Afiliado	Municipio Labora
CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO	2019-02-11	Activo	Afiliado	Trabajador afiliado dependiente	
CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO	2019-02-11	Activo	Afiliado	Trabajador afiliado dependiente	

AFILIACIÓN A CESANTIAS

Fecha de Corte: 2026-08-28

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Municipio Labora
CESANTÍAS: ESPECIAL	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	2026-02-09	VIGENTE	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ

PENSIONADOS

Fecha de Corte: 2026-08-28

No se han reportado pensiones para esta persona.

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL

Fecha de Corte: 2026-08-28

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.074.556.511
ALARCON SANTANA
APELLIDOS
LADY MARCELA
NOMBRES
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 24-DIC-1987
SUSA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.61
ESTATURA
O-
G.S. RH
F
SEXO
19-ENE-2006 SUSA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
A-1500150-00469108-F-1074556511-20130913
0034878457A 1
1282532750

Medellín, 14 de Septiembre 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 CUBIERTAS DE COLOMBIA JYM SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - OPERATIVO, 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
C1074556511	ALARCON SANTANA LADY MARCELA	03/07/2026		35Q17620	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:C113668422625726152

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 14/09/2026 07:15:45 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.88.173.28, 198.143.52.8, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4017069140	0|2|0|7|2|0|2|6

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

1.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ **B.**Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐
B. Colectiva ☐ **C.** Institucional ☐ **D.** De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒ **B.**Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria
Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ **B.** Cabeza de Familia ☐ **C.** Beneficiario ☐ **D.** Afiliado adicional ☐

6. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☒ **B.** Independiente ☐ **C.** Pensionado ☐

7.Codigo (a registrar por la EPS) 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	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ALARCON	SANTANA	LADY	MARCELA

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1074556511	Femenino ☒ Masculino ☐	F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:		
COLOMBIA	COLOMBIA	BOGOTA	BOGOTA		2|4|1|2|1|9|8|7

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	
6		Si ☐ No ☒	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 RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1750905	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 137 A 151 C 40		3212585880	LADYMARCELAA@GMAIL.COM

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		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 CLINICA SUBA	VS CLINICA SUBA	VSCLINSUBA - VSCLINSUBA
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)
CUBIERTAS DE COLOMBIA JYM SAS	NIT	901130743	01

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CR 136 132 D 15	3003080056	CUBIERCOLJYMSAS@GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4017069140

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
	0|2|0|7|2|0|2|6	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ **69.** Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ **70.** Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- ☐ **71.** Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ **72.** Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- ☐ **73.** Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- ☐ **74.** Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- ☒ **75.** Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- ☒ **76.** Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto
- ☐ **77.** Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
- ☐ **78.** Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

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

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 capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

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

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre
ALARCON	SANTANA	LADY	MARCELA

No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
1074556511	RC TI X CE PA	1987 12 24	M X	2026 02 07

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

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

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

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

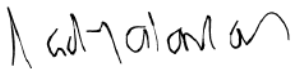
Medio de entrega deseado: Electrónico X Físico __

CONSENTIMIENTO PARA ENVÍO VIRTUAL (solo para entrega electrónica)

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

"Yo: LADY MARCELA ALARCON SANTANA identificado con el documento de identidad: C No. 1074556511, doy mi consentimiento para que Salud Total EPSS envíe al correo electrónico ladymarcelaa@gmail.com la Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño

Firma del afiliado (Cotizante):



Nombres y Apellidos: LADY MARCELA ALARCON SANTANA

Número de identificación: 1074556511

Fecha de diligenciamiento
2026 02 07

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____ identificado (a) con el documento de identidad: _____No._____ quien manifiesta no saber firmar o no poder firmar, lo hace en su nombre, el señor (a) _____ mayor de edad, identificado (a) con documento de identidad _____ No. _____ y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a)

Firma A Ruego

_____
Nombres y Apellidos:
Documento de Identidad:
Edad:
Domicilio:

_____
Nombres y apellidos de la persona de quien no sabe firmar

Huella digital del cotizante
(en caso de no saber firmar)

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

"Con la suscripción del presente documento, en cumplimiento a la ley 1581 de 2012 y demás normas que reglamenten, modifiquen o deroguen, hago constar expresamente que Salud Total EPS-S S.A. me informó sobre los derechos que me asisten como titular de datos personales y, por tanto, AUTORIZO de manera libre e informada a Salud Total EPS-S S.A., con Nit. 830.140.907-4 como responsable del tratamiento de datos personales, para la recolección, almacenamiento, uso desde el momento de mi afiliación, continuación de uso y tratamiento de mis datos personales, los cuales serán almacenados en bases de datos que se encuentran en medios físicos y/o magnéticos para los siguientes fines:

- Afiliación, traslado, identificación, validación de derechos y actualización de datos de los protegidos.
- Autorizaciones de servicios de salud requeridos por los protegidos.
- Caracterización, seguimiento, identificación de la población y gestión del riesgo.
- Garantizar la prestación de las tecnologías en salud cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud Contributivo en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías.
- La asignación y/o reasignación de citas, recaudo y recuperación de cartera, información y demás operaciones relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Evaluación de indicadores de alertas tempranas, oportunidad y calidad de los productos y servicios brindados.
- Identificación de Proveedores y Prestadores, así como medición de necesidad, oportunidad y calidad en los productos y servicios prestados por éstos.
- Transferencia y/o transmisión al exterior de datos personales, transferencia y/o transmisión de datos con las empresas vinculadas o matrices, con empresas de auditoria o revisoría fiscal, con prestadores de servicios de salud públicos o privados, así como con proveedores necesarios para el desarrollo de las anotadas finalidades y del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A., con los cuales se tienen contratos en aras de cumplir con los deberes de acceso y confidencialidad, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.
- Dar a conocer los diferentes servicios y productos ofrecidos por la EPS, temas de publicidad y en general mantener contacto con los usuarios y afiliados mediante cualquier medio de comunicación (escrito y/o electrónico), con el fin de adelantar cualquier trámite necesario para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A.
- Cualquier otra operación necesaria para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS S.A. atendiendo a su naturaleza y el cumplimiento a los protocolos de bioseguridad.
- Cumplimiento de requerimientos legales de entidades administrativas o jurisdiccionales inclusive después de terminada la relación contractual y en general para el cumplimiento de obligaciones contractuales y legales de Salud Total EPS-S S.A.

Se aclara que la información referente a beneficiarios y miembros del grupo familiar en los que pueden encontrarse datos de niñas, niños y adolescentes, datos de la salud y datos biométricos como (fotografías, huellas, videos, entre otros) son datos sensibles, sobre los cuales no está obligado a autorizar su tratamiento; no obstante lo anterior, solo serán utilizados por la Empresa para el cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los sistemas integrados de gestión adoptados por Salud Total EPS-S SA.

Como Titular de datos personales, sé que tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos a través de los canales de comunicación para tal fin, establecidos en la Política de protección de datos personales de Salud Total EPS-S S.A. que declaro conocer y aceptar, publicada en la página web*: www.saludtotal.com.co*, igualmente en cualquier momento puedo ejercer mis

derechos y comunicarme con el responsable del tratamiento de los datos personales por solicitud dirigida al E-mail: *protecciondatos@saludtotal.com.co,* al Teléfono: (57+1) 4854555 y a nivel nacional 018000 114524.

Firma del afiliado (Cotizante) _____

Número de identificación: _____1074556511_____

www.saludtotal.com.co
Línea local en Bogotá 4854555
Línea Nacional de atención al cliente 018000114524
Síguenos en Salud Total EPS. Oficial





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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LADY MARCELA ALARCON SANTANA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.074.556.511**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 1 de Septiembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

IPS GRUPO EMPRESARIAL ALESO SAS
IDENTIFICACIÓN: NI - 900658333-7
DIRECCIÓN: CALLE 63 NO. 11-45 CONS 303 - 402
TELÉFONO: 60146612436013099411
EMAIL: GERENCIA@ALESOIPS.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL CON ÉNFASIS EN **OSTEOMUSCULAR, ALTURAS**

FECHA DE IMPRESION: 2026/07/02 11:35:40 VERSION DEL DOCUMENTO: 2.1

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	LADY MARCELA ALARCON SANTANA	**FECHA DE NACIMIENTO:**	1987-12-24
IDENTIFICACIÓN:	CC - 1074556511	**EDAD:**	38 AÑOS
SEXO:	FEMENINO		
FONDO DE PENSIONES:	PORVENIR		
EPS:	SALUD TOTAL S.A.	**ARL:**	ARL SURA



DATOS DEL CLIENTE

NOMBRE:	CUBIERTAS DE COLOMBIA JYM SAS	**IDENTIFICACIÓN:**	- 901130743
EMPRESA CONTRATANTE:	0	**EMPRESA A LABORAR:**	0
CONVENIO:	CUBIERTAS DE COLOMBIA JYM SAS	**ACTIVIDAD ECONOMICA:**	OTRAS ACTIVIDADES ESPECIALIZADAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL

DATOS DE LA ATENCIÓN

NRO. INGRESO:	20260702020112	**TIPO DE EVALUACION:**	PREINGRESO
CARGO:	INSPECTOR SST	**FECHA DE ATENCIÓN:**	2026-07-02 08:53:56.000
DPTO/CIUDAD DE ATENCIÓN:	BOGOTÁ D.C. / BOGOTA D.C.		
FECHA DE SALIDA:	2026-07-02T10:09:36Z		

PRUEBAS DE APOYO DIAGNÓSTICO

PARACLÍNICOS	LABORATORIO CLÍNICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA OPTOMETRIA	» TRIGLICÉRIDOS » GLUCOSA PRE » COLESTEROL HDL		

CERTIFICACIÓN DE APTITUD

CONCEPTO - EXAMEN PREINGRESO: APTO PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO: VALORACION MEDICINA LABORAL ANUAL

ENFASIS - OSTEOMUSCULAR: NORMAL

ENFASIS - ALTURAS: APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RECOMENDACIONES

» GENERALES

☑ EXAMEN PERIÓDICO OCUPACIONAL ☑ PAUSAS ACTIVAS ☑ USO DE E.P.I. ☑ HIGIENE POSTURAL

» ESPECÍFICAS Y/O RESTRICCIONES PARA LA LABOR

TIPO LIMITACIÓN: OBSERVACIÓN: VALORACION MEDICINA LABORAL ANUAL
NINGUNA

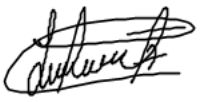
» MEDICO LABORALES

NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presentó y diligenció el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de IPS GRUPO EMPRESARIAL ALESO SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.



DRA. MARINA HERRERA BENITEZ
ESPECIALIDAD: SALUD OCUPACIONAL
IDENTIFICACIÓN: CC - 33140388
LICENCIA SST: 7762/21



LADY MARCELA ALARCON SANTANA
FIRMA DEL PACIENTE
IDENTIFICACIÓN: CC. - 1074556511

Todos los derechos reservados - https://site.isismaweb.com/

CUBIERCOL J&M Cubiertas de Colombia BM S.A.S	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SGSST-FR-013
		Versión: 002
	COMPROMISO DE CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE RECOMENDACIONES MÉDICO-LABORALES	Fecha: 12/09/2026

Yo, LADY MARCELA ALARCON SANTANA, *identificado(a) con Cédula de* Ciudadanía N.° 1.047.556.511 y que desempeño el cargo de LIDER ADMINISTRATIVA en la empresa CUBIERTAS DE COLOMBIA J&M S.A.S., manifiesto que he recibido, conozco y comprendo las recomendaciones y/o restricciones médico-laborales comunicadas por el profesional de la salud competente, y me comprometo a cumplirlas durante el desarrollo de mis actividades laborales, de acuerdo con las condiciones y vigencia establecidas en el concepto o certificado médico correspondiente.

Asimismo, me comprometo a informar oportunamente al responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo cualquier situación que pueda afectar el cumplimiento de las recomendaciones o restricciones comunicadas, sin que ello implique suministrar a la empresa información clínica o diagnóstica que no sea necesaria para la gestión de las condiciones laborales.

La empresa realizará el seguimiento correspondiente y adoptará las medidas de adaptación, prevención y control que sean aplicables, de acuerdo con las recomendaciones y/o restricciones médico-laborales recibidas y con las condiciones del cargo.

DATOS DE LAS RECOMENDACIONES / RESTRICCIONES

IPS / profesional que emitió el concepto	IPS ALESO SAS
Fecha del concepto o certificado médico	02 / 07 / 2026
Tipo de concepto	☐ Ingreso ☐ Periódico ☐ Egreso ☑ Preingreso ☐ Otro: _____
Recomendaciones y/o restricciones médico-laborales comunicadas	NINGUNA

Fundamento normativo: Decreto 1072 de 2015, en lo aplicable al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y las responsabilidades de los trabajadores; y Resolución 1843 de 2025, por la cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y se dictan otras disposiciones. La información médica se manejará respetando la reserva y confidencialidad que le sean aplicables.

FIRMA DEL TRABAJADOR	RESPONSABLE SST / EMPRESA
Marcela Alarcón	
C.C. N.° 1047556511	Nombre: Javier Diaz
Fecha: 06 / JUL / 2026	Fecha: 06 / JUL / 2026

Powered by CamScanner

Salud

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BASICA Fecha de Corte: 2026-08-28

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 1074556511	LADY	MARCELA	ALARCON	SANTANA	F

AFILIACIÓN A SALUD Fecha de Corte: 2026-08-28

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	Contributivo	01/02/2025	Activo	COTIZANTE	BOGOTA D.C.

AFILIACIÓN A PENSIONES Fecha de Corte: 2026-08-28

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	2008-11-05	Inactivo

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES Fecha de Corte: 2026-08-28

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Economica	Municipio Labora
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2010-12-23	Activa	EMPRESAS DEDICADAS A OTRAS ACTIVIDADES EMPRESARIALES NCP INCLUYE OFICINAS DE NEGOCIOS VARIOS TALES COMO COBRANZAS DE CUENTAS, ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN EXCEPTO LAS RELACIONADAS CON BIENES RAÍCES Y NEGOCIOS, ACTIVIDADES DE INTERMEDIACIÓN Y PROMOCIÓN COMERCIAL, SUBASTAS, TRAMITACIÓN DE DOCUMENTOS, ACTIVIDADES DE REDACCIÓN, TRADUCCIÓN E INTERPRETACIÓN, ACTIVIDADES DE MICROFILMACIÓN, ACTIVIDADES DE DEMOSTRACIÓN Y EXHIBICIÓN INCLUSO LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES, ACTIVIDADES DE AGENCIAS, DISEÑO DE TELAS PRENDAS DE VESTIR ETC	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA SA	2018-06-08	Activa	EXTRACCION DE METALES PRECIOSOS INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A LAS EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE BENEFICIO Y EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES CONEXAS	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR Fecha de Corte: 2026-08-28

Administradora CF	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Tipo de Miembro de la Población Cubierta	Tipo de Afiliado	Municipio Labora
CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO	2024-12-21	Activo	Cónyuge o Compañero (a) permanente		Bogotá, D.C.- BOGOTÁ

AFILIACIÓN A CESANTIAS Fecha de Corte: 2026-08-28

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Municipio Labora
CESANTÍAS: ESPECIAL	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIA PROTECCION SA	2019-02-13	VIGENTE	Antioquia- MEDELLÍN
CESANTÍAS: TRADICIONAL	FONDO NACIONAL DEL AHORRO	2013-01-08	VIGENTE	

PENSIONADOS Fecha de Corte: 2026-08-28

No se han reportado pensiones para esta persona.

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL Fecha de Corte: 2026-08-28

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.032.459.531**

RIVERA RODRIGUEZ

APELLIDOS

SHIRLEY JOHANNA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **10-OCT-1993**

MELGAR
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

13-OCT-2011 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2907900-00559800-F-1032459531-20140402 0037807246A 2 42435393

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

SHIRLEY JOHANNA RIVERA RODRIGUEZ identificado con CC. 1032459531 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR			
Nombres y/o Razón Social	SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERÍA S.A.S.	**Tipo y Numero de Documento**	NI - 900812511

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/09/25	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	5	**Código Actividad Económica**	5711001

Esta certificación se expide a los 24 días del mes de septiembre del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC24092026N1032459531A22959429.** Este código es válido por un mes.

CER_AFI_2026032393
106

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.:
Nit. 860.011.153-6 | **Línea Gratuita Nacional:** (+57) 01-8000-111-170 - **Teléfono:** +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

Más información: https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor
Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9013130365

No. de Radicación SAT: 31018808

Fecha de Radicación: 24 / 09 / 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 [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			
RIVERA (Primer Apellido)	RODRIGUEZ (Segundo Apellido)	SHIRLEY (Primer Nombre)	JOHANNA (Segundo Nombre)

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1032459531	Femenino [X] Masculino [ ]	Femenino [ ] Masculino [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
				10 / 10 / 1993

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
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.		$2.250.905	

26. Residencia			
Dirección		Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Cabezera Municipal [ ] Rural Disperso [ ] Centro Poblado [ ] Resto Rural [ ] Zona

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

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

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	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		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cual	País	Departamento	Municipio	
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		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad			50. Incapacidad permanente	
					SI	NO	NIVEL	GRUPO	SI	NO	CATEGORÍA DISCAPACIDAD	SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Cabezera 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			

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)
SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERIA	NT	900812511	

59. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CR 8B 189 12 OF 101	NT		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

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 [ ]	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 24 M 09 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

Shirley Rivera Rodríguez

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	TOTAL ANEXOS
Cantidad:									

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016. [ ]
90. Certificación de 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: DEPENDIENTE SAT

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.

Vigilado Supersalud

Cambio Empleo

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RIVERA RODRIGUEZ SHIRLEY JOHANNA** identificado(a) con **CC** número **1.032.459.531** se encuentra afiliado (a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 30 de abril de 2013 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

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

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 24 de septiembre de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php**

CID SAN MATEO
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
NIT. 900626482-9

CERTIFICADO MEDICO INGRESO CON ENFASIS TRABAJO EN ALTURAS



CIUDAD:	Melgar tolima	FECHA:	jueves, 24 de septiembre de 2026

NOMBRES:	SHIRLEY	JOHANNA	RIVERA	RODRIGUEZ		
CC:	1.032.459.531	DE:	MELGAR TOLIMA	SEXO:	FEMENINO	
EDAD:	32 AÑOS	CARGO A DESEMPEÑAR:	PROFESIONAL SST			
EMPRESA:	SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERIA SAS					
EPS:	FAMISANAR	FONDO DE PENSIONES:	PROTECCION	ARL	0	

OCUPACIONALES	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO AL CARGO, HABITOS DE VIDA SALUDABLES PROMOVER ACTIVIDADES DE PREVENCION DE RIESGO SEGÚN SISTEMA DE GESTION DE LA EMPRESA.

MÉDICAS		INGRESO A SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA		HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE	
REMISIÓN A EPS:		OSTEOMUSCULAR:		INICIAR ACTIVIDAD FÍSICA:	X
		AUDITIVO(Ruido):		DIETA:	X
CONTINUAR MANEJO MÉDICO:		VISUAL:		DEJAR DE FUMAR:	
		RESPIRATORIO:		EVITAR CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS:	
REMISIÓN A ARL:		PSICOLABORAL:			
		CARDIOVASCULAR:		CONTROL DE PESO:	X
VALORACION NUTRICIONAL:	E780	TOXICO-BIOLOGICO			
		RADIACIONES IONIZANTES:		OTRO:	

EXAMENES EVALUADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO	X	GLICEMIA	X	ELECTROCARDIOGRAMA	
EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	X	CREATININA		TRABAJO ALTURAS	X
AUDIOMETRIA	X	CUADRO HEMATICO		TGO-TGP	
VISIOMETRIA	X	PERFIL LIPIDICO	X	ALCOHOL	
OPTOMETRIA		PARCIAL DE ORINA		PANEL DE DROGAS	
ESPIROMETRIA		KOH		PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

EVALUADO CON APTITUDES ADECUADAS PARA EL CARGO	CUMPLE SIN RESTRICCION DE ACUERDO AL CARGO:		
	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR :		X
CON RECOMENDACIONES		CAUSA:	Dieta y ejercicio controlados
CON RESTRICCIONES			
PENDIENTE			
NO CUMPLE CON EL PERFIL:			

CONCEPTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

APTO :	X	APTO CON RECOMENDACIÓN :		PENDIENTE:		NO CUMPLE CON EL PERFIL:	

RECOMENDACIONES: USO DE LENTES CORRECION OPTICA PERMANENTE SI X NO DE LECTURA SI X NO

PROTECCION OCULAR ULTRAVIOLETA : SI X NO REQUIERE AUDIOPROTECCION: SI NO X

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN DE MI ESTADO DE SALUD. TODO PUEDE SER VERIFICADO Y CONFIRMADO

Dr. Fredy E. Hernández T.
Especialista en SST. U.Rosario
R.M. 14276/91-Res. 2009/22 SSB
Dr Fredy E. Hernandez Torres
R.M 14276/91 - Res 2009/22

RIVERA SHIRLEY
1.032.459.531

HUELLA

Calle 8 No. 25-25 Melgar– Tolima, Teléfono (8) 245 0712, Celular 315 489 4458
e-mail: cidsanmateosst@gmail.com

24/09/2026 0:00

SISPRO
Sistema Integral de Información de la Protección Social

RUAF
Registro Único de Afiliados

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BASICA Fecha de Corte: 2026-09-18

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 1032459531	SHIRLEY	JOHANNA	RIVERA	RODRIGUEZ	F

AFILIACIÓN A SALUD Fecha de Corte: 2026-09-18

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
EPS FAMISANAR S.A.S.	Contributivo	17/03/2025	Activo	COTIZANTE	MELGAR

AFILIACIÓN A PENSIONES Fecha de Corte: 2026-09-18

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIA PROTECCION SA	2013-04-30	Activo cotizante

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES Fecha de Corte: 2026-09-18

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Economica	Municipio Labora
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2025-02-18	Activa		Tolima- MELGAR
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2026-02-14	Activa		
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2026-03-03	Activa		

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR Fecha de Corte: 2026-09-18

Administradora CF	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Tipo de Miembro de la Población Cubierta	Tipo de Afiliado	Municipio Labora
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM	2013-04-26	Activo	Afiliado	Trabajador afiliado dependiente	

AFILIACIÓN A CESANTIAS Fecha de Corte: 2026-09-18

No se han reportado afiliaciones para esta persona

PENSIONADOS Fecha de Corte: 2026-09-18

No se han reportado pensiones para esta persona.

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL Fecha de Corte: 2026-09-18

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

Conmutador: (601) 330 5000 - Linea Fuera de Bogotá: 018000960020
Línea de atención de emergencias y desastres: (601) 330 5071 - 24 horas
Punto de atención presencial: Carrera 13 No. 32-76 piso 1, Bogotá, código postal 110311

Mesa de Ayuda: En Bogotá: (601) 3305043
Horario de atención: lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.
Denuncias por actos de corrupción: soytransparente@minsalud.gov.co
Versión 2.5
ISO 27001

Melgar, Tolima; 24 de septiembre de 2026

Señora
SHIRLEY JOHANNA RIVERA RODRIGUEZ
Profesional SST
Ciudad

Asunto: Comunicación y seguimiento de recomendaciones médicas laborales

Cordial saludo,

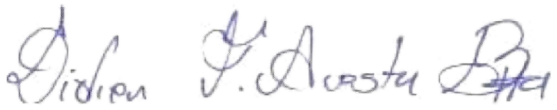
En cumplimiento de las actividades establecidas dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) de SOLTEC, y teniendo en cuenta las recomendaciones y observaciones médicas derivadas de la evaluación médica ocupacional realizada el día 24 de septiembre del 2026, nos permitimos comunicarle las siguientes recomendaciones, con el propósito de contribuir a la protección de su salud, prevenir la aparición o agravamiento de condiciones relacionadas con el trabajo y promover hábitos saludables.

MÉDICAS		INGRESO A SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA		HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE	
REMISIÓN A EPS:		OSTEOMUSCULAR:		INICIAR ACTIVIDAD FÍSICA:	X
		AUDITIVO(Ruido):		DIETA:	X
CONTINUAR MANEJO MÉDICO:		VISUAL:		DEJAR DE FUMAR:	
		RESPIRATORIO:		EVITAR CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS:	
REMISIÓN A ARL:		PSICOLABORAL:			
		CARDIOVASCULAR:		CONTROL DE PESO:	X
VALORACION NUTRICIONAL:	E780	TOXICO-BIOLOGICO			
		RADIACIONES IONIZANTES:		OTRO:	
EXAMENES EVALUADOS					
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO	X	GLICEMIA	X	ELECTROCARDIOGRAMA	
EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	X	CREATININA		TRABAJO ALTURAS	X
AUDIOMETRIA	X	CUADRO HEMATICO		TGO-TGP	
VISIOMETRIA	X	PERFIL LIPIDICO	X	ALCOHOL	
OPTOMETRIA		PARCIAL DE ORINA		PANEL DE DROGAS	
ESPIROMETRIA		KOH		PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	

Es de vital importancia para la empresa el cumplimiento de las recomendaciones médicas emitidas, tanto dentro como fuera del entorno laboral, así como la adopción de hábitos que contribuyan al bienestar, la prevención de enfermedades y el mejoramiento de la calidad de vida. El trabajador se compromete a informar oportunamente a la empresa y/o al responsable del SG-SST cualquier situación que pueda afectar el cumplimiento de las recomendaciones o que requiera seguimiento por parte de la entidad de salud correspondiente.

De igual manera, se solicita presentar, cuando corresponda, los soportes de asistencia a controles, seguimientos o tratamientos relacionados con las recomendaciones médicas laborales, respetando en todo momento la confidencialidad de la información médica y los datos personales del trabajador.

Atentamente,



ING. DIDIER FABIAN ACOSTA BELTRÁN
REPRESENTANTE LEGAL
SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERÍA S.A.S

De acuerdo con lo anterior, manifiesto que he recibido, leído y comprendido las recomendaciones anteriormente relacionadas, y me comprometo a dar cumplimiento a las mismas dentro del alcance de mis responsabilidades.



SHIRLEY JOHANNA RIVERA RODRIGUEZ
PROFESIONAL SST
SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERÍA S.A.S

ANEXO-4
PLANILLA SSS
CETIFICADO PARAFISCALES

Relación Pago Planilla SSS del Personal del Contratista							
No.	**NOMBRE**	**IDENTIFICACION**	**CARGO**	**FECHA INGRESO**	**FECHA EGRESO**	**No. PLANILLA**	**FECHA DE PAGO**
CONTRATISTA: SOLTEC							
26	Edison Fabian Mahecha Cortes	1106899805	Aux. Ingeniería	18/08/2026	NA	6034402477	2/09/2026
29	Elcy Johana Guerra Pardo	36294342	Profesional SST	18/08/2026	NA		
31	Cristina Rocio Cadena Celis	65824017	Profesional SST	18/08/2026	NA		
38	Didier Fabian Acosta Beltran	80845237	Representante legal	18/08/2026	NA		
40	José Luis Cortes Prada	93130327	Ingeniero Civil	18/08/2026	NA		
INDEPENDIENTE							
1	Jhon Gerardo Bautista Hernández	20718924	Residente de obra	18/08/2026	NA	9509394659	25/08/2026
CONTRATISTA: MULTISERVICIOS INTEGRALES OMH SAS							
1	Juan Arturo Álvarez Forero	19373122	Técnico Electricista	24/08/2026	NA	87905501	3/09/2026
2	Deyanira Rincón Prieto	52276456	Ayudante electricista	24/08/2026	NA		
3	Ruben Dario Vasquez Pineda	79546121	Ayudante electricista	24/08/2026	1/09/2026		
CONTRATISTA: JEISON RODRIGUEZ							
1	Jeison German Rodríguez Pinilla	80172425	Supervisor	24/08/2026	NA	79546121	2026-09-08 6 AM
2	Cristian EduardoDíaz Rodríguez	1032357800	Oficial de obra	24/08/2026	NA	1088997353	
3	Hernando Rubiano Bernal	79050176	Ayudante de obra	24/08/2026	NA		
4	John Jairo Maldonado Gómez	79720925	Ayudante de obra	24/08/2026	NA		
5	Yimmy Alexander Rodríguez Amado	80019370	Ayudante de obra	24/08/2026	NA		
6	John Alexander Puerto Casas	80028451	Técnico Electricista	24/08/2026	NA		

7	Jorge Eliecer Aponte Cárdenas	80171527	Plomero	24/08/2026	NA		
8	Otoniel Deantonio Valderrama	80512796	Ayudante de obra	24/08/2026	NA		
CONTRATISTA: HIDROSAT CONSTRUCTORESSA							
1	Rusbel Weimer García Grajales	1005855845	Oficial de obra	18/08/2026	NA	6035999671	10/09/2026
4	Edwin Alexander Cabezas Quesada	1022968427	Oficial de obra	18/08/2026	NA		
5	Camilo Andrés Nieto Lombana	1070625009	Ayudante de obra	18/08/2026	NA		
6	Orlando Gómez Gallo	1106896308	Ayudante de obra	18/08/2026	7/09/2026		
7	Luis Alberto Molina Bocanegra	19380720	Técnico Electricista	18/08/2026	NA		
8	Juan Gonzalo Sierra	19418126	Oficial de obra	18/08/2026	NA		
9	Juan de Dios Baracaldo Diaz	3229727	Maestro de obra	18/08/2026	NA		
10	Edilberto Fonseca Puerto	3231347	Oficial de obra	18/08/2026	NA		
13	Oswaldo Avellaneda Barrera	79594832	Oficial de obra	18/08/2026	NA		
16	Miguel Ángel Quesada Trujillo	80503754	Oficial de obra	18/08/2026	NA		
CONTRATISTA: TERRAT							
	Juan Camilo Baracaldo Nemeguen	1020713140	Supervisor de obra	18/08/2026	NA	6032463517	18/08/2026
CONTRATISTA: GRUPO ELITE Y ASOCIADOS SAS							
1	Nolfo Benedicto Linares Beltrán	1010168952	Ayudante de Obra	24/08/2026	NA		
2	Danilo Arnulfo Beltrán Urrego	1018492230	Oficial de Obra	24/08/2026	NA		
3	Breiner Orlando Linares Beltrán	1069282005	Ayudante de Obra	24/08/2026	NA		
4	Yerson Andrés González González	1069900188	Supervisor de obra	24/08/2026	NA	88124228	14/09/2026

5	Dairo Humberto González González	1079033189	Oficial de Obra	24/08/2026	NA	88124228	14/09/2026
6	Gilbert Andrés Álvarez Pérez	1106894421	Ayudante de Obra	24/08/2026	NA		
7	Elber Figueroa Cárdenas	1119582395	Oficial de Obra	24/08/2026	NA		
8	Iohan Alfonso Jiménez Cruz	91446378	Ayudante de Obra	24/08/2026	NA		
CONTRATISTA: NEG INGENIERIA S.A.S.,BIC							
10	Pedro José Rodríguez Rodríguez	80174522	Asesor Eléctrico	24/08/2026	NA	94439806	21/08/2026
11	Héctor Giovanny Montes Aragón	80746871	Contratista	10/09/2026	NA		
CONTRATISTA: CUBIERTAS DE COLOMBIA J&M S.A.S							
5	Javier Antonio Diaz Arévalo	11366842	Líder de proyectos /coordinador de TSA	14/09/2026	NA	9510874175	7/09/2026
1	Lady Marcela Alarcón Santana	1074556511	Líder Administrativa/ coordinador TSA	14/09/2026	NA		
10	Adonai Jesús Vega	1193211623	Oficial de Altura/coordinador de TSA	14/09/2026	NA		
9	Jhon Alexander Romero	79914163	Ayudante de piso	14/09/2026	NA		
3	Cristofferson Castilla Zabaleta	8508280	Soldador	14/09/2026	NA		
6	Danny José Obeso peña	1004119635	Oficial de altura	14/09/2026	NA		
7	Jhon Jaris Obeso Peña	1080540739	Oficial de altura	14/09/2026	NA		

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020718924		BAUTISTA HERNANDEZ JOHN GERARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 127 104A 01	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4766310	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	593859138	9509394659	I	2026/09/07	2026/08/25	BANCOLOMBIA	0	$508,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0
1	CC 1020718924	BAUTISTA JOHN	25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$9,200	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020718924		BAUTISTA HERNANDEZ JOHN GERARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 127 104A 01	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4766310	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	593859138	9509394659	I	2026/09/07	2026/08/25	BANCOLOMBIA	0	$508,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VAL
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0					$0	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$280,200	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,200	$0					$0	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$9,200	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0					$0	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				**1**	**$508,300**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$280,200
$280,200
$9,200
$9,200
$218,900
$218,900
$508,300

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900812511
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERIA SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 55 #152B - 68 OFICINA 1310	TELÉFONO:	4661749
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de arquitectura e ingeniería y otras
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6034402477**			TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto	AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre	AÑO	2026
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/09/02			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	618907071		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	8	$ 2.113.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.113.500	$ 0	$ 2.113.500
231001	231001-COLFONDOS	3	$ 499.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 499.300	$ 0	$ 499.300
25-14	25-14 COLPENSIONES	6	$ 2.343.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.343.400	$ 0	$ 2.343.400
230301	230301-PORVENIR	24	$ 6.279.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 6.279.800	$ 0	$ 6.279.800
SUBTOTALES:										**$ 11.236.000**	**$ 0**	**$ 11.236.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	8		$ 0		$ 0		$ 0	$ 507.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 507.800	$ 0	$ 0	$ 507.800
EPS008	EPS008-COMPENSAR	6		$ 0		$ 0		$ 0	$ 599.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 599.900	$ 0	$ 0	$ 599.900
ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 65.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 65.400	$ 0	$ 0	$ 65.400
MIN002	MIN002-ADRES-REGIMEN EXCEPCION	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 74.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 74.800	$ 0	$ 0	$ 74.800
EPS041	NUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 110.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 110.100	$ 0	$ 0	$ 110.100
EPSC34	EPSC34-CAPITAL SALUD EPSS	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 233.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 233.700	$ 0	$ 0	$ 233.700
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	8		$ 0		$ 0		$ 0	$ 389.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 389.600	$ 0	$ 0	$ 389.600
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 257.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 257.600	$ 0	$ 0	$ 257.600
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	5		$ 0		$ 0		$ 0	$ 370.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 370.800	$ 0	$ 0	$ 370.800
CCFC55	CCFC55- PROTEGER EPS S.A.S	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 65.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 65.400	$ 0	$ 0	$ 65.400
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 135.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 135.400	$ 0	$ 0	$ 135.400
SUBTOTALES:													**$ 2.810.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 2.810.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP				SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS		PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	41		$ 0	$ 0			$ 0	$ 4.470.000	$ 4.470.000	$ 0	$ 0	$ 4.470.000
SUBTOTALES:										**$ 4.470.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 4.470.000**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF48	CCF48-CONFATOLIMA	4	$ 238.400	$ 0	$ 238.400
CCF24	CCF24-COMPENSAR	37	$ 2.572.100	$ 0	$ 2.572.100
SUBTOTALES:			**$ 2.810.500**	**$ 0**	**$ 2.810.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																									PENSIÓN									SALUD						ARP														
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																		

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900812511
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERIA SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 55 #152B - 68 OFICINA 1310	TELÉFONO:	4661749
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de arquitectura e ingeniería y otras
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6034402477**			TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto	AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/09/02			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	618907071

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN									SALUD						ARP												
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																						
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
5	CC 1016086529	PRIETO MORENO EDWIN ALEXANDER	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 70.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905		$ 121.900	30	$ 1.750.905	CCF24-COMPENSAR	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	CC 1021662330	CHAUTA MORATO JAVIER ANDREI	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI																	230201-PROTECCION	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 70.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905		$ 121.900	30	$ 1.750.905	CCF24-COMPENSAR	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
7	CC 1024585765	VARGAS LEIDY ANDREA	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI	03																230301-PORVENIR	28	$ 1.634.178	$ 261.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 261.500	EPSC34-CAPITAL SALUD EPSS	28	$ 1.634.178	$ 65.400	$ 0	$ 65.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	28	$ 1.634.178		$ 113.800	28	$ 1.634.178	CCF24-COMPENSAR	$ 65.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
8	CC 1026266831	MALDONADO ACERO FRANK EDWARD	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI	03																230201-PROTECCION	28	$ 1.634.178	$ 261.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 261.500	EPS008-COMPENSAR	28	$ 1.634.178	$ 65.400	$ 0	$ 65.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	28	$ 1.634.178		$ 113.800	28	$ 1.634.178	CCF24-COMPENSAR	$ 65.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
9	CC 1026555796	BULLA RIPE ALEX	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI	12	20															25-14 COLPENSIONES	9	$ 525.272	$ 84.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 84.100	EPS017-FAMISANAR	9	$ 525.272	$ 21.100	$ 0	$ 21.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	9	$ 525.272		$ 36.600	9	$ 525.272	CCF24-COMPENSAR	$ 21.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
10	CC 1026584732	SANCHEZ HUERTAS PAOLA ANDREA	DEPEND		$ 2.750.905	FIJO			SI		06															231001-COLFONDOS	6	$ 550.181	$ 88.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 88.100	EPS005-SANITAS S.A	6	$ 550.181	$ 22.100	$ 0	$ 22.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	6	$ 550.181		$ 38.300	6	$ 550.181	CCF24-COMPENSAR	$ 22.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
11	CC 1029141015	GUACANEME NAVARRETE LUIS ALEJANDRO	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI	03																230301-PORVENIR	28	$ 1.634.178	$ 261.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 261.500	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	28	$ 1.634.178	$ 65.400	$ 0	$ 65.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	28	$ 1.634.178		$ 113.800	28	$ 1.634.178	CCF24-COMPENSAR	$ 65.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
12	CC 1030590122	ACOSTA BELTRAN OSCAR DANIEL	DEPEND		$ 4.000.000	FIJO			SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 4.000.000	$ 640.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 640.000	EPS008-COMPENSAR	30	$ 4.000.000	$ 160.000	$ 0	$ 160.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 4.000.000		$ 20.900	30	$ 4.000.000	CCF24-COMPENSAR	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
13	CC 1030634843	RINCON LEON LAURA KATERINE	DEPEND		$ 2.500.000	FIJO			SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.500.000	$ 400.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 400.000	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 2.500.000	$ 100.000	$ 0	$ 100.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 2.500.000		$ 174.000	30	$ 2.500.000	CCF24-COMPENSAR	$ 100.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
14	CC 1030659526	NARANJO GONZALEZ JESUS DAVID	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI	19	29															230301-PORVENIR	11	$ 641.999	$ 102.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 102.800	EPS002-SALUD TOTAL	11	$ 641.999	$ 25.700	$ 0	$ 25.700	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	11	$ 641.999		$ 44.700	11	$ 641.999	CCF24-COMPENSAR	$ 25.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
15	CC 1032385092	MESA BAYONA DAVID FERNANDO	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI	12																230201-PROTECCION	19	$ 1.108.907	$ 177.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 177.500	EPS002-SALUD TOTAL	19	$ 1.108.907	$ 44.400	$ 0	$ 44.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	19	$ 1.108.907		$ 77.200	19	$ 1.108.907	CCF24-COMPENSAR	$ 44.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
16	CC 1043184822	MERINO CHAMORRO LEONARDO	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI	03																230301-PORVENIR	28	$ 1.634.178	$ 261.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 261.500	CCFC55-PROTEGER EPS S.A.S	28	$ 1.634.178	$ 65.400	$ 0	$ 65.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	28	$ 1.634.178		$ 113.800	28	$ 1.634.178	CCF24-COMPENSAR	$ 65.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
17	CC 1054541640	AGUIRRE TORRES JUAN JOSE	DEPEND		$ 1.950.905	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.950.905	$ 312.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 312.200	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.950.905	$ 78.100	$ 0	$ 78.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.950.905		$ 135.800	30	$ 1.950.905	CCF24-COMPENSAR	$ 78.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900812511
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERIA SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 55 #152B - 68 OFICINA 1310	TELÉFONO:	4661749
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de arquitectura e ingeniería y otras
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	SI		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6034402477**			TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto	AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre	AÑO	2026
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/09/02			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	618907071		

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																										PENSIÓN										SALUD						ARP																	
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																											
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
18	CC 1057604197	MALAGON NARVAEZ CAMILO ANDRES	DEPEND		$ 2.750.905	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 2.750.905	$ 440.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 440.200	NUEVA EPS CM	30	$ 2.750.905	$ 110.100	$ 0	$ 110.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 2.750.905		$ 191.500	30	$ 2.750.905	CCF24-COMPENSAR	$ 110.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
19	CC 1071331623	FERNANDEZ RODRIGUEZ DEISY JOHANA	DEPEND		$ 2.500.000	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 2.500.000	$ 400.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 400.000	EPS008-COMPENSAR	30	$ 2.500.000	$ 100.000	$ 0	$ 100.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 2.500.000		$ 13.100	30	$ 2.500.000	CCF24-COMPENSAR	$ 100.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
20	CC 1073173917	ALVARADO CIFUENTES NICOLAS YANCARLO	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 70.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905		$ 121.900	30	$ 1.750.905	CCF24-COMPENSAR	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
21	CC 1073233989	RODRIGUEZ BUITRAGO CARLOS ALBERTO	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 70.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	5711001	$ 121.900	30	$ 1.750.905	CCF24-COMPENSAR	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
22	CC 1073788437	LADEUTH LICONA MARCO ANTONIO	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 70.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905		$ 121.900	30	$ 1.750.905	CCF24-COMPENSAR	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
23	CC 1074344387	CORTES CLAVIJO KEVIN JAVIER	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 70.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905		$ 121.900	30	$ 1.750.905	CCF24-COMPENSAR	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
24	CC 1095827239	LUNA RINCON DAVID CAMILO	DEPEND		$ 2.500.000	FIJO			SI	10																230301-PORVENIR	21	$ 1.750.000	$ 280.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	21	$ 1.750.000	$ 70.000	$ 0	$ 70.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	21	$ 1.750.000		$ 121.800	21	$ 1.750.000	CCF24-COMPENSAR	$ 70.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
25	CC 1098759685	DURAN WILCHES YESENIA PAOLA	DEPEND		$ 2.350.905	FIJO			SI																	230201-PROTECCION	30	$ 2.350.905	$ 376.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 376.200	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 2.350.905	$ 94.100	$ 0	$ 94.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 2.350.905		$ 163.700	30	$ 2.350.905	CCF24-COMPENSAR	$ 94.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
26	CC 1106899805	MAHECHA CORTES EDISSON FABIAN	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI	12																230301-PORVENIR	19	$ 1.108.907	$ 177.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 177.500	EPS002-SALUD TOTAL	19	$ 1.108.907	$ 44.400	$ 0	$ 44.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	19	$ 1.108.907		$ 77.200	19	$ 1.108.907	CCF48-CONFATOLIMA	$ 44.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
27	CC 11518543	VEGA HECTOR ORLANDO	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI	10																230301-PORVENIR	21	$ 1.225.634	$ 196.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 196.200	EPSC34-CAPITAL SALUD EPSS	21	$ 1.225.634	$ 49.100	$ 0	$ 49.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	21	$ 1.225.634		$ 85.400	21	$ 1.225.634	CCF24-COMPENSAR	$ 49.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
28	CC 2965943	ROMERO MORA GERARDO STALIN	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI	10																230201-PROTECCION	21	$ 1.225.634	$ 196.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 196.200	EPS008-COMPENSAR	21	$ 1.225.634	$ 49.100	$ 0	$ 49.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	21	$ 1.225.634		$ 85.400	21	$ 1.225.634	CCF24-COMPENSAR	$ 49.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
29	CC 36294342	GUERRA PARDO ELCY JOHANA	DEPEND		$ 2.950.905	FIJO			SI	12																25-14 COLPENSIONES	19	$ 1.868.907	$ 299.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 299.100	EPS017-FAMISANAR	19	$ 1.868.907	$ 74.800	$ 0	$ 74.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	19	$ 1.868.907		$ 130.100	19	$ 1.868.907	CCF48-CONFATOLIMA	$ 74.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
30	CC 52657043	VALBUENA HERRERA SANDRA LILIANA	DEPEND		$ 2.750.905	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 2.750.905	$ 440.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 440.200	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 2.750.905	$ 110.100	$ 0	$ 110.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 2.750.905		$ 191.500	30	$ 2.750.905	CCF24-COMPENSAR	$ 110.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900812511
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERIA SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 55 #152B - 68 OFICINA 1310	TELÉFONO:	4661749
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de arquitectura e ingeniería y otras
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6034402477**			TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto	AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre	AÑO	2026
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/09/02			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	618907071		

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | |

SOLTEC
Proyectos de Ingeniería S.A.S.

CERTIFICADO DE PAGO DE APORTES
PAZ Y SALVO

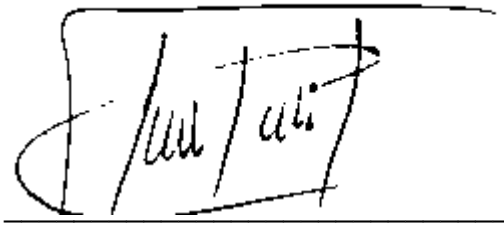
Yo **DIDIER FABIAN ACOSTA BELTRAN** identificado con cedula de ciudadanía No. 80.845.237 de Bogotá en calidad de Representante Legal y **JUAN CARLOS BAUTISTA JIMENEZ** con cédula de ciudadanía No. 79.917.897 en calidad de Revisor Fiscal de la Persona Jurídica **SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERIA SAS** identificada con el Nit. No. 900.812.511-1 en cumplimiento de la Ley 789 de 2002 Reglamentada parcialmente por los Decretos 975 de 2004, 973 de 2005, 2581 de 2007, 2190 de 2009 y 1160 de 2010; en concordancia con la Ley 1607 de 2012,manifiesto bajo juramento que la empresa que represento se encuentra al día en el acatamiento respecto al pago de las obligaciones legales con los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones, aportes a la caja de compensación familiar, CREE, ICBF y SENA, cuando a ello hubiere lugar, durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de expedición de la presente certificación.

La presente certificación se expide para efectos de trámite y pago por parte de la entidad contratante, en cumplimiento con los requisitos legales exigidos.

Firmada el día 01 de septiembre de 2026.



DIDIER FABIAN ACOSTA BELTRAN
CC. 80.845.237 de Bogotá
Representante Legal
Soltec Proyectos de Ingeniería SAS



JUAN CARLOS BAUTISTA JIMENEZ
CC. 79.917.897 de Bogotá
Revisor Fiscal
TP: 154380-T

REPUBLICA DE COLOMBIA

CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE INGENIERIA

COPNIA



MATRICULA PROFESIONAL No.

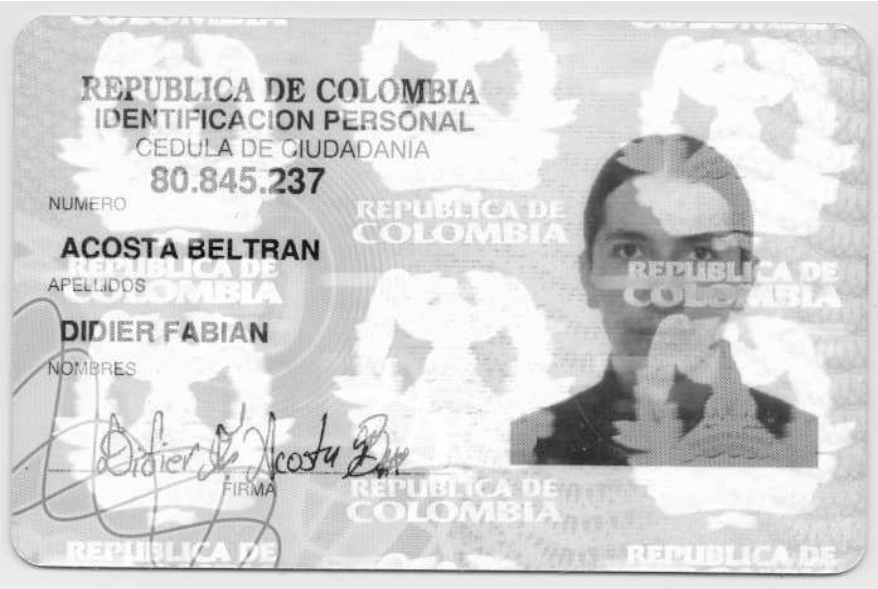
25202186288CND

INGENIERO CIVIL

DE FECHA **20/05/2010**

DIDIER FABIAN
ACOSTA BELTRAN
C.C. 80845237
UNIVERSIDAD DISTRITAL
FRANCISCO JOSE DE CALDAS

PRESIDENTE DEL CONSEJO


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
80.845.237
NUMERO
ACOSTA BELTRAN
APELLIDOS
DIDIER FABIAN
NOMBRES
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 21-OCT-1985
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.76
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
14-NOV-2003 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ
A-1500108-45153753-M-0080845237-20061026
00722 06299A 02 226675190

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7- 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERIA SAS, identificado(a) con Nit Persona jurídica 900.812.511-1 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Corriente No. 009430471, abierta/o desde el 22/06/2015

Se expide en Bogotá el día 03 del mes de agosto del año 2026.



Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

C5FBE0903555 7A85

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **JUAN CARLOS BAUTISTA JIMENEZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 79917897 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 154380-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS * * *



República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

154380-T

JUAN CARLOS
BAUTISTA JIMENEZ
C.C. 79917897
RESOLUCION INSCRIPCION 313 FECHA 21/10/2010
UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

PRESIDENTE

MAURICIO ESPAÑOL LEON 164275


FIRMA DEL TITULAR
Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Comercio Industria y Turismo - Junta Central de Contadores.

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.917.897**

BAUTISTA JIMENEZ

APELLIDOS

JUAN CARLOS

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-JUL-1980**

BOGOTA D.C.

(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.78	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

12-AGO-1998 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1505500-00126132-M-0079917897-20081108 0005596869A 1 23652501

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-09-08, 06:02:25 AM **Tipo Planilla:** Y: PLANILLA INDEPENDIENTES EMPRESAS **Numéro Planilla:** 1084997353

Periodo Cotización: agosto de 2026 **Periodo Servicio:** agosto de 2026

PAGADO 07/09/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	RODRIGUEZ PINILLA		
Documento	CC80172425	**Dirección**	CL 64F #103 - 83
Tipo de Empresa	CONTRATANTE	**Teléfono**	3213777939
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	7	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1032357800	CRISTIAN EDUARDO DIAZ RODRIGUEZ	59	00	X																0	10	10	10	0	(230201) PROTECCION	$ 583.635	$ 93.400	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 583.635	$ 73.000	6,960	$ 583.635	$ 40.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 207.100
CC 79050176	HERNANDO RUBIANO BERNAL	59	00	X																0	7	7	7	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 408.545	$ 65.400	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 408.545	$ 51.100	6,960	$ 408.545	$ 28.500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.000
CC 79720925	JOHN JAIRO MALDONADO GOMEZ	59	00	X																0	10	10	10	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 583.635	$ 93.400	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 583.635	$ 73.000	6,960	$ 583.635	$ 40.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 207.100
CC 80019370	YIMMY ALEXANDER RODRIGUEZ AMADO	59	00	X																0	7	7	7	0	(230201) PROTECCION	$ 408.545	$ 65.400	(EPS005) EPS SANITAS	$ 408.545	$ 51.100	6,960	$ 408.545	$ 28.500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.000
CC 80028451	JOHN ALEXANDER PUERTO CASAS	59	00	X																0	4	4	4	0	(230301) PORVENIR	$ 233.454	$ 37.400	(EPS010) EPS SURA	$ 233.454	$ 29.200	6,960	$ 233.454	$ 16.300	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 82.900
CC 80171527	JORGE ELIECER APONTE CARDENAS	59	00	X																0	7	7	7	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 408.545	$ 65.400	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 408.545	$ 51.100	6,960	$ 408.545	$ 28.500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.000
CC 80512796	OTONIEL DEANTONIO VALDERRAMA	59	00	X																0	7	7	7	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 408.545	$ 65.400	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 408.545	$ 51.100	6,960	$ 408.545	$ 28.500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.000

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 3.034.904	$ 3.034.904	$ 3.034.904	$ 0	$ 485.800	$ 379.600	$ 211.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.077.100	$ 1.400	$ 1.078.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-09-08, 06:01:40 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1084997563

Periodo Cotización: agosto de 2026 **Periodo Servicio:** agosto de 2026

PAGADO 07/09/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	RODRIGUEZ PINILLA		
Documento	CC80172425	**Dirección**	CL 64F #103 - 83
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3213777939
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 80172425	JEISON GERMAN RODRIGUEZ PINILLA	57	00	X																0	10	10	10	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 583.635	$ 93.400	(EPS005) EPS SANITAS	$ 583.635	$ 73.000	6,960	$ 583.635	$ 40.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 207.100

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 583.635	$ 583.635	$ 583.635	$ 0	$ 93.400	$ 73.000	$ 40.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 207.100	$ 300	$ 207.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

CERTIFICACIÓN DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES POR PERSONA NATURAL
ARTICULO 9 LEY 828 DE 2003

Yo JEISON GERMAN RODRIGUEZ PINILLA identificado con cedula de ciudadanía no. 80.172.425 expedida en Bogotá D.C., de conformidad con lo señalado en el artículo 9 de la Ley 828 de 2003 y con sujeción a las sanciones que para tal efecto establece el Código Penal en su artículo 442, bajo la gravedad de juramento certifico que he efectuado el pago de mis aportes y los de mis empleados, cuando a ello hay lugar, al Sistema de Seguridad Social Integral en los subsistemas de salud, pensiones y riesgos laborales, durante el último mes calendario.

Así mismo, manifiesto que, de acuerdo con mi condición de persona natural y la normativa aplicable, no me encuentro obligado a efectuar aportes parafiscales al Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) ni a las Cajas de Compensación Familiar, por lo cual dichos aportes no resultan exigibles en mi caso.

Lo anterior, para dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, la Ley 828 de 2003 y la Ley 1150 de 2007.

En constancia, se firma en Bogotá D.C., a los dieciséis (16) días del mes de septiembre de 2026.

Atentamente,

JEISON GERMAN RODRIGUEZ PINILLA
C.C. 80.172.425 de Bogotá D.C.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.229.870**

BONILLA SALAMANCA

APELLIDOS

DIANA MARCELA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-FEB-1976**

BOGOTA D.C
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

20-JUN-1994 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00203061-F-0052229870-20091212 **0018964847A 1** 1320109576

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

83074-T



DIANA MARCELA
BONILLA SALAMANCA
C.C. 52229870
RESOLUCION INSCRIPCION 213 FECHA 21/12/01
UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

PRESIDENTE
JAIME A. HERNANDEZ V.

92292

IDEQS

001287

FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

A614308A3C0D5990C2

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **DIANA MARCELA BONILLA SALAMANCA** identificado con CÉDULA EXTRANJERÍA No 52229870 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 83074-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS * * *

PAGOSIMPLE | Informe Histórico Detallado

Periodo Cotización 202607 **Número planilla** 1084338651
Periodo Servicio 202608
Tipo Planilla E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS.

Período de consulta del Informe: 202607
Pagada 12/08/2026

Fecha de Creación del Informe: miércoles, 12 de agosto de 2026 07:25:57 AM

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SERVI CONSTRUCCION PC SAS	**Sucursal**	2 DOS		
Documento	NI901404532	**Dirección**	CR 11 NORTE #16 - 56		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	8359899		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	1
Ciudad	GIRARDOT	**Departamento**	CUNDINAMARCA		
Representante Legal	CORTES CORTES DIANA PAOLA	**Identificación**	CC39582632		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 14249918		
Tipo de Cotizante	01	03	
Extranjero		**Residente**	

Días AFP	0	**Días EPS**	30
Días ARP	30	**Días CCF**	30

Salario	$ 1.750.905

Nombres y Apellidos	**(Cod) Ciudad - Departamento**
MARTINEZ RIVERA ARIEL	25175000 - 25

Novedades

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

III. APORTES POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO

Código AFP	NIN-AF
Código AFP Traslado	
NINGUNA AFP	
IBC AFP	$ 0
Total Cotización AFP	$ 0
Fondo de Solidaridad Pensional	$ 0
Fondo de Subsistencia Pensional	$ 0

Código EPS	EPS002
Código EPS Traslado	
SALUD TOTAL EPS	
IBC EPS	$ 1.750.905
Aporte EPS	$ 70.100
Aporte UPC	$ 0

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	
IBC ARP	$ 1.750.905
Aporte ARP	$ 121.900

Código CCF	CCF22
COLSUBSIDIO	
IBC CCF	$ 1.750.905
Aporte CCF	$ 70.100

IV. Parafiscales

Aporte Ministerio	$ 0
Aporte ICBF	$ 0
Aporte SENA	$ 0
Aporte ESAP	$ 0

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901130743	1	CUBIERTAS DE COLOMBIA J&M S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	COLSUBSIDIO	Calle 137A 151C40	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7748540	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-09	633859044	9510874175	E	2026/09/10	2026/09/07	BANCO DE BOGOTA	0	$5,011,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: COLSUBSIDIO (10 Afiliados)																								$11,264,157	$1,802,700			$11,264,157	$1,408,400			$11,264,157	$451,200			$11,264,157		$784,500		$11,264,157	$564,700		$5,011,500
Centro de Trabajo: RIESGO 5 (10 Afiliados)																								$11,264,157	$1,802,700			$11,264,157	$1,408,400			$11,264,157	$451,200			$11,264,157		$784,500		$11,264,157	$564,700		$5,011,500
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (10 Afiliados)																								$11,264,157	$1,802,700			$11,264,157	$1,408,400			$11,264,157	$451,200			$11,264,157		$784,500		$11,264,157	$564,700		$5,011,500
1	CC	1074556511	ALARCON LADY																			230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$218,900	CCF22	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$1,750,905	$87,700	No	$778,800
2	CC	80920982	BENAVIDES CARLOS		X																	230301	15	$875,453	$140,100	EPS005	15	$875,453	$109,500	CCF22	15	$875,453	$35,100	14-11	15	$875,453	6.960%	$61,000	15	$875,453	$43,900	No	$389,600
3	CC	8508280	CASTILLA CRISTOFFERSON	X																		25-14	5	$291,818	$46,700	EPS002	5	$291,818	$36,500	CCF22	5	$291,818	$11,700	14-11	5	$291,818	6.960%	$20,400	5	$291,818	$14,700	No	$130,000
4	CC	1058058607	CRUZ BEISI	X	X																	25-14	6	$350,181	$56,100	EPS008	6	$350,181	$43,800	CCF22	6	$350,181	$14,100	14-11	6	$350,181	6.960%	$24,400	6	$350,181	$17,700	No	$156,100
5	CC	11366842	DIAZ JAVIER																			230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$218,900	CCF22	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$1,750,905	$87,700	No	$778,800
6	CC	1004119635	OBESO DANY	X																		230301	5	$291,818	$46,700	EPS037	5	$291,818	$36,500	CCF22	5	$291,818	$11,700	14-11	5	$291,818	6.960%	$20,400	5	$291,818	$14,700	No	$130,000
7	CC	1080540739	OBESO JHON																			230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS041	30	$1,750,905	$218,900	CCF22	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$1,750,905	$87,700	No	$778,800
8	CC	1043840229	RODRIGUEZ WILKER	X	X																	230301	12	$700,362	$112,100	EPS002	12	$700,362	$87,600	CCF22	12	$700,362	$28,100	14-11	12	$700,362	6.960%	$48,800	12	$700,362	$35,200	No	$311,800
9	CC	79914163	ROMERO JHON																			230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$218,900	CCF22	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$1,750,905	$87,700	No	$778,800
10	CC	1193211623	VEGA ADONAIS																			230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$218,900	CCF22	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$1,750,905	$87,700	No	$778,800
Total			**Afiliados(10)**																					$11,264,157	$1,802,700			$11,264,157	$1,408,400			$11,264,157	$451,200			$11,264,157		$784,500		$11,264,157	$564,700		$5,011,500

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				10	$1,802,700	$0	$0	$1,802,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$102,800	$0	$0	$102,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	7	$1,419,700	$0	$0	$1,419,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				10	$784,500	$0	$0	$784,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	10	$784,500	$0	$0	$784,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				10	$451,200	$0	$0	$451,200
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	10	$451,200	$0	$0	$451,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 6)				10	$1,408,400	$0	$0	$1,408,400
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$43,800	$0	$0	$43,800
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	3	$656,700	$0	$0	$656,700
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$36,500	$0	$0	$36,500
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$218,900	$0	$0	$218,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	3	$343,000	$0	$0	$343,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$109,500	$0	$0	$109,500
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				10	$338,600	$0	$0	$338,600
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	10	$338,600	$0	$0	$338,600
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				10	$226,100	$0	$0	$226,100
SENA	PASENA	899,999,034	1	10	$226,100	$0	$0	$226,100
TOTAL				**10**	**$5,011,500**	**$0**	**$0**	**$5,011,500**

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

3064862A98393D4E8

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **MIGUEL ANDRES RINCON PRIETO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1022324849 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 142597-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS * * *

DECLARACIÓN DE APORTES PARAFISCALES

Bogotá D.C 14/09/2026

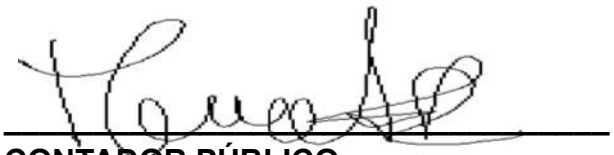
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 50 DE LA LEY 789 DE 2002, LOS SUSCRITOS REPRESENTANTE LEGAL Y EL CONTADOR PÚBLICO, SE PERMITEN CERTIFICAR QUE:

CUBIERTAS DE COLOMBIA J&M S.A.S.

NIT 901.130743-1

HA REALIZADO OPORTUNAMENTE LOS PAGOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y LOS APORTES PARAFISCALES CORRESPONDIENTES, EN CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE.

ASÍ MISMO, CERTIFICAMOS QUE LA SOCIEDAD SE ENCUENTRA AL DÍA EN EL PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES CORRESPONDIENTES A LOS ÚLTIMOS SEIS (6) MESES ANTERIORES A LA FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN.



CONTADOR PÚBLICO

Miguel Andrés Rincón Prieto

T.P. No.: 142597



REPRESENTANTE LEGAL

Javier Antonio Diaz Arévalo

CC 11.366.842


Republica de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO
142597-T
MIGUEL ANDRES
RINCON PRIETO
C.C. 1022324849
RESOLUCION INSCRIPCION 145
FECHA 11/06/2009
UNIVERSIDAD PILOTO DE COLOMBIA
PRESIDENTE
LUIS ALONSO COLMENARES RODRIGUEZ
153007


FIRMA DEL TITULAR
Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Comercio Industria y Turismo - Junta Central de Contadores.


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO
1.022.324.849
RINCON PRIETO
APELLIDOS
MIGUEL ANDRES
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO
09-JUN-1986
SUESCA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
01-JUL-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
A-1525900-39154891-M-1022324849-20070606
02416 07157N 02 181339056

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-09-03, 03:16:50 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Número Planilla:** 87905501

Periodo Cotización: agosto de 2026 **Periodo Servicio:** septiembre de 2026

PAGADA 03/09/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MULTISERVICIOS INTEGRALES OMH SAS	**Nombre Sucursal**	PERSONAL	**Código Sucursal**	01
Documento	NI901879103	**Dirección**	CL 14 SUR #12 F - 02		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	9324015		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	3
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	MACIAS HERNANDEZ OMAR	**Identificación**	CC79420158		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 19373122	ALVAREZ FORERO JUAN ARTURO	01	03																0	0	30	30	30	NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	SALUD TOTAL EPS	$ 1.750.905	$ 218.900	ARL SURA	$ 1.750.905	$ 121.900	CAFAM	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 410.900
CC 52276456	RINCON PRIETO DEYANIRA	01	00	X															0	17	17	17	17	PORVENIR	$ 992.180	$ 158.800	SALUD TOTAL EPS	$ 992.180	$ 124.100	ARL SURA	$ 992.180	$ 69.100	CAFAM	$ 992.180	$ 39.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 391.700
CC 79546121	VASQUEZ PINEDA RUBEN DARIO	01	00	X	X														0	5	5	5	5	COLFONDOS	$ 291.818	$ 46.700	NUEVA EPS	$ 291.818	$ 36.500	ARL SURA	$ 291.818	$ 20.400	CAFAM	$ 291.818	$ 11.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 115.300

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
$ 1.283.998	$ 3.034.903	$ 3.034.903	$ 3.034.903	$ 205.500	$ 0	$ 0	$ 379.500	$ 211.400	$ 121.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 917.700	$ 0	$ 917.700

Enlace Operativo – Línea Expertos en PILA: Barranquilla (605) 385 24 44 · Bogotá (601) 742 44 88 · Bucaramanga (607) 697 87 27 · Cali (602) 485 94 44 · Cartagena (605) 693 77 27 · Pereira (606) 340 13 27 · Manizales (606) 892 80 27 · Medellín (604) 604 27 27 · Desde otras ciudades: 01 8000 51 99 77 · WhatsApp: 3164416952

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

CERTIFICADO DE PAGO DE APORTES

PAZ Y SALVO

Yo JAWIN FARITH GARCES AMARIS con cédula de ciudadanía No. 1.085.094.537, en calidad de contador publico de la Persona Jurídica **MULTI SERVICIOS INTEGRALES OM SAS** identificada con el NIT. No. 900089104-5, en cumplimiento de la Ley 789 de 2002 Reglamentada parcialmente por los Decretos 975 de 2004, 973 de 2005, 2581 de 2007, 2190 de 2009 y 1160 de 2010; en concordancia con la Ley 1607 de 2012, manifiesto bajo juramento que la empresa que represento se encuentra al día en el acatamiento respecto al pago de las obligaciones legales con los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones, aportes a la caja de compensación familiar, CREE, ICBF y SENA, cuando a ello hubiere lugar, durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de expedición de la presente certificación.

La presente certificación se expide para efectos de trámite y pago por parte de la entidad contratante, en cumplimiento con los requisitos legales exigidos.

Firmada el día 15 de Septiembre de 2026.

JAWIN FARITH GARCES AMARIS
CONTADOR PUBLICO

C

T.P # 216860 – T

Jawin Farith Garces Amaris

Contador Público



Valido únicamente para **JUAN CAMILO BARACALDO NEMEGUEN**, Identificado con cedula de ciudadanía # 1.020.713.140, expedida en Bogotá D.C (Cundinamarca).

Se expide la presente certificación a los veinte un (15) días del mes de septiembre del dos mil veintiséis (2.026), para tramite.

JAWIN FARITH GARCES AMARIS
CONTADOR PÚBLICO
T.P # 216860 – T

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

BE9907229360588

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **JAWIN FARITH GARCES AMARIS** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1085094537 de EL BANCO (MAGDALENA) Y Tarjeta Profesional No 216860-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

Dado en BOGOTA a los 15 días del mes de septiembre de 2026 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	NEG INGENIERIA S.A.S.,BIC	**NIT:**	900975870
Tipo Planilla:	E	**Periodo liquidación Pensiones:**	julio 2026
Sucursal o Dependencia:	CAM	**Periodo liquidación Salud:**	agosto 2026
Número de Radicación:	94439806	**Total a pagar:**	$5,424,800
Fecha de vencimiento:	20/08/2026	**Total de empleados:**	10
Fecha de Pago:	21/08/2026	**Número de Administradoras:**	10

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO CAJA SOCIAL	**Número Autorización:**	584308808
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-11	890903790	ARL SURA	10		$0	$1,193,200
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	3		$0	$857,100
230301	800224808	Porvenir	3		$0	$841,300
231001	800227940	Colfondos	1		$0	$280,500
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	3		$0	$857,100
CCF22	860007336	Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar	10		$0	$686,000
EPS001	830113831	ALIANSALUD EPS S.A.	1		$0	$70,200
EPS005	800251440	Sanitas EPS	2		$0	$144,300
EPS010	800088702	EPS Sura	4		$0	$284,600
EPS017	830003564	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	3		$0	$210,500
						$5,424,800

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Le informamos que el pago de la planilla No. 94439806, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900975870-1	NEG INGENIERIA S.A.S.,BIC	Calle 187 No. 57- 48 Of 116	6017657049	recursohumano@negingenieria.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94439806	21/08/2026	10	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-07	E	$17,707,240	$5.424.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	70.100	0		0		0	1	100	0	70.200	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	144.100	0		0		0	1	200	0	144.300	2
EPS010	EPS Sura	800088702-2	284.300	0		0		0	1	300	0	284.600	4
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	210.300	0		0		0	1	200	0	210.500	3

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	856.400	0	0	0	0	1	700	0	857.100	3
230301	Porvenir	800224808-8	840.600	0	0	0	0	1	700	0	841.300	3
231001	Colfondos	800227940-6	280.200	0	0	0	0	1	300	0	280.500	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	856.400	0	0	0	0	1	700	0	857.100	3

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	1.192.200				1.192.200	1	1.000	1.193.200			11.922	1.193.200	10

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	685.400	1	600	686.000	10

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	708.800	709.600
Pensión	4	2.833.600	2.836.000
Riesgos Laborales	1	1.192.200	1.193.200
CCF	1	685.400	686.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	10	5.420.000	5.424.800

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900975870-1	NEG INGENIERIA S.A.S.,BIC	Calle 187 No. 57- 48 Of 116	6017657049	recursohumano@negingenieria.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94439806	21/08/2026	10	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-07	E	$17,707,240	$5.424.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1003690871	DIAZ MEDINA MABEL LORENA	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF22	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
2	CC 1016063332	LAVERDE GONZALEZ INGRID JOHANA	1	0			S																	25-14	1.167.270	20	186.800	0	0	0	0	EPS005	1.167.270	20	46.700	14-11	1.167.270	20	5	81.300	CCF22	1.167.270	20	46.700	0	0	0	0	0
3	CC 1016063332	LAVERDE GONZALEZ INGRID JOHANA	1	0			S										X							25-14	583.635	10	93.400	0	0	0	0	EPS005	583.635	10	23.400	14-11	583.635	10	5	0	CCF22	583.635	10	0	0	0	0	0	0
4	CC 1016113892	PALACIOS PRIETO CESAR STEVEN	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF22	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
5	CC 1018514832	OSSA CARTAGENA KAREN JIREHT	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS010	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF22	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
6	CC 1019153683	CARTAGENA OLMOS STHEFANY VIVIANA	1	0			S																	231001	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF22	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
7	CC 1023869629	QUESADA ALDANA JUAN CARLOS	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS010	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF22	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
8	CC 1032937185	MORENO ARAGON PAULA GINETH	1	0			S																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS001	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF22	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
9	CC 52912355	MONTOYA CARDENAS YURANI MARCELA	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS010	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF22	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
10	CC 80174522	RODRIGUEZ RODRIGUEZ PEDRO JOSE	1	0			S																	230201	1.850.000	30	296.000	0	0	0	0	EPS010	1.850.000	30	74.000	14-11	1.850.000	30	5	128.800	CCF22	1.850.000	30	74.000	0	0	0	0	0
11	CC 80746871	MONTES ARAGON HECTOR GIOVANNY	1	0			S																	25-14	1.850.000	30	296.000	0	0	0	0	EPS005	1.850.000	30	74.000	14-11	1.850.000	30	5	128.800	CCF22	1.850.000	30	74.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.229.870**

BONILLA SALAMANCA

APELLIDOS

DIANA MARCELA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-FEB-1976**

BOGOTA D.C
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

20-JUN-1994 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00203061-F-0052229870-20091212 **0018964847A 1** 1320109576

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

83074-T



DIANA MARCELA
BONILLA SALAMANCA
C.C. 52229870
RESOLUCION INSCRIPCION 213 FECHA 21/12/01
UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

PRESIDENTE
JAIME A. HERNANDEZ V.

92292

IDEQS

001287

FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

A614308A3C0D5990C2

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **DIANA MARCELA BONILLA SALAMANCA** identificado con CÉDULA EXTRANJERÍA No 52229870 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 83074-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS * * *

CERTIFICACIÓN DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES

Yo, PEDRO JOSÉ RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ identificado con cédula de ciudadanía 80.174.522 de Bogotá D.C., en mi condición de Representante Legal de NEG INGENIERÍA S.A.S., BIC NIT 900.975.870-1, bajo la gravedad de juramento certifico el pago de los siguientes aportes: salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación, pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir de la firma del presente documento. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y 23 de la Ley 1150 de 2007.

Conforme el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016, bajo la gravedad de juramento, manifiesto que me encuentro exonerado del pago de los aportes parafiscales a favor del Servicio Nacional del Aprendizaje (SENA), del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y las cotizaciones al Régimen Contributivo de Salud, las sociedades y personas jurídicas y asimiladas contribuyentes declarantes del impuesto sobre la renta y complementarios, correspondientes a los trabajadores que devenguen, individualmente considerados, menos de diez (10) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

En constancia, se firma en Bogotá D.C., a los dieciséis (16) días del mes de septiembre de 2026.

Atentamente,

NEG INGENIERÍA S.A.S BIC.
Nit. 900.975.870-1

PEDRO JOSÉ RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ
C.C. 80.174.522 de Bogotá D.C
NEG INGENIERÍA S.A.S BIC.
NIT: 900.975.870-1
Calle 187 # 57 48 Ofc 116
licitaciones@negingenieria.com
Teléfono. (601) 7657049/3507306272
Bogotá D.C.

DIANA MARCELA BONILLA
C.C. 52.229.870 de Bogotá D.C.
CONTADOR PUBLICO
TARJETA PROFESIONAL 83074-T

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.229.870**

BONILLA SALAMANCA

APELLIDOS

DIANA MARCELA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-FEB-1976**

BOGOTA D.C
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

20-JUN-1994 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00203061-F-0052229870-20091212 **0018964847A 1** 1320109576

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

83074-T



DIANA MARCELA
BONILLA SALAMANCA
C.C. 52229870
RESOLUCION INSCRIPCION 213 FECHA 21/12/01
UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

PRESIDENTE
JAIME A. HERNANDEZ V.

92292

IDEQS

001287

FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

A614308A3C0D5990C2

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **DIANA MARCELA BONILLA SALAMANCA** identificado con CÉDULA EXTRANJERÍA No 52229870 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 83074-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS * * *

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE PREVIO AL PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901106444
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			HIDROSATCONSTRUCTORESSAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 152 99 45 CA 147	TELÉFONO:	3116849
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Terminación y acabado de edificios y obras de ing
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**6035999671**	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	agosto	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	septiembre	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/09/10				

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	10	$ 710.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 710.400	$ 0	$ 710.400
25-14	25-14 COLPENSIONES	4	$ 327.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 327.100	$ 0	$ 327.100
SUBTOTALES:										**$ 1.037.500**	**$ 0**	**$ 1.037.500**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 44.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 44.600	$ 0	$ 0	$ 44.600
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 77.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 77.200	$ 0	$ 0	$ 77.200
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 77.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 77.200	$ 0	$ 0	$ 77.200
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 39.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 39.700	$ 0	$ 0	$ 39.700
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 58.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 58.600	$ 0	$ 0	$ 58.600
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 37.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 37.400	$ 0	$ 0	$ 37.400
SUBTOTALES:													**$ 334.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 334.700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	16		$ 0	$ 0		$ 0	$ 581.300	$ 581.300	$ 0	$ 0	$ 581.300
SUBTOTALES:									**$ 581.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 581.300**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	16	$ 334.700	$ 0	$ 334.700
SUBTOTALES:			**$ 334.700**	**$ 0**	**$ 334.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP										CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1005855845	GARCIA GRAJALES RUSBEL WEIMAR	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI	15																230301-PORVENIR	16	$ 933.816	$ 149.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 149.500	EPS037-NUEVA EPS	16	$ 933.816	$ 37.400	$ 0	$ 37.400	14-11 - ARL SURA	16	$ 933.816		$ 65.000	16	$ 933.816	CCF24-COMPENSAR	$ 37.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1014183008	GOMEZ TORRES JOHAN ESTEBAN	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI	06	06															230301-PORVENIR	1	$ 58.364	$ 9.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 9.400	EPS005-SANITAS S.A	1	$ 58.364	$ 2.400	$ 0	$ 2.400	14-11 - ARL SURA	1	$ 58.364		$ 4.100	1	$ 58.364	CCF24-COMPENSAR	$ 2.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1015405922	GUERRERO LOPEZ DIEGO ARMANDO	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI	06	06															230301-PORVENIR	1	$ 58.364	$ 9.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 9.400	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 58.364	$ 2.400	$ 0	$ 2.400	14-11 - ARL SURA	1	$ 58.364		$ 4.100	1	$ 58.364	CCF24-COMPENSAR	$ 2.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	CC 1022968427	CABEZAS QUESADA EDWIN ALEXANDER	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI	15																230301-PORVENIR	16	$ 933.816	$ 149.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 149.500	EPS005-SANITAS S.A	16	$ 933.816	$ 37.400	$ 0	$ 37.400	14-11 - ARL SURA	16	$ 933.816		$ 65.000	16	$ 933.816	CCF24-COMPENSAR	$ 37.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	CC 1070625009	NIETO LOMBANA CAMILO ANDRES	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI	24																230301-PORVENIR	7	$ 408.545	$ 65.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 65.400	EPS037-NUEVA EPS	7	$ 408.545	$ 16.400	$ 0	$ 16.400	14-11 - ARL SURA	7	$ 408.545		$ 28.500	7	$ 408.545	CCF24-COMPENSAR	$ 16.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	CC 1106896308	GOMEZ RAYO ORLANDO	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI	15	15															230301-PORVENIR	1	$ 58.364	$ 9.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 9.400	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 58.364	$ 2.400	$ 0	$ 2.400	14-11 - ARL SURA	1	$ 58.364		$ 4.100	1	$ 58.364	CCF24-COMPENSAR	$ 2.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
7	CC 19380720	MOLINA BOCANEGRA LUIS ALBERTO	DEPEND	NO OBLIG COT PENS EDAD	$ 1.750.905	FIJO			SI	15																		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS017-FAMISANAR	16	$ 933.816	$ 37.400	$ 0	$ 37.400	14-11 - ARL SURA	16	$ 933.816		$ 65.000	16	$ 933.816	CCF24-COMPENSAR	$ 37.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
8	CC 19418126	SIERRA JUAN GONZALO	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI	15																25-14 COLPENSIONES	16	$ 933.816	$ 149.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 149.500	EPS008-COMPENSAR	16	$ 933.816	$ 37.400	$ 0	$ 37.400	14-11 - ARL SURA	16	$ 933.816		$ 65.000	16	$ 933.816	CCF24-COMPENSAR	$ 37.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
9	CC 3229727	BARACALDO DIAZ JUAN DE DIOS	DEPEND	REQ CUMP PENS	$ 1.750.905	FIJO			SI	15																		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS005-SANITAS S.A	16	$ 933.816	$ 37.400	$ 0	$ 37.400	14-11 - ARL SURA	16	$ 933.816		$ 65.000	16	$ 933.816	CCF24-COMPENSAR	$ 37.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
10	CC 3231347	FONSECA PUERTO EDILBERTO	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI	14																25-14 COLPENSIONES	17	$ 992.180	$ 158.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 158.800	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	17	$ 992.180	$ 39.700	$ 0	$ 39.700	14-11 - ARL SURA	17	$ 992.180		$ 69.100	17	$ 992.180	CCF24-COMPENSAR	$ 39.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
11	CC 79242145	PENA MARTIN BEJARANO	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI	28	28															25-14 COLPENSIONES	1	$ 58.364	$ 9.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 9.400	EPS017-FAMISANAR	1	$ 58.364	$ 2.400	$ 0	$ 2.400	14-11 - ARL SURA	1	$ 58.364		$ 4.100	1	$ 58.364	CCF24-COMPENSAR	$ 2.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

Planilla NO Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE PREVIO AL PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901106444
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			HIDROSATCONSTRUCTORESSAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 152 99 45 CA 147	TELÉFONO:	3116849
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Terminación y acabado de edificios y obras de ing
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	SI		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6035999671**			TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto	AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre	AÑO	2026
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/09/10						

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																										PENSIÓN										SALUD						ARP																	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																		

HIDROSAT
CONSTRUCTORES SAS

CERTIFICADO DE PAGO DE APORTES

PAZ Y SALVO

Yo **JUAN CAMILO BARACALDO NEMGUEN** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.020.713.140, en calidad de Representante Legal **y JAWIN FARITH GARCES AMARIS** con cédula de ciudadanía No. 1.085.094.537, en calidad de contador publico de la Persona Jurídica **HIDROSAT CONSTRUCTORES SAS** identificada con el NIT. No. 901.106.444-1, en cumplimiento de la Ley 789 de 2002 Reglamentada parcialmente por los Decretos 975 de 2004, 973 de 2005, 2581 de 2007, 2190 de 2009 y 1160 de 2010; en concordancia con la Ley 1607 de 2012, manifiesto bajo juramento que la empresa que represento se encuentra al día en el acatamiento respecto al pago de las obligaciones legales con los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones, aportes a la caja de compensación familiar, CREE, ICBF y SENA, cuando a ello hubiere lugar, durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de expedición de la presente certificación.

La presente certificación se expide para efectos de trámite y pago por parte de la entidad contratante, en cumplimiento con los requisitos legales exigidos.

Firmada el día 15 de Septiembre de 2026.

JUAN CAMILO BARACALDO N
REPRESENTANTE LEGAL
HIDROSAT CONSTRUCTORES SAS
NIT: 901.106.444-1

JAWIN FARITH GARCES AMARIS
CONTADOR PUBLICO
T.P # 216860 – T

(+57) 311 684 9046
(+57) 313 793 1713
hidrosatconstructores@gmail.com
Cll 196 C # 18 - 72 / of. 401

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

BE9907229360588

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **JAWIN FARITH GARCES AMARIS** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1085094537 de EL BANCO (MAGDALENA) Y Tarjeta Profesional No 216860-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

Dado en BOGOTA a los 15 días del mes de septiembre de 2026 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

Jawin Farith Garces Amaris

Contador Público



Valido únicamente para **JUAN CAMILO BARACALDO NEMEGUEN**, Identificado con cedula de ciudadanía # 1.020.713.140, expedida en Bogotá D.C (Cundinamarca).

Se expide la presente certificación a los veinte un (15) días del mes de septiembre del dos mil veintiséis (2.026), para tramite.

JAWIN FARITH GARCES AMARIS
CONTADOR PÚBLICO
T.P # 216860 – T

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-09-14, 02:15:05 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 88124228

Periodo Cotización: agosto de 2026 **Periodo Servicio:** septiembre de 2026

PAGADO 14/09/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	GRUPO ELITE Y ASOCIADOS SAS	**Nombre Sucursal**	MELGAR	**Código Sucursal**	001
Documento	NI901747796	**Dirección**	CR 5 ESTE #90 - 58		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3107697575		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL		
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	GONZALEZ GONZALEZ JERSI GERMAN	**Identificación**	CC 1069900199		
Total Afiliados	8	**ARP**	ARL SURA		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1010168952	NOLFO BENEDICTO LINARES BELTRAN	01	00	X																0	6	6	6	6	(230301) PORVENIR	$ 350.181	$ 56.100	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 350.181	$ 14.100	6,960	$ 350.181	$ 24.400	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 350.181	$ 14.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 108.700
CC 1018492230	DANILO ARNULFO BELTRAN URREGO	01	00	X																0	7	7	7	7	(230301) PORVENIR	$ 408.545	$ 65.400	(EPS005) EPS SANITAS	$ 408.545	$ 16.400	6,960	$ 408.545	$ 28.500	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 408.545	$ 16.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 126.700
CC 1069282005	BREINER ORLANDO LINARES BELTRAN	01	00	X																0	7	7	7	7	(230301) PORVENIR	$ 408.545	$ 65.400	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 408.545	$ 16.400	6,960	$ 408.545	$ 28.500	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 408.545	$ 16.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 126.700
CC 1069900188	YERSON ANDRES GONZALEZ GONZALEZ	01	00	X																0	7	7	7	7	(230301) PORVENIR	$ 408.545	$ 65.400	(EPS005) EPS SANITAS	$ 408.545	$ 51.100	6,960	$ 408.545	$ 28.500	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 408.545	$ 16.400	$ 8.200	$ 12.300	$ 0	$ 0	$ 181.900
CC 1079033189	DAIRO HUMBERTO GONZALEZ GONZALEZ	01	00	X																0	7	7	7	7	(230301) PORVENIR	$ 408.545	$ 65.400	(EPS037) NUEVA EPS	$ 408.545	$ 16.400	6,960	$ 408.545	$ 28.500	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 408.545	$ 16.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 126.700
CC 1106894421	GILBERT ANDRES ALVAREZ PEREZ	01	00	X																0	7	7	7	7	(230301) PORVENIR	$ 408.545	$ 65.400	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 408.545	$ 16.400	6,960	$ 408.545	$ 28.500	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 408.545	$ 16.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 126.700
CC 1119582395	ELBER FIGUEROA CARDENAS	01	00	X																0	7	7	7	7	(230301) PORVENIR	$ 408.545	$ 65.400	(EPS037) NUEVA EPS	$ 408.545	$ 16.400	6,960	$ 408.545	$ 28.500	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 408.545	$ 16.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 126.700
CC 91446378	IOHAN ALFONSO JIMENEZ CRUZ	01	00	X																0	7	7	7	7	(230301) PORVENIR	$ 408.545	$ 65.400	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 408.545	$ 16.400	6,960	$ 408.545	$ 28.500	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 408.545	$ 16.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 126.700

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 3.209.996	$ 3.209.996	$ 3.209.996	$ 3.209.996	$ 513.900	$ 163.600	$ 223.900	$ 128.900	$ 8.200	$ 12.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.050.800	$ 0	$ 1.050.800

Enlace Operativo – Línea Expertos en PILA: Barranquilla (605) 385 24 44 · Bogotá (601) 742 44 88 · Bucaramanga (607) 697 87 27 · Cali (602) 485 94 44 · Cartagena (605) 693 77 27 · Pereira (606) 340 13 27 · Manizales (606) 892 80 27 · Medellín (604) 604 27 27 · Desde otras ciudades: 01 8000 51 99 77 · WhatsApp: 3164416952

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

El suscrito Contador Público de:
GRUPO ELITE Y ASOCIADOS S.A.S
NIT. 901.747.796-9

CERTIFICA QUE:

Ha cumplido con su obligación de pagar los salarios, prestaciones sociales y aportes a los sistemas de salud, riesgo laboral, pensiones y cajas de compensación familiar, sobre la totalidad de los empleados contratados al corte del mes de agosto de 2026.

Para el personal contratado por la empresa que devengue más de diez (10) salarios mínimos mensuales vigentes, se ha cumplido con la obligación de pagar los aportes al Servicio Nacional de Aprendizaje Sena, y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar según, Art. 25 y 31 de la ley 1607 de 2012, a la fecha.

Por los empleados que devenguen menos de diez (10) salarios mínimos mensuales legales vigentes, se aplicó el beneficio de exoneración de aportes y salud según Art. 25 y 31 de la Ley 1607 de 2012.

Se expide la presente certificación en Bogota, a los catorce (14) días del mes de septiembre de 2026.

Atentamente,

JENIFFER GUTIERREZ TRUJILLO
Contadora Publica
T.P. 244356-T


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 63.563.065
GUTIERREZ TRUJILLO
APELLIDOS
JENIFFER
NOMBRES
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 06-SEP-1985
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.69 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
08-SEP-2003 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ
P-2700100-59124742-F-0063563065-20040419 06417 04110A 02 160114430





República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

244356-T

JENIFFER
GUTIERREZ TRUJILLO
C.C. 63563065
RES. INSCRIPCION 565 DEL 06/07/2018
UNIDADES TECNOLOGICAS DE SANTANDER

OSCAR EDUARDO FUENTES PEÑA
DIRECTOR GENERAL

251547

271334

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

2CB84B2517A38EA9

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **JENIFFER GUTIERREZ TRUJILLO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 63563065 de BUCARAMANGA (SANTANDER) Y Tarjeta Profesional No 244356-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS * * *

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900663086
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			TERRAT SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 139 # 94-90 T 14 APTO 455	TELÉFONO:	5350841
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	D-APORTANTE BENEFICIARIO DE LA LEY 1429
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de arquitectura e ingeniería y otras
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**6032463517**		TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	julio	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	agosto	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/08/18		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		574718811	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	2	$ 298.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 298.900	$ 0	$ 298.900
SUBTOTALES:										**$ 298.900**	**$ 0**	**$ 298.900**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 70.100
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 4.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.700	$ 0	$ 0	$ 4.700
SUBTOTALES:													**$ 74.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 74.800**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	2		$ 0	$ 0		$ 0	$ 50.900	$ 50.900	$ 0	$ 0	$ 50.900
SUBTOTALES:									**$ 50.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 50.900**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF21	CCF21-CAFAM	2	$ 74.800	$ 0	$ 74.800
SUBTOTALES:			**$ 74.800**	**$ 0**	**$ 74.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES												SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																						PENSIÓN										SALUD						ARP										CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																																		
1	CC 1020713140	BARACALDO NEMEGUEN JUAN CAMILO	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI	22	23															230301-PORVENIR	2	$ 116.727	$ 18.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 18.700	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	2	$ 116.727	$ 4.700	$ 0	$ 4.700	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	2	$ 116.727	00111	$ 8.200	2	$ 116.727	CCF21-CAFAM	$ 4.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 80066374	TORRES ZAMORA JORGE ANDRES	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 70.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905		$ 42.700	30	$ 1.750.905	CCF21-CAFAM	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 499.400

CERTIFICADO DE PAGO DE APORTES

PAZ Y SALVO

Yo JAWIN FARITH GARCES AMARIS con cédula de ciudadanía No. 1.085.094.537, en calidad de contador publico de la Persona Jurídica **TERRAT SAS** identificada con el NIT. No. 900663086-2, en cumplimiento de la Ley 789 de 2002 Reglamentada parcialmente por los Decretos 975 de 2004, 973 de 2005, 2581 de 2007, 2190 de 2009 y 1160 de 2010; en concordancia con la Ley 1607 de 2012, manifiesto bajo juramento que la empresa que represento se encuentra al día en el acatamiento respecto al pago de las obligaciones legales con los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones, aportes a la caja de compensación familiar, CREE, ICBF y SENA, cuando a ello hubiere lugar, durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de expedición de la presente certificación.

La presente certificación se expide para efectos de trámite y pago por parte de la entidad contratante, en cumplimiento con los requisitos legales exigidos.

Firmada el día 16 de Septiembre de 2026.



JAWIN FARITH GARCES AMARIS
CONTADOR PUBLICO

C

T.P # 216860 – T

Jawin Farith Garces Amaris

Contador Público



Valido únicamente para **JUAN CAMILO BARACALDO NEMEGUEN**, Identificado con cedula de ciudadanía # 1.020.713.140, expedida en Bogotá D.C (Cundinamarca).

Se expide la presente certificación a los veinte un (15) días del mes de septiembre del dos mil veintiséis (2.026), para tramite.

JAWIN FARITH GARCES AMARIS
CONTADOR PÚBLICO
T.P # 216860 – T

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

BE9907229360588

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **JAWIN FARITH GARCES AMARIS** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1085094537 de EL BANCO (MAGDALENA) Y Tarjeta Profesional No 216860-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

Dado en BOGOTA a los 15 días del mes de septiembre de 2026 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

ANEXO-5
RPAZ Y SALVO

CERTIFICACIÓN DE PAZ Y SALVO POR CONCEPTO DE NÓMINA

Por medio de la presente, yo **DIDIER FABIAN ACOSTA BELTRAN** identificado con cedula de ciudadanía 80.845.237 de Bogotá, en calidad de Representante Legal de **SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERIA SAS** con Nit 900.812.511-1, certifico que:

El personal administrativo relacionado y asignado al proyecto CACOM-4 cuyo objeto es *MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO Y/O MEJORATIVO DE LOS BIENES INMUEBLES DEL COMANDO AEREO DE COMBATE No.* 4, se encuentra a paz y salvo por concepto de nómina, con fecha de corte al 31 de agosto de 2026, sin que a dicha fecha se presenten saldos pendientes por concepto de salarios y demás conceptos asociados a la nómina, correspondientes al período certificado, con el personal que relaciono a continuación:

PERSONAL	IDENTIFICACION	CARGO
John Gerardo Bautista Hernández	1.020.718.924	Residente de obra
José Luis Cortés Prada	93.130.327	Ingeniero Civil
Edisson Fabian Mahecha Cortes	1.106.899.805	Auxiliar de Ingeniería
Cristina Rocío Cadena Celis	65.824.017	Profesional SST
Elcy Johana Guerra Pardo	36.294.342	Profesional SST

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, para los fines que estime pertinentes.

En constancia de lo anterior se firma el 03 de septiembre de 2026

Cordialmente,

DIDIER FABIAN ACOSTA BELTRAN
CC. 80.845.237 de Bogotá
SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERIA SAS
Representante Legal

TERRAT SAS
NIT: 900663086-2

CERTIFICA:

Que el señor(a) JUAN CAMILO BARACALDO M., identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1020713140, quien se desempeña en el cargo de RESIDENTE, con fecha de ingreso a la empresa 28/08/26, recibió el pago correspondiente a sus __ salarios, de acuerdo con las condiciones pactadas en su contrato de trabajo y dentro de los plazos establecidos por la empresa.

La presente certificación se expide en el marco de la ejecución del **CONTRATO No.05300-GCACOM4-GRUAL-2026**, cuyo objeto es: **"MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO Y/O MEJORATIVO DE LOS BIENES INMUEBLES DEL COMANDO AEREO DE COMBATE No. 4"**, con el fin de acreditar que la empresa ha cumplido oportunamente con el pago de los salarios y demás obligaciones laborales correspondientes al trabajador antes mencionado durante el período certificado.

Así mismo, se deja constancia de que, a la fecha de expedición de la presente certificación, la empresa se encuentra al día en el cumplimiento de las obligaciones laborales causadas y exigibles correspondientes al período certificado, incluyendo los conceptos salariales que resulten aplicables conforme a la naturaleza del vínculo laboral.

Se expide en la ciudad de Bogotá, a los 13 días del mes de 09 del 26.

Constancia de recibido del trabajador

Declaro haber recibido la presente certificación y manifiesto mi conformidad respecto al pago de mi salario correspondiente al período aquí certificado.

NOMBRE: JUAN CAMILO BARACALDO
C.C. No. 1020713140
Fecha de recibido: 15/09/26.

Firma: _____

CERTIFICACIÓN DE PAGO

Bogotá D.C., 17 de septiembre de 2026.

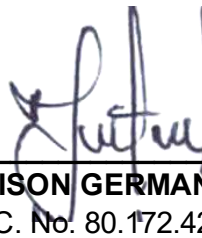
Yo, **JEISON GERMAN RODRIGUEZ PINILLA**, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.172.425 de Bogotá D.C., en calidad de responsable de la ejecución del proyecto CACOM 4, cuyo inicio tuvo lugar el 23 de agosto de 2026, por medio de la presente certifico que:

El señor **CRISTIAN EDUARDO DÍAZ RODRIGUEZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.032.357.800 de Bogotá D.C., se encuentra vinculado mediante contrato de prestación de servicios para el desarrollo de actividades relacionadas con la ejecución del proyecto anteriormente mencionado.

Así mismo, certifico que se ha realizado el pago correspondiente a los servicios prestados, de acuerdo con las condiciones pactadas entre las partes, bajo una periodicidad de pago semanal.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado, para los fines que estime pertinentes.

Cordialmente,



_____

JEISON GERMAN RODRIGUEZ PINILLA
C.C. No. 80.172.425 de Bogotá D.C
Tel: 3134278699

CERTIFICACIÓN DE PAGO

Bogotá D.C., 17 de septiembre de 2026.

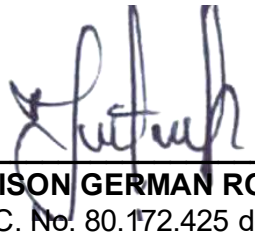
Yo, **JEISON GERMAN RODRIGUEZ PINILLA**, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.172.425 de Bogotá D.C., en calidad de responsable de la ejecución del proyecto CACOM 4, cuyo inicio tuvo lugar el 23 de agosto de 2026, por medio de la presente certifico que:

El señor **HERNANDO RUBIANO BERNAL**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.032.357.800 de Bogotá D.C., se encuentra vinculado mediante contrato de prestación de servicios para el desarrollo de actividades relacionadas con la ejecución del proyecto anteriormente mencionado.

Así mismo, certifico que se ha realizado el pago correspondiente a los servicios prestados, de acuerdo con las condiciones pactadas entre las partes, bajo una periodicidad de pago semanal.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado, para los fines que estime pertinentes.

Cordialmente,



JEISON GERMAN RODRIGUEZ PINILLA
C.C. No. 80.172.425 de Bogotá D.C
Tel: 3134278699

CERTIFICACIÓN DE PAGO

Bogotá D.C., 17 de septiembre de 2026.

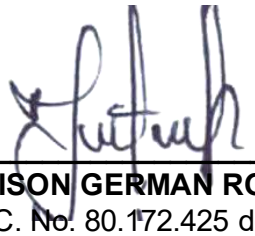
Yo, **JEISON GERMAN RODRIGUEZ PINILLA**, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.172.425 de Bogotá D.C., en calidad de responsable de la ejecución del proyecto CACOM 4, cuyo inicio tuvo lugar el 23 de agosto de 2026, por medio de la presente certifico que:

El señor **JOHN JAIRO MALDONADO GOMEZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. 79.720.925 de Bogotá D.C., se encuentra vinculado mediante contrato de prestación de servicios para el desarrollo de actividades relacionadas con la ejecución del proyecto anteriormente mencionado.

Así mismo, certifico que se ha realizado el pago correspondiente a los servicios prestados, de acuerdo con las condiciones pactadas entre las partes, bajo una periodicidad de pago semanal.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado, para los fines que estime pertinentes.

Cordialmente,



JEISON GERMAN RODRIGUEZ PINILLA
C.C. No. 80.172.425 de Bogotá D.C
Tel: 3134278699

CERTIFICACIÓN DE PAGO

Bogotá D.C., 17 de septiembre de 2026.

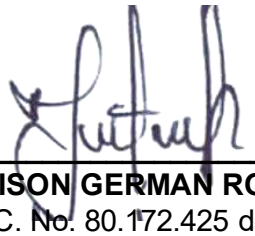
Yo, **JEISON GERMAN RODRIGUEZ PINILLA**, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.172.425 de Bogotá D.C., en calidad de responsable de la ejecución del proyecto CACOM 4, cuyo inicio tuvo lugar el 23 de agosto de 2026, por medio de la presente certifico que:

El señor **JOHN ALEXANDER PUERTO CASAS**, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.172.425 de Bogotá D.C., se encuentra vinculado mediante contrato de prestación de servicios para el desarrollo de actividades relacionadas con la ejecución del proyecto anteriormente mencionado.

Así mismo, certifico que se ha realizado el pago correspondiente a los servicios prestados, de acuerdo con las condiciones pactadas entre las partes, bajo una periodicidad de pago semanal.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado, para los fines que estime pertinentes.

Cordialmente,



JEISON GERMAN RODRIGUEZ PINILLA
C.C. No. 80.172.425 de Bogotá D.C
Tel: 3134278699

CERTIFICACIÓN DE PAGO

Bogotá D.C., 17 de septiembre de 2026.

Yo, **JEISON GERMAN RODRIGUEZ PINILLA**, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.172.425 de Bogotá D.C., en calidad de responsable de la ejecución del proyecto CACOM 4, cuyo inicio tuvo lugar el 23 de agosto de 2026, por medio de la presente certifico que:

El señor **JORGE ELIECER APONTE CARDENAS**, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.171.527 de Bogotá D.C., se encuentra vinculado mediante contrato de prestación de servicios para el desarrollo de actividades relacionadas con la ejecución del proyecto anteriormente mencionado.

Así mismo, certifico que se ha realizado el pago correspondiente a los servicios prestados, de acuerdo con las condiciones pactadas entre las partes, bajo una periodicidad de pago semanal.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado, para los fines que estime pertinentes.

Cordialmente,



JEISON GERMAN RODRIGUEZ PINILLA
C.C. No. 80.172.425 de Bogotá D.C
Tel: 3134278699

CERTIFICACIÓN DE PAGO

Bogotá D.C., 17 de septiembre de 2026.

Yo, **JEISON GERMAN RODRIGUEZ PINILLA**, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.172.425 de Bogotá D.C., en calidad de responsable de la ejecución del proyecto CACOM 4, cuyo inicio tuvo lugar el 23 de agosto de 2026, por medio de la presente certifico que:

El señor **JORGE ELIECER APONTE CARDENAS**, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.171.527 de Bogotá D.C., se encuentra vinculado mediante contrato de prestación de servicios para el desarrollo de actividades relacionadas con la ejecución del proyecto anteriormente mencionado.

Así mismo, certifico que se ha realizado el pago correspondiente a los servicios prestados, de acuerdo con las condiciones pactadas entre las partes, bajo una periodicidad de pago semanal.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado, para los fines que estime pertinentes.

Cordialmente,



JEISON GERMAN RODRIGUEZ PINILLA
C.C. No. 80.172.425 de Bogotá D.C
Tel: 3134278699

CERTIFICACIÓN DE PAGO

Bogotá D.C., 17 de septiembre de 2026.

Yo, **JEISON GERMAN RODRIGUEZ PINILLA**, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.172.425 de Bogotá D.C., en calidad de responsable de la ejecución del proyecto CACOM 4, cuyo inicio tuvo lugar el 23 de agosto de 2026, por medio de la presente certifico que:

El señor **OTONIEL DEANTONIO VALDERRAMA** identificado con cédula de ciudadanía No. 80.512.796 de Bogotá D.C, se encuentra vinculado mediante contrato de prestación de servicios para el desarrollo de actividades relacionadas con la ejecución del proyecto anteriormente mencionado.

Así mismo, certifico que se ha realizado el pago correspondiente a los servicios prestados, de acuerdo con las condiciones pactadas entre las partes, bajo una periodicidad de pago semanal.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado, para los fines que estime pertinentes.

Cordialmente,



JEISON GERMAN RODRIGUEZ PINILLA
C.C. No. 80.172.425 de Bogotá D.C
Tel: 3134278699

CERTIFICACIÓN DE PAGO

Bogotá D.C., 17 de septiembre de 2026.

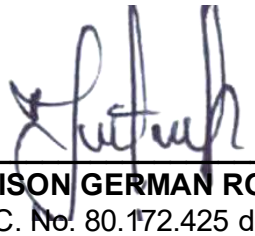
Yo, **JEISON GERMAN RODRIGUEZ PINILLA**, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.172.425 de Bogotá D.C., en calidad de responsable de la ejecución del proyecto CACOM 4, cuyo inicio tuvo lugar el 23 de agosto de 2026, por medio de la presente certifico que:

El señor **YIMMI ALEXANDER RODRÍGUEZ AMADO**, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.019.370 de Bogotá D.C., se encuentra vinculado mediante contrato de prestación de servicios para el desarrollo de actividades relacionadas con la ejecución del proyecto anteriormente mencionado.

Así mismo, certifico que se ha realizado el pago correspondiente a los servicios prestados, de acuerdo con las condiciones pactadas entre las partes, bajo una periodicidad de pago semanal.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado, para los fines que estime pertinentes.

Cordialmente,



JEISON GERMAN RODRIGUEZ PINILLA
C.C. No. 80.172.425 de Bogotá D.C
Tel: 3134278699

ANEXO-5
RPAZ Y SALVO

GRUPO ÉLITE Y ASOCIADOS S.A.S.
DISEÑOS & CONSTRUCCIONES
310 769 7575

GRUPO ELITE Y ASOCIADOS S.A.S
NIT: **901.747.796-9**

CERTIFICA:

Que el señor **Nolfo Benedicto Linares Beltrán**, identificado con cédula de ciudadanía No. **1.010.168.952**, quien se desempeña en el cargo de **Oficial**, con fecha de ingreso a la empresa **27 de agosto del 2026,** recibió el pago correspondiente a su salario, de acuerdo con las condiciones pactadas en su contrato de trabajo y dentro de los plazos establecidos por la empresa.

La presente certificación se expide en el marco de la ejecución del **CONTRATO No. 053-00-G-CACOM4-GRUAL-2026**, cuyo objeto es: **"MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO Y/O MEJORATIVO DE LOS BIENES INMUEBLES DEL COMANDO AÉREO DE COMBATE No. 4"**, con el fin de acreditar que la empresa ha cumplido oportunamente con el pago de los salarios y demás obligaciones laborales correspondientes al trabajador antes mencionado durante el período certificado.

Así mismo, se deja constancia de que, a la fecha de expedición de la presente certificación, la empresa se encuentra al día en el cumplimiento de las obligaciones laborales causadas y exigibles correspondientes al período certificado, incluyendo los conceptos salariales que resulten aplicables conforme a la naturaleza del vínculo laboral.

Se expide en la ciudad de Bogotá, a los 12 días del mes de septiembre del 2026.

Constancia de recibido del trabajador

Declaro haber recibido la presente certificación y manifiesto mi conformidad respecto al pago de mi salario correspondiente al período aquí certificado.

Nolfo Benedicto Linares Beltrán
C.C. No. **1.010.168.952**

Fecha de recibido: 12 / 09 / 2026

Firma: Nolfo Linares

1010168952.



GRUPO ÉLITE Y ASOCIADOS S.A.S.
DISEÑOS & CONSTRUCCIONES
310 769 7575

GRUPO ELITE Y ASOCIADOS S.A.S
NIT: **901.747.796-9**

CERTIFICA:

Que el señor **Danilo Arnulfo Beltrán Urrego**, identificado con cédula de ciudadanía No. **1.018.492.230**, quien se desempeña en el cargo de **Maestro**, con fecha de ingreso a la empresa **27 de agosto del 2026,** recibió el pago correspondiente a su salario, de acuerdo con las condiciones pactadas en su contrato de trabajo y dentro de los plazos establecidos por la empresa.

La presente certificación se expide en el marco de la ejecución del **CONTRATO No. 053-00-G-CACOM4-GRUAL-2026**, cuyo objeto es: **"MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO Y/O MEJORATIVO DE LOS BIENES INMUEBLES DEL COMANDO AÉREO DE COMBATE No. 4"**, con el fin de acreditar que la empresa ha cumplido oportunamente con el pago de los salarios y demás obligaciones laborales correspondientes al trabajador antes mencionado durante el período certificado.

Así mismo, se deja constancia de que, a la fecha de expedición de la presente certificación, la empresa se encuentra al día en el cumplimiento de las obligaciones laborales causadas y exigibles correspondientes al período certificado, incluyendo los conceptos salariales que resulten aplicables conforme a la naturaleza del vínculo laboral.

Se expide en la ciudad de Bogotá, a los 12 días del mes de septiembre del 2026.

Constancia de recibido del trabajador

Declaro haber recibido la presente certificación y manifiesto mi conformidad respecto al pago de mi salario correspondiente al período aquí certificado.

Danilo Arnulfo Beltrán Urrego
C.C. No. **1.018.492.230**

Fecha de recibido: 12 / 09 / 2026

Firma: Danilo Beltrán
1018492230



GRUPO ÉLITE Y ASOCIADOS S.A.S.
DISEÑOS & CONSTRUCCIONES
310 769 7575

GRUPO ELITE Y ASOCIADOS S.A.S
NIT: **901.747.796-9**

CERTIFICA:

Que el señor **Dairo Humberto Gonzalez Gonzalez**, identificado con cédula de ciudadanía No. **1.079.033.189**, quien se desempeña en el cargo de **Oficial Plomero**, con fecha de ingreso a la empresa **31 de agosto del 2026,** recibió el pago correspondiente a su salario, de acuerdo con las condiciones pactadas en su contrato de trabajo y dentro de los plazos establecidos por la empresa.

La presente certificación se expide en el marco de la ejecución del **CONTRATO No. 053-00-G-CACOM4-GRUAL-2026**, cuyo objeto es: **"MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO Y/O MEJORATIVO DE LOS BIENES INMUEBLES DEL COMANDO AÉREO DE COMBATE No. 4"**, con el fin de acreditar que la empresa ha cumplido oportunamente con el pago de los salarios y demás obligaciones laborales correspondientes al trabajador antes mencionado durante el período certificado.

Así mismo, se deja constancia de que, a la fecha de expedición de la presente certificación, la empresa se encuentra al día en el cumplimiento de las obligaciones laborales causadas y exigibles correspondientes al período certificado, incluyendo los conceptos salariales que resulten aplicables conforme a la naturaleza del vínculo laboral.

Se expide en la ciudad de Bogotá, a los 12 días del mes de septiembre del 2026.

Constancia de recibido del trabajador

Declaro haber recibido la presente certificación y manifiesto mi conformidad respecto al pago de mi salario correspondiente al período aquí certificado.

Dairo Humberto Gonzalez Gonzalez
C.C. No. **1.079.033.189**

Fecha de recibido: 12 / 09 / 2026

Firma: Dairo G
1.079.033.189



GRUPO ÉLITE Y ASOCIADOS S.A.S.
DISEÑOS & CONSTRUCCIONES
310 769 7575

GRUPO ELITE Y ASOCIADOS S.A.S
NIT: **901.747.796-9**

CERTIFICA:

Que el señor **Gilber Andrés Álvarez Pérez**, identificado con cédula de ciudadanía No. **1.106.894.421**, quien se desempeña en el cargo de **Ayudante de Obra**, con fecha de ingreso a la empresa **27 de agosto del 2026,** recibió el pago correspondiente a su salario, de acuerdo con las condiciones pactadas en su contrato de trabajo y dentro de los plazos establecidos por la empresa.

La presente certificación se expide en el marco de la ejecución del **CONTRATO No. 053-00-G-CACOM4-GRUAL-2026**, cuyo objeto es: **"MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO Y/O MEJORATIVO DE LOS BIENES INMUEBLES DEL COMANDO AÉREO DE COMBATE No. 4"**, con el fin de acreditar que la empresa ha cumplido oportunamente con el pago de los salarios y demás obligaciones laborales correspondientes al trabajador antes mencionado durante el período certificado.

Así mismo, se deja constancia de que, a la fecha de expedición de la presente certificación, la empresa se encuentra al día en el cumplimiento de las obligaciones laborales causadas y exigibles correspondientes al período certificado, incluyendo los conceptos salariales que resulten aplicables conforme a la naturaleza del vínculo laboral.

Se expide en la ciudad de Bogotá, a los 12 días del mes de septiembre del 2026.

Constancia de recibido del trabajador

Declaro haber recibido la presente certificación y manifiesto mi conformidad respecto al pago de mi salario correspondiente al período aquí certificado.

Gilber Andrés Álvarez Pérez
C.C. No. **1.106.894.421**

Fecha de recibido: 12 / 09 / 2026

Firma: Gilber Andres A. P.
1106894421



GRUPO ÉLITE Y ASOCIADOS S.A.S.
DISEÑOS & CONSTRUCCIONES
310 769 7576

GRUPO ELITE Y ASOCIADOS S.A.S
NIT: **901.747.796-9**

CERTIFICA:

Que el señor **Jhojan Alfonzo Jiménez cruz**, identificado con cédula de ciudadanía No. **91.446.378**, quien se desempeña en el cargo de **Oficial**, con fecha de ingreso a la empresa **27 de septiembre del 2026,** recibió el pago correspondiente a su salario, de acuerdo con las condiciones pactadas en su contrato de trabajo y dentro de los plazos establecidos por la empresa.

La presente certificación se expide en el marco de la ejecución del **CONTRATO No. 053-00-G-CACOM4-GRUAL-2026**, cuyo objeto es: **"MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO Y/O MEJORATIVO DE LOS BIENES INMUEBLES DEL COMANDO AÉREO DE COMBATE No. 4"**, con el fin de acreditar que la empresa ha cumplido oportunamente con el pago de los salarios y demás obligaciones laborales correspondientes al trabajador antes mencionado durante el período certificado.

Así mismo, se deja constancia de que, a la fecha de expedición de la presente certificación, la empresa se encuentra al día en el cumplimiento de las obligaciones laborales causadas y exigibles correspondientes al período certificado, incluyendo los conceptos salariales que resulten aplicables conforme a la naturaleza del vínculo laboral.

Se expide en la ciudad de Bogotá, a los 12 días del mes de septiembre del 2026.

Constancia de recibido del trabajador

Declaro haber recibido la presente certificación y manifiesto mi conformidad respecto al pago de mi salario correspondiente al período aquí certificado.

Jhojan Alfonzo Jiménez cruz,
C.C. No. **91.446.378**
Fecha de recibido: 12 / 09 / 2026
Firma:

91446378



GRUPO ÉLITE Y ASOCIADOS S.A.S.
DISEÑOS & CONSTRUCCIONES
310 789 7575

GRUPO ELITE Y ASOCIADOS S.A.S
NIT: **901.747.796-9**

CERTIFICA:

Que el señor **Breiner Orlando Linares Beltrán**, identificado con cédula de ciudadanía No. **1.069.282.005**, quien se desempeña en el cargo de **Ayudante de Obra**, con fecha de ingreso a la empresa **27 de agosto del 2026,** recibió el pago correspondiente a su salario, de acuerdo con las condiciones pactadas en su contrato de trabajo y dentro de los plazos establecidos por la empresa.

La presente certificación se expide en el marco de la ejecución del **CONTRATO No. 053-00-G-CACOM4-GRUAL-2026**, cuyo objeto es: **"MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO Y/O MEJORATIVO DE LOS BIENES INMUEBLES DEL COMANDO AÉREO DE COMBATE No. 4"**, con el fin de acreditar que la empresa ha cumplido oportunamente con el pago de los salarios y demás obligaciones laborales correspondientes al trabajador antes mencionado durante el período certificado.

Así mismo, se deja constancia de que, a la fecha de expedición de la presente certificación, la empresa se encuentra al día en el cumplimiento de las obligaciones laborales causadas y exigibles correspondientes al período certificado, incluyendo los conceptos salariales que resulten aplicables conforme a la naturaleza del vínculo laboral.

Se expide en la ciudad de Bogotá, a los 12 días del mes de septiembre del 2026.

Constancia de recibido del trabajador

Declaro haber recibido la presente certificación y manifiesto mi conformidad respecto al pago de mi salario correspondiente al período aquí certificado.

Breiner Orlando Linares Beltrán
C.C. No. 1.069.282.005

Fecha de recibido: 12 / 09 / 2026

Firma: Breiner Orlando
1069282005



GRUPO ÉLITE Y ASOCIADOS S.A.S.
DISEÑOS & CONSTRUCCIONES
310 769 7575

GRUPO ELITE Y ASOCIADOS S.A.S
NIT: **901.747.796-9**

CERTIFICA:

Que el señor **Iván Darío Muños**, identificado con cédula de ciudadanía No. **1.085.282.854,** quien se desempeña en el cargo de **Ayudante de Obra**, con fecha de ingreso a la empresa **31 de agosto del 2026,** recibió el pago correspondiente a su salario, de acuerdo con las condiciones pactadas en su contrato de trabajo y dentro de los plazos establecidos por la empresa.

La presente certificación se expide en el marco de la ejecución del **CONTRATO No. 053-00-G-CACOM4-GRUAL-2026**, cuyo objeto es: **"MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO Y/O MEJORATIVO DE LOS BIENES INMUEBLES DEL COMANDO AÉREO DE COMBATE No. 4"**, con el fin de acreditar que la empresa ha cumplido oportunamente con el pago de los salarios y demás obligaciones laborales correspondientes al trabajador antes mencionado durante el período certificado.

Así mismo, se deja constancia de que, a la fecha de expedición de la presente certificación, la empresa se encuentra al día en el cumplimiento de las obligaciones laborales causadas y exigibles correspondientes al período certificado, incluyendo los conceptos salariales que resulten aplicables conforme a la naturaleza del vínculo laboral.

Se expide en la ciudad de Bogotá, a los 12 días del mes de septiembre del 2026.

Constancia de recibido del trabajador

Declaro haber recibido la presente certificación y manifiesto mi conformidad respecto al pago de mi salario correspondiente al período aquí certificado.

Iván Darío Muños
C.C. No. **1.005.777.996**

Fecha de recibido: 12 / 09 / 2026

Firma: 1085282854

GRUPO ÉLITE Y ASOCIADOS S.A.S.
DISEÑOS & CONSTRUCCIONES
310 769 7575

GRUPO ELITE Y ASOCIADOS S.A.S
NIT: **901.747.796-9**

CERTIFICA:

Que el señor **Elver Figueroa Cárdenas**, identificado con cédula de ciudadanía No. **1.119.582.395**, quien se desempeña en el cargo de **Maestro**, con fecha de ingreso a la empresa **27 de Agosto del 2026,** recibió el pago correspondiente a su salario, de acuerdo con las condiciones pactadas en su contrato de trabajo y dentro de los plazos establecidos por la empresa.

La presente certificación se expide en el marco de la ejecución del **CONTRATO No. 053-00-G-CACOM4-GRUAL-2026**, cuyo objeto es: **"MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO Y/O MEJORATIVO DE LOS BIENES INMUEBLES DEL COMANDO AÉREO DE COMBATE No. 4"**, con el fin de acreditar que la empresa ha cumplido oportunamente con el pago de los salarios y demás obligaciones laborales correspondientes al trabajador antes mencionado durante el período certificado.

Así mismo, se deja constancia de que, a la fecha de expedición de la presente certificación, la empresa se encuentra al día en el cumplimiento de las obligaciones laborales causadas y exigibles correspondientes al período certificado, incluyendo los conceptos salariales que resulten aplicables conforme a la naturaleza del vínculo laboral.

Se expide en la ciudad de Bogotá, a los 12 días del mes de septiembre del 2026.

Constancia de recibido del trabajador

Declaro haber recibido la presente certificación y manifiesto mi conformidad respecto al pago de mi salario correspondiente al período aquí certificado.

Elver Figueroa Cárdenas
C.C. No. 1.119.582.395

Fecha de recibido: 12 / 09 / 2026

Firma: ELBER Figueroa
1119582395



GRUPO ÉLITE Y ASOCIADOS S.A.S.
DISEÑOS & CONSTRUCCIONES
310 789 7575

GRUPO ELITE Y ASOCIADOS S.A.S
NIT: **901.747.796-9**

CERTIFICA:

Que el señor **Luis Jailer Castro Rodriguez,** identificado con cédula de ciudadanía No. **1.024.470.065**, quien se desempeña en el cargo de **Oficial**, con fecha de ingreso a la empresa **31 de agosto del 2026,** recibió el pago correspondiente a su salario, de acuerdo con las condiciones pactadas en su contrato de trabajo y dentro de los plazos establecidos por la empresa.

La presente certificación se expide en el marco de la ejecución del **CONTRATO No. 053-00-G-CACOM4-GRUAL-2026**, cuyo objeto es: **"MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO Y/O MEJORATIVO DE LOS BIENES INMUEBLES DEL COMANDO AÉREO DE COMBATE No. 4"**, con el fin de acreditar que la empresa ha cumplido oportunamente con el pago de los salarios y demás obligaciones laborales correspondientes al trabajador antes mencionado durante el período certificado.

Así mismo, se deja constancia de que, a la fecha de expedición de la presente certificación, la empresa se encuentra al día en el cumplimiento de las obligaciones laborales causadas y exigibles correspondientes al período certificado, incluyendo los conceptos salariales que resulten aplicables conforme a la naturaleza del vínculo laboral.

Se expide en la ciudad de Bogotá, a los 12 días del mes de septiembre del 2026.

Constancia de recibido del trabajador

Declaro haber recibido la presente certificación y manifiesto mi conformidad respecto al pago de mi salario correspondiente al período aquí certificado.

Luis Jailer Castro Rodriguez
C.C. No. **1.024.470.065**

Fecha de recibido: 12 / 09 / 2026

Firma: _____

1024470065



GRUPO ÉLITE Y ASOCIADOS S.A.S.
DISEÑOS & CONSTRUCCIONES
310 769 7575

GRUPO ELITE Y ASOCIADOS S.A.S
NIT: **901.747.796-9**

CERTIFICA:

Que el señor **Santiago Ordóñez Rocha**, identificado con cédula de ciudadanía No. **1.005.777.996,** quien se desempeña en el cargo de **Ayudante de Obra**, con fecha de ingreso a la empresa **8 de septiembre del 2026,** recibió el pago correspondiente a su salario, de acuerdo con las condiciones pactadas en su contrato de trabajo y dentro de los plazos establecidos por la empresa.

La presente certificación se expide en el marco de la ejecución del **CONTRATO No. 053-00-G-CACOM4-GRUAL-2026**, cuyo objeto es: **"MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO Y/O MEJORATIVO DE LOS BIENES INMUEBLES DEL COMANDO AÉREO DE COMBATE No. 4"**, con el fin de acreditar que la empresa ha cumplido oportunamente con el pago de los salarios y demás obligaciones laborales correspondientes al trabajador antes mencionado durante el período certificado.

Así mismo, se deja constancia de que, a la fecha de expedición de la presente certificación, la empresa se encuentra al día en el cumplimiento de las obligaciones laborales causadas y exigibles correspondientes al período certificado, incluyendo los conceptos salariales que resulten aplicables conforme a la naturaleza del vínculo laboral.

Se expide en la ciudad de Bogotá, a los 12 días del mes de septiembre del 2026.

Constancia de recibido del trabajador

Declaro haber recibido la presente certificación y manifiesto mi conformidad respecto al pago de mi salario correspondiente al período aquí certificado.

Santiago Ordóñez Rocha
C.C. No. **1.005.777.996**

Fecha de recibido: 12 / 09 / 2026

Firma: SANTIAGO
1005777996

HIDROSAT
CONSTRUCTORES SAS

HIDROSAT CONSTRUCTORES S.A.S.
NIT: 901.106.444-1

CERTIFICA:

Que el señor(a) Juan Gonzalo Sierra., identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 19 418 126, quien se desempeña en el cargo de Oficial, con fecha de ingreso a la empresa 18/08/26, recibió el pago correspondiente a sus __ salarios, de acuerdo con las condiciones pactadas en su contrato de trabajo y dentro de los plazos establecidos por la empresa.
La presente certificación se expide en el marco de la ejecución del **CONTRATO No.05300-GCACOM4-GRUAL-2026**, cuyo objeto es: **"MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO Y/O MEJORATIVO DE LOS BIENES INMUEBLES DEL COMANDO AEREO DE COMBATE No. 4"**, con el fin de acreditar que la empresa ha cumplido oportunamente con el pago de los salarios y demás obligaciones laborales correspondientes al trabajador antes mencionado durante el período certificado. Así mismo, se deja constancia de que, a la fecha de expedición de la presente certificación, la empresa se encuentra al día en el cumplimiento de las obligaciones laborales causadas y exigibles correspondientes al período certificado, incluyendo los conceptos salariales que resulten aplicables conforme a la naturaleza del vínculo laboral.
Se expide en la ciudad de Bogotá, a los 15 días del mes de 09 del 26.

Constancia de recibido del trabajador

Declaro haber recibido la presente certificación y manifiesto mi conformidad respecto al pago de mi salario correspondiente al período aquí certificado.

NOMBRE: Juan Gonzalo.
C.C. No. 19 418 126
Fecha de recibido: 15/09/26

Firma: Juan Gonzalo

(+57) 311 684 9046
(+57) 313 793 1713
hidrosatconstructores@gmail.com
Cll 196 C # 18 - 72 / of. 401

HIDROSAT
CONSTRUCTORES SAS

HIDROSAT CONSTRUCTORES S.A.S.
NIT: 901.106.444-1

CERTIFICA:

Que el señor(a) Oswaldo Avendaño B., identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 79594.832, quien se desempeña en el cargo de oficial, con fecha de ingreso a la empresa 18/08/26, recibió el pago correspondiente a sus __ salarios, de acuerdo con las condiciones pactadas en su contrato de trabajo y dentro de los plazos establecidos por la empresa.
La presente certificación se expide en el marco de la ejecución del **CONTRATO No.05300-GCACOM4-GRUAL-2026**, cuyo objeto es: **"MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO Y/O MEJORATIVO DE LOS BIENES INMUEBLES DEL COMANDO AEREO DE COMBATE No. 4"**, con el fin de acreditar que la empresa ha cumplido oportunamente con el pago de los salarios y demás obligaciones laborales correspondientes al trabajador antes mencionado durante el período certificado.
Así mismo, se deja constancia de que, a la fecha de expedición de la presente certificación, la empresa se encuentra al día en el cumplimiento de las obligaciones laborales causadas y exigibles correspondientes al período certificado, incluyendo los conceptos salariales que resulten aplicables conforme a la naturaleza del vínculo laboral.
Se expide en la ciudad de Bogotá, a los 15 días del mes de 09 del 26.

Constancia de recibido del trabajador

Declaro haber recibido la presente certificación y manifiesto mi conformidad respecto al pago de mi salario correspondiente al período aquí certificado.

NOMBRE: Oswaldo A.
C.C. No. 79.599.832.
Fecha de recibido: 15/09 26

Firma: Oswaldo Avellaneda B

(+57) 311 684 9046
(+57) 313 793 1713
hidrosatconstructores@gmail.com
Cll 196 C # 18 - 72 / of. 401

HIDROSAT
CONSTRUCTORES SAS

HIDROSAT CONSTRUCTORES S.A.S.
NIT: 901.106.444-1

CERTIFICA:

Que el señor(a) Edilberto Puerto, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 3231347, quien se desempeña en el cargo de Oficial, con fecha de ingreso a la empresa 12/08/26, recibió el pago correspondiente a sus __ salarios, de acuerdo con las condiciones pactadas en su contrato de trabajo y dentro de los plazos establecidos por la empresa.
La presente certificación se expide en el marco de la ejecución del **CONTRATO No.05300-GCACOM4-GRUAL-2026**, cuyo objeto es: **"MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO Y/O MEJORATIVO DE LOS BIENES INMUEBLES DEL COMANDO AEREO DE COMBATE No. 4"**, con el fin de acreditar que la empresa ha cumplido oportunamente con el pago de los salarios y demás obligaciones laborales correspondientes al trabajador antes mencionado durante el período certificado. Así mismo, se deja constancia de que, a la fecha de expedición de la presente certificación, la empresa se encuentra al día en el cumplimiento de las obligaciones laborales causadas y exigibles correspondientes al período certificado, incluyendo los conceptos salariales que resulten aplicables conforme a la naturaleza del vínculo laboral.
Se expide en la ciudad de Bogotá, a los 15 días del mes de 09 del 26.

Constancia de recibido del trabajador

Declaro haber recibido la presente certificación y manifiesto mi conformidad respecto al pago de mi salario correspondiente al período aquí certificado.

NOMBRE: Edilberto Fonseca.
C.C. No. 3231347
Fecha de recibido:

Firma: Ediberto Fonseca

(+57) 311 684 9046
(+57) 313 793 1713
hidrosatconstructores@gmail.com
Cll 196 C # 18 - 72 / of. 401

HIDROSAT
CONSTRUCTORES SAS

HIDROSAT CONSTRUCTORES S.A.S.
NIT: 901.106.444-1

CERTIFICA:

Que el señor(a) Edwin Alexander cabezas, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1022968427, quien se desempeña en el cargo de Ayudante f., con fecha de ingreso a la empresa 1e/08/26, recibió el pago correspondiente a sus __ salarios, de acuerdo con las condiciones pactadas en su contrato de trabajo y dentro de los plazos establecidos por la empresa.
La presente certificación se expide en el marco de la ejecución del **CONTRATO No.05300-GCACOM4-GRUAL-2026**, cuyo objeto es: **"MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO Y/O MEJORATIVO DE LOS BIENES INMUEBLES DEL COMANDO AEREO DE COMBATE No. 4"**, con el fin de acreditar que la empresa ha cumplido oportunamente con el pago de los salarios y demás obligaciones laborales correspondientes al trabajador antes mencionado durante el período certificado.
Así mismo, se deja constancia de que, a la fecha de expedición de la presente certificación, la empresa se encuentra al día en el cumplimiento de las obligaciones laborales causadas y exigibles correspondientes al período certificado, incluyendo los conceptos salariales que resulten aplicables conforme a la naturaleza del vínculo laboral.
Se expide en la ciudad de Bogotá, a los 15 días del mes de 09 del 26.

Constancia de recibido del trabajador

Declaro haber recibido la presente certificación y manifiesto mi conformidad respecto al pago de mi salario correspondiente al período aquí certificado.

NOMBRE: Edwin Cabezas
C.C. No. 1022968427
Fecha de recibido: 15-09-26

Firma: _____

(+57) 311 684 9046
(+57) 313 793 1713
hidrosatconstructores@gmail.com
Cll 196 C # 18 - 72 / of 401

HIDROSAT
CONSTRUCTORES SAS

HIDROSAT CONSTRUCTORES S.A.S.
NIT: 901.106.444-1

CERTIFICA:

Que el señor(a) Orlando KAYO, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1106895308 quien se desempeña en el cargo de Ayudante, con fecha de ingreso a la empresa 16/08/26, recibió el pago correspondiente a sus __ salarios, de acuerdo con las condiciones pactadas en su contrato de trabajo y dentro de los plazos establecidos por la empresa.
La presente certificación se expide en el marco de la ejecución del **CONTRATO No.05300-GCACOM4-GRUAL-2026**, cuyo objeto es: **"MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO Y/O MEJORATIVO DE LOS BIENES INMUEBLES DEL COMANDO AEREO DE COMBATE No. 4"**, con el fin de acreditar que la empresa ha cumplido oportunamente con el pago de los salarios y demás obligaciones laborales correspondientes al trabajador antes mencionado durante el período certificado.
Así mismo, se deja constancia de que, a la fecha de expedición de la presente certificación, la empresa se encuentra al día en el cumplimiento de las obligaciones laborales causadas y exigibles correspondientes al período certificado, incluyendo los conceptos salariales que resulten aplicables conforme a la naturaleza del vínculo laboral.
Se expide en la ciudad de Bogotá, a los 15 días del mes de 09 del 2026.

Constancia de recibido del trabajador

Declaro haber recibido la presente certificación y manifiesto mi conformidad respecto al pago de mi salario correspondiente al período aquí certificado.

NOMBRE: Orlando KAYO
C.C. No. 1106 895 308
Fecha de recibido: 15/09/26

Firma: _____

(+57) 311 684 9046
(+57) 313 793 1713
hidrosatconstructores@gmail.com
Cll 196 C # 18 - 72 / of. 401

HIDROSAT
CONSTRUCTORES SAS

HIDROSAT CONSTRUCTORES S.A.S.
NIT: 901.106.444-1

CERTIFICA:

Que el señor(a) Luis Alberto Molina Parda, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 19380720, quien se desempeña en el cargo de Electrico, con fecha de ingreso a la empresa 15/09/2026, recibió el pago correspondiente a sus __ salarios, de acuerdo con las condiciones pactadas en su contrato de trabajo y dentro de los plazos establecidos por la empresa.
La presente certificación se expide en el marco de la ejecución del **CONTRATO No.05300-GCACOM4-GRUAL-2026**, cuyo objeto es: **"MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO Y/O MEJORATIVO DE LOS BIENES INMUEBLES DEL COMANDO AEREO DE COMBATE No. 4"**, con el fin de acreditar que la empresa ha cumplido oportunamente con el pago de los salarios y demás obligaciones laborales correspondientes al trabajador antes mencionado durante el período certificado. Así mismo, se deja constancia de que, a la fecha de expedición de la presente certificación, la empresa se encuentra al día en el cumplimiento de las obligaciones laborales causadas y exigibles correspondientes al período certificado, incluyendo los conceptos salariales que resulten aplicables conforme a la naturaleza del vínculo laboral.
Se expide en la ciudad de Bogotá, a los 15 días del mes de 09 del _____.

Constancia de recibido del trabajador

Declaro haber recibido la presente certificación y manifiesto mi conformidad respecto al pago de mi salario correspondiente al período aquí certificado.

Luis Alberto Molina

NOMBRE:
C.C. No. 19380720
Fecha de recibido:

Firma: _____

(+57) 311 684 9046
(+57) 313 793 1713
hidrosatconstructores@gmail.com
Cll 196 C # 18 - 72 / of. 401

HIDROSAT
CONSTRUCTORES SAS

HIDROSAT CONSTRUCTORES S.A.S.
NIT: 901.106.444-1

CERTIFICA:

Que el señor(a) Rusbel Wesman Garay Gragales, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1005855895, quien se desempeña en el cargo de oficial., con fecha de ingreso a la empresa 18/08/2026, recibió el pago correspondiente a sus __ salarios, de acuerdo con las condiciones pactadas en su contrato de trabajo y dentro de los plazos establecidos por la empresa.
La presente certificación se expide en el marco de la ejecución del **CONTRATO No.05300-GCACOM4-GRUAL-2026**, cuyo objeto es: **"MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO Y/O MEJORATIVO DE LOS BIENES INMUEBLES DEL COMANDO AEREO DE COMBATE No. 4"**, con el fin de acreditar que la empresa ha cumplido oportunamente con el pago de los salarios y demás obligaciones laborales correspondientes al trabajador antes mencionado durante el período certificado.
Así mismo, se deja constancia de que, a la fecha de expedición de la presente certificación, la empresa se encuentra al día en el cumplimiento de las obligaciones laborales causadas y exigibles correspondientes al período certificado, incluyendo los conceptos salariales que resulten aplicables conforme a la naturaleza del vínculo laboral.
Se expide en la ciudad de Bogotá, a los 15 días del mes de 09 del 2026.

Constancia de recibido del trabajador

Declaro haber recibido la presente certificación y manifiesto mi conformidad respecto al pago de mi salario correspondiente al período aquí certificado.

NOMBRE: Rusbel García
C.C. No. 1005855895
Fecha de recibido: 15-09-26

Firma: _____

(+57) 311 684 9046
(+57) 313 793 1713
hidrosatconstructores@gmail.com
Cll 196 C # 18 - 72 / of 401

HIDROSAT
CONSTRUCTORES SAS

HIDROSAT CONSTRUCTORES S.A.S.
NIT: 901.106.444-1

CERTIFICA:

Que el señor(a) Camilo Andres nieto lombana, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1070625009, quien se desempeña en el cargo de ayudante, con fecha de ingreso a la empresa _____, recibió el pago correspondiente a sus __ salarios, de acuerdo con las condiciones pactadas en su contrato de trabajo y dentro de los plazos establecidos por la empresa.
La presente certificación se expide en el marco de la ejecución del **CONTRATO No.05300-GCACOM4-GRUAL-2026**, cuyo objeto es: **"MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO Y/O MEJORATIVO DE LOS BIENES INMUEBLES DEL COMANDO AEREO DE COMBATE No. 4"**, con el fin de acreditar que la empresa ha cumplido oportunamente con el pago de los salarios y demás obligaciones laborales correspondientes al trabajador antes mencionado durante el período certificado.
Así mismo, se deja constancia de que, a la fecha de expedición de la presente certificación, la empresa se encuentra al día en el cumplimiento de las obligaciones laborales causadas y exigibles correspondientes al período certificado, incluyendo los conceptos salariales que resulten aplicables conforme a la naturaleza del vínculo laboral.
Se expide en la ciudad de Bogotá, a los 15 días del mes de 09 del 2026.

Constancia de recibido del trabajador

Declaro haber recibido la presente certificación y manifiesto mi conformidad respecto al pago de mi salario correspondiente al período aquí certificado.

NOMBRE: Camilo Andrés Nieto
C.C. No. 1070625009
Fecha de recibido: 15-09-2026
Firma: _____

(+57) 311 684 9046
(+57) 313 793 1713
hidrosatconstructores@gmail.com
Cll 196 C # 18 - 72 / of 401

HIDROSAT
CONSTRUCTORES SAS

HIDROSAT CONSTRUCTORES S.A.S.
NIT: 901.106.444-1

CERTIFICA:

Que el señor(a) JUAN DE DIOS BARRAGAN D, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 3229727, quien se desempeña en el cargo de MAESTRO GENERAL con fecha de ingreso a la empresa 10/09/26, recibió el pago correspondiente a sus __ salarios, de acuerdo con las condiciones pactadas en su contrato de trabajo y dentro de los plazos establecidos por la empresa.
La presente certificación se expide en el marco de la ejecución del **CONTRATO No.05300-GCACOM4-GRUAL-2026**, cuyo objeto es: **"MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO Y/O MEJORATIVO DE LOS BIENES INMUEBLES DEL COMANDO AEREO DE COMBATE No. 4"**, con el fin de acreditar que la empresa ha cumplido oportunamente con el pago de los salarios y demás obligaciones laborales correspondientes al trabajador antes mencionado durante el período certificado.
Así mismo, se deja constancia de que, a la fecha de expedición de la presente certificación, la empresa se encuentra al día en el cumplimiento de las obligaciones laborales causadas y exigibles correspondientes al período certificado, incluyendo los conceptos salariales que resulten aplicables conforme a la naturaleza del vínculo laboral.
Se expide en la ciudad de Bogotá, a los 15 días del mes de 09 del 2026.

Constancia de recibido del trabajador

Declaro haber recibido la presente certificación y manifiesto mi conformidad respecto al pago de mi salario correspondiente al período aquí certificado.

NOMBRE: JUAN BARRAGAN
C.C. No. 3229727
Fecha de recibido:

Firma:

(+57) 311 684 9046
(+57) 313 793 1713
hidrosatconstructores@gmail.com
Cll 196 C # 18 - 72 / of 401

HIDROSAT
CONSTRUCTORES SAS

HIDROSAT CONSTRUCTORES S.A.S.
NIT: 901.106.444-1

CERTIFICA:

Que el señor(a) Miguel Angel Quesada., identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 80503754, quien se desempeña en el cargo de Oficial, con fecha de ingreso a la empresa 18/08/26, recibió el pago correspondiente a sus __ salarios, de acuerdo con las condiciones pactadas en su contrato de trabajo y dentro de los plazos establecidos por la empresa.
La presente certificación se expide en el marco de la ejecución del **CONTRATO No.05300-GCACOM4-GRUAL-2026**, cuyo objeto es: **"MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO Y/O MEJORATIVO DE LOS BIENES INMUEBLES DEL COMANDO AEREO DE COMBATE No. 4"**, con el fin de acreditar que la empresa ha cumplido oportunamente con el pago de los salarios y demás obligaciones laborales correspondientes al trabajador antes mencionado durante el período certificado.
Así mismo, se deja constancia de que, a la fecha de expedición de la presente certificación, la empresa se encuentra al día en el cumplimiento de las obligaciones laborales causadas y exigibles correspondientes al período certificado, incluyendo los conceptos salariales que resulten aplicables conforme a la naturaleza del vínculo laboral.
Se expide en la ciudad de Bogotá, a los 15 días del mes de 09 del 26.

Constancia de recibido del trabajador

Declaro haber recibido la presente certificación y manifiesto mi conformidad respecto al pago de mi salario correspondiente al período aquí certificado.

NOMBRE: Miguel Angel Quesada
C.C. No. 80503754
Fecha de recibido:

Firma: _____

(+57) 311 684 9046
(+57) 313 793 1713
hidrosatconstructores@gmail.com
Cll 196 C # 18 - 72 / of. 401

MULTI SERVICIOS INTEGRALES OM SAS
NIT: 900089104-5

CERTIFICA:

Que el señor(a) JUAN ARTURO ALVAREZ FONSO, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 19 373 122, quien se desempeña en el cargo de ELECTRICO, con fecha de ingreso a la empresa 18/08/26, recibió el pago correspondiente a sus __ salarios, de acuerdo con las condiciones pactadas en su contrato de trabajo y dentro de los plazos establecidos por la empresa.
La presente certificación se expide en el marco de la ejecución del **CONTRATO No.05300-GCACOM4-GRUAL-2026**, cuyo objeto es: **"MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO Y/O MEJORATIVO DE LOS BIENES INMUEBLES DEL COMANDO AEREO DE COMBATE No. 4"**, con el fin de acreditar que la empresa ha cumplido oportunamente con el pago de los salarios y demás obligaciones laborales correspondientes al trabajador antes mencionado durante el período certificado.
Así mismo, se deja constancia de que, a la fecha de expedición de la presente certificación, la empresa se encuentra al día en el cumplimiento de las obligaciones laborales causadas y exigibles correspondientes al período certificado, incluyendo los conceptos salariales que resulten aplicables conforme a la naturaleza del vínculo laboral.
Se expide en la ciudad de Bogotá, a los 15 días del mes de 09 del 2026.

Constancia de recibido del trabajador

Declaro haber recibido la presente certificación y manifiesto mi conformidad respecto al pago de mi salario correspondiente al período aquí certificado.

NOMBRE: Juan Arturo A.
C.C. No. 19 373 122
Fecha de recibido: 15

Firma: Juan Arturo

MULTI SERVICIOS INTEGRALES OM SAS

NIT: 900089104-5

CERTIFICA:

Que el señor(a) Ruben Dario V., identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 79546121, quien se desempeña en el cargo de Electrico, con fecha de ingreso a la empresa 12/08/26, recibió el pago correspondiente a sus __ salarios, de acuerdo con las condiciones pactadas en su contrato de trabajo y dentro de los plazos establecidos por la empresa.

La presente certificación se expide en el marco de la ejecución del **CONTRATO No.05300-GCACOM4-GRUAL-2026**, cuyo objeto es: **"MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO Y/O MEJORATIVO DE LOS BIENES INMUEBLES DEL COMANDO AEREO DE COMBATE No. 4"**, con el fin de acreditar que la empresa ha cumplido oportunamente con el pago de los salarios y demás obligaciones laborales correspondientes al trabajador antes mencionado durante el período certificado.

Así mismo, se deja constancia de que, a la fecha de expedición de la presente certificación, la empresa se encuentra al día en el cumplimiento de las obligaciones laborales causadas y exigibles correspondientes al período certificado, incluyendo los conceptos salariales que resulten aplicables conforme a la naturaleza del vínculo laboral.

Se expide en la ciudad de Bogotá, a los 15 días del mes de 09 del 26.

Constancia de recibido del trabajador

Declaro haber recibido la presente certificación y manifiesto mi conformidad respecto al pago de mi salario correspondiente al período aquí certificado.

NOMBRE: Ruben Dario V.

C.C. No. 79546121

Fecha de recibido: 15/09/26

Firma: _____

MULTI SERVICIOS INTEGRALES OM SAS

NIT: 900089104-5

CERTIFICA:

Que el señor(a) Deyanira Rincon P., identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52276456, quien se desempeña en el cargo de Ayudante, con fecha de ingreso a la empresa 18/09/26, recibió el pago correspondiente a sus __ salarios, de acuerdo con las condiciones pactadas en su contrato de trabajo y dentro de los plazos establecidos por la empresa.

La presente certificación se expide en el marco de la ejecución del **CONTRATO No.05300-GCACOM4-GRUAL-2026**, cuyo objeto es: **"MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO Y/O MEJORATIVO DE LOS BIENES INMUEBLES DEL COMANDO AEREO DE COMBATE No. 4"**, con el fin de acreditar que la empresa ha cumplido oportunamente con el pago de los salarios y demás obligaciones laborales correspondientes al trabajador antes mencionado durante el período certificado.

Así mismo, se deja constancia de que, a la fecha de expedición de la presente certificación, la empresa se encuentra al día en el cumplimiento de las obligaciones laborales causadas y exigibles correspondientes al período certificado, incluyendo los conceptos salariales que resulten aplicables conforme a la naturaleza del vínculo laboral.

Se expide en la ciudad de Bogotá, a los 15 días del mes de 09 del 26.

Constancia de recibido del trabajador

Declaro haber recibido la presente certificación y manifiesto mi conformidad respecto al pago de mi salario correspondiente al período aquí certificado.

NOMBRE: Deyanira Rincon Prieto

C.C. No. 52276456

Fecha de recibido:

Firma: _____

ANEXO-6
ACTA COPASST

SOLTEC
/Proyectos de Ingeniería S.A.S.

ACTA DE NOMBRAMIENTO DE VIGÍAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO – SST

ACTA No. 01

PROYECTO / OBRA: CONTRATO No. 053-00-G-CACOM4-GRUAL-2026 Cuyo Objeto es: "MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO Y/O MEJORATIVO DE LOS BIENES INMUEBLES DEL COMANDO AÉREO DE COMBATE No. 4"

UBICACIÓN DE LA OBRA: CACOM 4, Melgar Tolima.

CONTRATISTA PRINCIPAL: SOLTEC Proyectos de Ingeniería SAS

FECHA: 31 de agosto de 2026

1. OBJETO DEL ACTA

En la ciudad de Melgar, Tolima, siendo las 10 am del día 31 de agosto de 2026, se realiza la presente acta con el fin de dejar constancia del nombramiento y designación de los Vigías de Seguridad y Salud en el Trabajo – SST de las empresas subcontratistas que desarrollan actividades dentro de la obra, con el propósito de fortalecer la gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, promover la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales y facilitar la comunicación entre los trabajadores, las empresas subcontratistas, el contratista principal y la coordinación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo – SG-SST.

Los Vigías SST designados desarrollarán sus funciones dentro de sus respectivas empresas y frentes de trabajo, participando en las actividades de prevención, promoción y control de los riesgos presentes durante la ejecución de la obra.

2. RELACIÓN DE VIGÍAS SST DESIGNADOS

A continuación, se relacionan los Vigías de Seguridad y Salud en el Trabajo designados por las empresas subcontratistas que ejecutan actividades dentro de la obra:

EMPRESA	NOMBRE DEL VIGÍA SST	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
SOLTEC	José Luis Cortes	93130327	Ingeniero Civil	
GRUPO ELITE	Yerson González	1.069.900.188	Supervisor	
NEG INGENIERIA	Jeison German Rodríguez	80.172.425	Supervisor	
HIDROSAT	Juan de Dios Baracaldo	3.229.727	Maestro de obra	
MULTISERVICIOS	Juan Arturo Álvarez	19.373.122	Técnico Electricista	

3. FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DE LOS VIGÍAS SST

Los Vigías de Seguridad y Salud en el Trabajo designados tendrán, dentro del ámbito de sus respectivas empresas y actividades desarrolladas en la obra, las siguientes responsabilidades:

- Promover entre los trabajadores el cumplimiento de las normas y procedimientos de Seguridad y Salud en el Trabajo establecidos para la ejecución de la obra.

- Apoyar la identificación de peligros, evaluación de riesgos y adopción de medidas de prevención y control.

- Informar oportunamente al representante de su empresa y al responsable del SG-SST sobre condiciones o actos inseguros identificados durante la ejecución de las actividades.

- Promover el uso adecuado, cuidado, mantenimiento y reposición de los Elementos de Protección Personal – EPP.

- Apoyar la realización de inspecciones de seguridad en las áreas y frentes de trabajo.

- Promover entre los trabajadores la participación en las actividades de capacitación, inducción, reinducción y charlas de Seguridad y Salud en el Trabajo.

- Comunicar oportunamente las condiciones de riesgo que puedan afectar la seguridad y salud de los trabajadores o de terceros presentes en la obra.

- Apoyar la investigación y análisis de incidentes y accidentes de trabajo, cuando sean requeridos por la empresa o el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

- Promover el cumplimiento de las normas de seguridad establecidas para trabajos de alto riesgo y demás actividades desarrolladas en la obra.

- Participar y apoyar las actividades establecidas dentro del SG-SST de su respectiva empresa y las disposiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo implementadas en la obra.

- Servir como canal de comunicación entre los trabajadores de su empresa subcontratista y los responsables de Seguridad y Salud en el Trabajo.

- Informar a los trabajadores sobre las medidas preventivas establecidas frente a los peligros y riesgos propios de las actividades desarrolladas.

4. COMPROMISOS DE LA EMPRESA Y SUBCONTRATISTAS

Las empresas subcontratistas se comprometen a:

- Garantizar la participación de sus trabajadores y Vigías SST en las actividades programadas de Seguridad y Salud en el Trabajo.

- Cumplir con los requisitos legales y normativos aplicables en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo.

- Garantizar la afiliación y pago oportuno al Sistema General de Seguridad Social Integral de sus trabajadores.

- Suministrar los Elementos de Protección Personal requeridos de acuerdo con los riesgos de las actividades desarrolladas.

- Informar oportunamente al contratista principal y al responsable de SST sobre cualquier incidente, accidente de trabajo o condición de riesgo presentada en la obra.

- Acatar las normas, procedimientos y medidas de prevención establecidas para el proyecto.

- Facilitar la participación de los Vigías SST en las actividades relacionadas con la prevención y promoción de la seguridad y salud en el trabajo.

5. ACEPTACIÓN DEL NOMBRAMIENTO

Los trabajadores relacionados en la presente acta manifiestan conocer las responsabilidades inherentes a su designación como Vigías de Seguridad y Salud en el Trabajo – SST, y aceptan ejercer sus funciones con responsabilidad y compromiso, promoviendo la prevención de accidentes de trabajo, enfermedades laborales y demás situaciones que puedan afectar la seguridad y salud de los trabajadores durante la ejecución de la obra.

Así mismo, se comprometen a informar oportunamente las condiciones de riesgo identificadas y a apoyar las actividades preventivas establecidas por sus respectivas empresas y por la coordinación de Seguridad y Salud en el Trabajo del proyecto.

6. VIGENCIA

Los Vigías SST ejercerán sus funciones durante el tiempo que permanezcan vinculados a sus respectivas empresas subcontratistas y desarrollen actividades dentro de la obra, o hasta tanto sean reemplazados formalmente por sus respectivas empresas.

El presente nombramiento no reemplaza las obligaciones legales que corresponden a cada empleador o empresa subcontratista frente a la implementación y cumplimiento de su Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo – SG-SST.

7. CIERRE DEL ACTA

No siendo otro el objeto de la presente acta, se da por terminada la reunión siendo las 11 am, del día 31 de agosto del 2026, previa lectura y aprobación de su contenido por parte de los asistentes.

Para constancia, se firma:

RESPONSABLES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO – SST DE LA OBRA

Firma: _____

Nombre: CRISTINA ROCIO CADENA CELIS

C.C. No: 65.824.017

Firma: _____

Nombre: ELCY JOHANA GUERRA PARDO

C.C. No: 36.294.342

SOLTEC
/Proyectos de Ingeniería S.A.S.

FIRMAS DE ACEPTACIÓN DE LOS VIGÍAS SST

EMPRESA	NOMBRE DEL VIGÍA SST	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
SOLTEC	José Luis Cortes	93130327	Ingeniero Civil	
GRUPO ELITE	Yerson González	1.069.900.188	Supervisor	
NEG INGENIERIA	Jeison German Rodríguez	80.172.425	Supervisor	
HIDROSAT	Juan de Dios Baracaldo	3.229.727	Maestro de obra	
MULTISERVICIOS	Juan Arturo Álvarez	19.373.122	Técnico Electricista	

Atentamente,

ING. DIDIER FABIAN ACOSTA BELTRÁN
REPRESENTANTE LEGAL
SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERÍA S.A.S

ANEXO-7
CAPACITACIÓN COPASST

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S.	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SST-FT-AC-003
		Version: 3
	ASISTENCIA A CAPACITACIÓN	Fecha: 28/05/2026

TIPO: Charla ☐	Capacitación ☐	Entrenamiento ☐	Otro ☐	Divulgación ☒	
Fecha: 31/08/2026	**Lugar:** CACOM 4			**Duración:** 30 MIN	
Realizada por: SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERIA S.A.S ☒ Ente Externo ☐			**Si es externo:** ¿Cuál? N.A		
			Genera costo: SI ☐ NO ☐ Monto $ N.A		

TEMA(S): Conformación del COPASST y COCOLAB y Socialización de Funciones

OBJETIVO(S): Dar a conocer a los trabajadores el proceso de conformación y participación en el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST) y el Comité de Convivencia Laboral (COCOLAB), socializando sus funciones, responsabilidades, mecanismos de participación y canales de comunicación, con el fin de promover la participación activa de los trabajadores, fortalecer la prevención de riesgos laborales, fomentar una adecuada convivencia en el entorno de trabajo y contribuir al mejoramiento continuo del SG-SST.

Nombre del Capacitador: Cristina Rocio Cadena Celis	**Firma :** **Licencia en SST:** Renovación Lic. Res. 0518 - 08/05/2017
Se requiere evaluación del tema? SI ☐ NO ☒	**Se requiere verificar eficacia?** SI ☐ NO ☒
Nombre del Verificador de eficacia: N.A	**Firma :** N.A

LISTADO DE ASISTENCIA

No.	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA	EFICACIA Fecha: N.A Se cumplio el Objetivo? SI	NO
1	Hernando Rubiano Bernal	79050176	Ayudante		—	—
2	Jorge Eliecer Aponte Cárdenas	80171523	Plomero		—	—
3	Pedro José Rodríguez Rodríguez	80174522	Ingeniero Electrico		—	—
4	Jeison German Rodriguez Pinilla	80172425	Supervisor		—	—
5	Cristian Eduardo Diaz Rodriguez	1032357800	Oficial		—	—
6	Jhon Jairo Maldonado Gomez	79720925	Oficial		—	—
7	Yimmy Alexander Rodríguez Amado	80019370	Ayudante		—	—
8	Otoniel Deantonio Valderrama	80512796	Ayudante		—	—
9	John Alexander Puerto Casas	80028451	Eléctrico		—	—
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S.	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SST-FT-AC-003
		Versión: 3
	ASISTENCIA A CAPACITACIÓN	Fecha: 28/05/2026

TIPO: Charla ☐	Capacitación ☐	Entrenamiento ☐	Otro ☐ Divulgación ☒	
Fecha: 31/08/2026	**Lugar:** CACOM 4		**Duración:** 30 MIN	
Realizada por: SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERIA S.A.S ☒ Ente Externo ☐			**Si es externo: ¿Cuál?** N.A **Genera costo:** SI ☐ NO ☐ **Monto $** N.A	
TEMA(S): Conformación del COPASST y COCOLAB y Socialización de Funciones				
OBJETIVO(S): Dar a conocer a los trabajadores el proceso de conformación y participación en el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST) y el Comité de Convivencia Laboral (COCOLAB), socializando sus funciones, responsabilidades, mecanismos de participación y canales de comunicación, con el fin de promover la participación activa de los trabajadores, fortalecer la prevención de riesgos laborales, fomentar una adecuada convivencia en el entorno de trabajo y contribuir al mejoramiento continuo del SG-SST.				
Nombre del Capacitador: Cristina Rocio Cadena Celis			**Firma :** **Licencia en SST:** Renovación Lic. Res. 0518 - 08/05/2017	
Se requiere evaluación del tema? SI ☐ NO ☒			**Se requiere verificar eficacia?** SI ☐ NO ☒	
Nombre del Verificador de eficacia: N.A			**Firma :** N.A	

LISTADO DE ASISTENCIA

No.	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA	EFICACIA Fecha: N.A — Se cumplio el Objetivo? SI	NO
1	Juan Camilo Baracaldo Nemeguen	1.020.713.140	Supervisor		—	—
2	Edwin Alexander Cabezas Quesada	1.022.968.427	Oficial		—	—
3	Miguel Ángel Quesada Trujillo	80.503.754	Oficial		—	—
4	Oswaldo Avellaneda Barrera	79.594.832	Oficial		—	—
5	Edilberto Fonseca Puerto	3.231.347	Oficial		—	—
6	Juan Gonzalo Sierra	19.418.126	Oficial		—	—
7	Luis Alberto Molina Bocanegra	19.380.720	Ayudante		—	—
8	Juan de Dios Baracaldo Diaz	3.229.727	Maestro de obra		—	—
9	Rusbel Weimer García Grajales	1.005.855.845	Oficial		—	—
10	Orlando Gómez Gallo	1.106.896.308	Ayudante		—	—
11	Juan Arturo Álvarez Forero	19.373.122	Electrico		—	—
12	Deyanira Rincón Prieto	52.276.456	Ayudante Electrico		—	—
13	Rubén Darío Vásquez Pineda	79.546.121	Ayudante Electrico		—	—
14	Camilo Andrés Nieto Lombana	1.070.625.009	Ayudante		—	—
15						
16						
17						
18						
19						
20						

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S.	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SST-FT-AC-003
		Version: 3
	ASISTENCIA A CAPACITACIÓN	Fecha: 28/05/2026

TIPO: Charla ☐ Capacitación ☐ Entrenamiento ☐ Otro ☐ Divulgación ☒

Fecha: 31/08/2026 | **Lugar:** CACOM 4 | **Duración:** 30 MIN

Realizada por:

SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERIA S.A.S ☒ **Ente Externo** ☐

Si es externo: ¿Cuál? N.A

Genera costo: SI ☐ NO ☐ **Monto $** N.A

TEMA(S): Conformación del COPASST y COCOLAB y Socialización de Funciones

OBJETIVO(S): Dar a conocer a los trabajadores el proceso de conformación y participación en el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST) y el Comité de Convivencia Laboral (COCOLAB), socializando sus funciones, responsabilidades, mecanismos de participación y canales de comunicación, con el fin de promover la participación activa de los trabajadores, fortalecer la prevención de riesgos laborales, fomentar una adecuada convivencia en el entorno de trabajo y contribuir al mejoramiento continuo del SG-SST.

Nombre del Capacitador: Cristina Rocio Cadena Celis

Firma :

Licencia en SST: Renovación Lic. Res. 0518 - 08/05/2017

Se requiere evaluación del tema? SI ☐ NO ☒

Se requiere verificar eficacia? SI ☐ NO ☒

Nombre del Verificador de eficacia: N.A

Firma : N.A

LISTADO DE ASISTENCIA

No.	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA	EFICACIA Fecha: N.A — Se cumplio el Objetivo? SI	NO
1	John Gerardo Bautista Hernández	1020718924	Residente de Obra			
2	José Luis Cortés Prada	93130327	Ingeniero Civil			
3	Edisson Fabian Mahecha Cortes	1106899805	Auxiliar de Ingenieria	Edisson M.		
4	Elcy Johana Guerra Pardo	36294342	Profesional SST			
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

SOLTEC Proyectos de Ingenieria S.A.S.	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SST-FT-AC-003
		Version: 3
	ASISTENCIA A CAPACITACIÓN	Fecha: 28/05/2026

TIPO: Charla ☐	Capacitación ☐	Entrenamiento ☐	Otro ☐	Divulgación [x]	
Fecha: 31/08/2026	**Lugar:** CACOM 4			**Duración:** 30 MIN	
Realizada por: SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERIA S.A.S [x] Ente Externo ☐			**Si es externo:** ¿Cuál? N.A		
			Genera costo: SI ☐ NO ☐ Monto $ N.A		

TEMA(S): Conformación del COPASST y COCOLAB y Socialización de Funciones

OBJETIVO(S): Dar a conocer a los trabajadores el proceso de conformación y participación en el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST) y el Comité de Convivencia Laboral (COCOLAB), socializando sus funciones, responsabilidades, mecanismos de participación y canales de comunicación, con el fin de promover la participación activa de los trabajadores, fortalecer la prevención de riesgos laborales, fomentar una adecuada convivencia en el entorno de trabajo y contribuir al mejoramiento continuo del SG-SST.

Nombre del Capacitador: Cristina Rocio Cadena Celis	**Firma :** **Licencia en SST:** Renovación Lic. Res. 0518 - 08/05/2017
Se requiere evaluación del tema? SI ☐ NO [x]	**Se requiere verificar eficacia?** SI ☐ NO [x]
Nombre del Verificador de eficacia: N.A	**Firma :** N.A

LISTADO DE ASISTENCIA

No.	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA	EFICACIA Fecha: N.A — Se cumplio el Objetivo? SI	NO
1	Yerson Andrés González González	1069900188	Supervisor	Yerson Andres		
2	Elbert Figueroa Cárdenas	1119582395	Oficial	ELBER		
3	Iohan Alfonso Jiménez Cruz	91446378	Ayudante	Alfonso.		
4	Gilbert Andrés Álvarez Pérez	1106894421	Ayudante	6:16-17 A-P		
5	Danilo Arnulfo Beltrán Urrego	1018492230	Oficial	Danilo A		
6	Breiner Orlando Linares Beltrán	1069282005	Ayudante	Breiner B		
7	Nolfo Benedicto Linares Beltrán	1010168952	Ayudante	NOLFO		
8	Dairo Humberto González González	1.079.033.189	Plomero	Dairo H		
9	John Freddy Cespedes Gutierrez	80.057.865	Ornamentador	Jhon F		
10	Iván Darío Muñoz	1.085.282.854	Eléctrico	Ivan D.		
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

ANEXO-8
ACTA COMITÉ CONVIVENCIA LABORAL

SOLTEC
/Proyectos de Ingenieria S.A.S.

ACTA DE CONFORMACIÓN, NOMBRAMIENTO E INSTALACIÓN DEL COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL

PROYECTO / OBRA: CONTRATO No. 053-00-G-CACOM4-GRUAL-2026 Cuyo Objeto es: "MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO Y/O MEJORATIVO DE LOS BIENES INMUEBLES DEL COMANDO AÉREO DE COMBATE No. 4"

UBICACIÓN DE LA OBRA: CACOM 4, Melgar Tolima.

CONTRATISTA PRINCIPAL: SOLTEC Proyectos de Ingeniería SAS

FECHA: 15 de septiembre del 2026

1. OBJETIVO

Formalizar la conformación, nombramiento e instalación del Comité de Convivencia Laboral de la empresa, con el propósito de promover un ambiente de trabajo respetuoso, prevenir conductas de acoso laboral y establecer mecanismos de diálogo, orientación y solución preventiva de las situaciones que puedan afectar la convivencia laboral.

2. FUNDAMENTO NORMATIVO

El presente acto se elabora de conformidad con:

- Ley 1010 de 2006: por medio de la cual se adoptan medidas para prevenir, corregir y sancionar el acoso laboral y otros hostigamientos en el marco de las relaciones de trabajo.

- Decreto 1072 de 2015: Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, en lo relacionado con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

- Resolución 3461 de 2025 del Ministerio del Trabajo: por medio de la cual se establecen los lineamientos para la conformación y funcionamiento del Comité de Convivencia Laboral en entidades públicas y empresas privadas, y se derogan las Resoluciones 652 y 1356 de 2012.

3. VERIFICACIÓN DEL NÚMERO DE TRABAJADORES

Se deja constancia de que el proyecto cuenta con un total de cinco (5) trabajadores vinculados al momento de la conformación del Comité de Convivencia Laboral.

De acuerdo con la Resolución 3461 de 2025, para empresas con cinco (5) a diecinueve (19) trabajadores, el Comité estará integrado por un (1) representante del empleador y un (1) representante de los trabajadores, cada uno con su respectivo suplente.

Con relación a lo anterior, se informa que la empresa cuenta con un Comité de Convivencia Laboral constituido en su sede principal, ubicada en la ciudad de Bogotá D. C. No obstante, el representante legal garantiza para el proyecto la conformación de un Comité de Convivencia Laboral propio, integrado por cuatro (4) miembros: dos (2) representantes principales y dos (2) suplentes, de conformidad con la normatividad vigente, con el fin de tener la participación del personal subcontratista.

4. DESIGNACIÓN Y ELECCIÓN DE REPRESENTANTES

En cumplimiento de la normatividad vigente, se procede a la designación del representante del empleador y su suplente, así como a la elección del representante de los trabajadores y su suplente.

4.1. Representantes del empleador

El empleador designa a las siguientes personas:

Cargo dentro del Comité	Nombre completo	Identificación
Representante principal del empleador	Jhon Gerardo Bautista	1020718924
Representante suplente del empleador	José Luis Cortes Prada	93130327

4.2. Representantes de los trabajadores

Los trabajadores, mediante el mecanismo de elección establecido por la empresa, eligen a las siguientes personas:

Cargo dentro del Comité	Nombre completo	Identificación
Representante principal de los trabajadores	Edison Fabian Mahecha	1106899805
Representante suplente de los trabajadores	Elcy Johana Guerra	36294342

Se deja constancia de que el proceso de elección de los representantes de los trabajadores se realizó de manera libre, transparente y participativa, conforme al procedimiento definido por la empresa.

5. ACEPTACIÓN DE LOS CARGOS

Las personas designadas y elegidas manifiestan su aceptación de los cargos para los cuales fueron nombradas, comprometiéndose a participar activamente en las actividades del Comité, asistir a las reuniones convocadas, guardar la debida confidencialidad sobre la información conocida en el ejercicio de sus funciones y actuar con respeto, imparcialidad y responsabilidad.

Los integrantes declaran que cumplen con las condiciones de idoneidad ética y comportamental establecidas en la normatividad vigente y que no se encuentran incursos en las inhabilidades aplicables para integrar el Comité.

6. INSTALACIÓN DEL COMITÉ

Una vez formalizada la designación y elección de sus integrantes, se declara instalado el Comité de Convivencia Laboral de la empresa.

El Comité deberá elegir entre sus integrantes, por mutuo acuerdo, a quien ejercerá la Presidencia y a quien ejercerá la Secretaría, de conformidad con las disposiciones de la Resolución 3461 de 2025.

Presidente(a): José Luis Cortes Prada

Secretario(a): Elcy Johana Guerra Pardo

7. COMPROMISOS DEL COMITÉ

Los integrantes del Comité de Convivencia Laboral se comprometen a:

1. Promover relaciones laborales basadas en el respeto, la tolerancia, la comunicación asertiva y el trato digno.
2. Participar en las actividades preventivas y de promoción de la convivencia laboral.
3. Recibir y tramitar las quejas que sean de su competencia, conforme al procedimiento establecido en la normatividad vigente.
4. Garantizar la confidencialidad y reserva de la información conocida durante el desarrollo de sus funciones.
5. Participar en las reuniones ordinarias y extraordinarias del Comité.
6. Elaborar y aprobar el reglamento interno de funcionamiento del Comité.
7. Realizar seguimiento a las recomendaciones y acciones preventivas o correctivas que se establezcan.
8. Cumplir las demás funciones previstas en la Resolución 3461 de 2025.

8. VIGENCIA

El Comité de Convivencia Laboral tendrá un periodo de vigencia de dos (2) años, contados a partir de la fecha de comunicación de la elección y/o designación de sus integrantes, conforme a lo establecido en el artículo 5 de la Resolución 3461 de 2025. No obstante, su

participación y funcionamiento dentro del presente proyecto estarán relacionados con el término de ejecución de la obra, correspondiente a cinco (5) meses.

Fecha de inicio del periodo: 15 de septiembre del 2026

Fecha de finalización del periodo: 15 de enero del 2027

9. CIERRE

No siendo otro el objeto de la presente reunión, se da por terminada a las 4 pm, del día 15 de septiembre del 2026.

Para constancia, se firma por quienes intervienen en la conformación, designación y aceptación de los cargos del Comité de Convivencia Laboral.

10. FIRMAS

REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR

Nombre: Eduardo Bautista M

CC No.: 1020718929

Firma:

REPRESENTANTE SUPLENTE DEL EMPLEADOR

Nombre: Jose Luis Cortes Prieto

C.C. No.: 92 130 727

Firma:

SOLTEC
Proyectos de Ingeniería S.A.S.

REPRESENTANTE PRINCIPAL DE LOS TRABAJADORES

Nombre: Edisson F. Mahecha C.

C.C. No.: 1 106 899 805

Firma: Edisson F. Mahecha C.

REPRESENTANTE SUPLENTE DE LOS TRABAJADORES

Nombre: Ing. Johana Garcia P

C.C. No.: 36294342

Firma:

Atentamente,

Didier F. Acosta B.

ING. DIDIER FABIAN ACOSTA BELTRÁN
REPRESENTANTE LEGAL
SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERÍA S.A.S

ANEXO-9
PROGRAMA DE CAPACITACIÓN

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, REENTRENAMIENTO, INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

La Capacitación en Seguridad y Salud en el Trabajo, es una actividad sistemática, planificada y permanente, cuyo propósito es promover mecanismos de prevención, es un proceso participativo que involucra a toda la comunidad de la empresa. El presente programa de capacitación está orientado a contribuir a la gestión estratégica de la prevención del riesgo, y a su vez es una herramienta de orientación y acompañamiento, dirigido a los colaboradores de la entidad, es un instrumento importante que contiene las metodologías y estrategias de capacitación, teniendo como resultado personal sensibilizado y dispuestos a aportar con responsabilidad el autocuidado, para prevenir accidentes y enfermedades de tipo laboral inherentes a su actividad.

2. OBJETIVO

Diseñar e implementar un plan de capacitación, entrenamiento, inducción, re-inducción de acuerdo con los criterios establecidos y las necesidades en cada proceso.

3. ALCANCE

Este procedimiento aplica a todo el personal que labora e interviene directa e indirectamente con la operación de SOLTEC Proyectos de Ingeniería SAS y el SG-SST.

4. DEFINICIONES

- **Capacitación:** Actividades planeadas por la organización, para desarrollar en sus funcionarios y colaboradores, nuevas habilidades, conocimientos y actitudes que les permitan desempeñarse eficientemente en sus cargos actuales y futuros.
- **Inducción:** Información específica al cargo, dada a un nuevo funcionario de SOLTEC Proyectos de Ingeniería SAS para realizar satisfactoriamente las funciones asignadas.
- **Instructor Interno:** funcionario con la competencia, conocimiento y calificación requerida para ejecutar una capacitación al interior de la Organización.
- **Instructor externo:** Persona ajena a la empresa con la competencia, conocimiento y calificación requerida para ejecutar una capacitación al interior de la Organización.

- **Inducción:** Proceso de capacitación general en seguridad y salud en el trabajo -SST-, que se desarrolla durante el proceso de contratación del personal, el cual incluye aspectos administrativos, técnicos y del sistema integrado de gestión.
- **Reinducción:** Proceso de capacitación general en seguridad y salud en el trabajo -SST-, que se desarrolla periódicamente al personal cuando se presenta algún cambio en las funciones, el proceso o las condiciones de trabajo, el cual incluye aspectos administrativos, técnicos y del sistema integrado de gestión.
- **Registro:** documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de las actividades desempeñadas.

5. NORMATIVIDAD APLICABLE

- **Constitución Política de Colombia de 1991,** articulo 53
- **Decreto 1072 de 2015** Decreto único reglamentario del sector trabajo, artículo 2.2.4. 6.11
- **Resolución 0312 de 2019** Estándares mínimos del SG-SST

6. RESPONSABILIDADES

Responsabilidades de la gerencia: Es la responsable de la revisión y aprobación del plan de capacitación, así como de la aprobación del presupuesto requerido para la realización de estas.

Líder del SG-SST: Es el responsable de la gestión y coordinación de la detección de necesidades de capacitación, el desarrollo y seguimiento de estas los registros asociados a su realización y las medidas a que haya lugar.

Directores de proyectos, Coordinadores de obra: Son los responsables de la detección de necesidades de capacitación del grupo humano a su cargo, la realización de las capacitaciones propias de su área y el seguimiento a la aplicación del conocimiento en el puesto por parte del funcionario, de la información impartida dentro del plan de capacitación.

Funcionarios y trabajadores: Son los responsables de cumplir con los horarios determinados para las capacitaciones, previendo aspectos laborales o personales que interfieran, interrumpan o suspendan su participación.

7. PROCESO GENERAL

7.1 Detección de necesidades

Inducción y reinducción

La inducción y reinducción del personal se realizará de la siguiente manera:

Para personal nuevo, al ingreso a la empresa se le realiza la inducción.

Para el personal antiguo se realizará cada año.

El contenido mínimo de la inducción y reinducción será el siguiente: Misión y Visión de la empresa, bases del sistema general de seguridad social, políticas de la empresa, responsabilidades con el SG-SST, que es un incidente, que es un accidente, que hacer en caso de accidente, que es enfermedad laboral, que es peligro, que es riesgo, clasificación de peligros, elementos de protección personal, impactos ambientales; para ello se usara presentación en PowerPoint denominada inducción SST.

Una vez recibida la inducción o la reinducción se continua con el proceso de evaluación de ésta con cada trabajador a través del formato SST-FT-EI-012 Evaluación de la inducción y se registra la asistencia en el formato SST-FT-IR-000.

El tiempo en horas para la inducción y reinducción será de 2 horas.

Capacitación y entrenamiento

El Líder SST en conjunto con la alta dirección llevaran a cabo anualmente la identificación de las necesidades de entrenamiento y capacitación, para esto se debe tener en cuenta los siguientes aspectos: Perfiles de cargos, matriz de peligros, reporte de actos y condiciones inseguras, reuniones del COPASST, evaluaciones del periodo de prueba, auditorias anteriores.

El representante legal, directores y coordinadores de proyectos pueden solicitar capacitación al personal de acuerdo con las necesidades de obra o área de trabajo.

Solicitud directa

El funcionario solicitará a su jefe inmediato incluir su requerimiento de capacitación, siempre y cuando esté relacionado con el cumplimiento de los objetivos del cargo y tenga incidencia directa con la calidad de su trabajo.

Modificación del trabajo

Las directivas y coordinadores evaluaran las necesidades de modificaciones totales o parciales en las rutinas de trabajo, métodos, procesos o procedimientos, que afecten o tengan incidencia directa en la calidad. En esta categoría aplicaran las actualizaciones a que haya lugar de acuerdo con las actividades desarrolladas en cada área.

Modernización de los equipos

El área encargada de los sistemas evaluará la necesidad de capacitación y entrenamiento al personal administrativo de SOLTEC Proyectos de Ingeniería SAS, cada vez que se efectué renovación tecnológica.

7.2 Levantamiento de la información

El líder del SG-SST y la alta dirección serán responsables de recopilar la información para el levantamiento del cronograma de capacitación de acuerdo con las necesidades del personal trabajador.

7.3 Establecimiento del plan de capacitación

El líder del SG-SST recibirá las necesidades de capacitación y las presentaran a la Alta Dirección en el cronograma de capacitación.

7.4 Planeación de la capacitación

De acuerdo con el Cronograma de capacitación aprobado por la alta dirección a cada una de las áreas de la organización, EL líder del SG- SST establecerá los contactos y la logística para su coordinación y ejecución.

Es responsabilidad de la líder de SST, buscar la reducción de costos dando prioridad a la utilización de medios y recursos internos y realizando alianzas con las entidades de seguridad social, cajas de compensación y demás entidades con las que se tenga contacto.

El Líder del SG-SST SST difundirá anualmente el programa de capacitación a través de los medios establecidos por la empresa comunicando a cada funcionario sobre su designación a los eventos de capacitación cuando aplique.

7.5 Organización y ejecución de la capacitación

Es responsabilidad de la persona líder de SST, la administración integral del Programa de capacitación, teniendo en cuenta el tipo de capacitación (interna o externa), se siguen unos lineamientos de la siguiente manera.

Se dispone por la dirección de cada área y bajo la responsabilidad de esta se impartirá capacitación y entrenamiento de los funcionarios a su cargo.

Capacitación interna

Cada coordinador de área determinara y asignara cuando se requiera al o los funcionarios, responsables de impartir capacitación al interior de la institución.

El funcionario responsable de impartir la capacitación solicitara como mínimo con cinco días de anticipación al coordinador SST la gestión de recursos físicos y técnicos necesarios para su ejecución, quienes serán responsables de gestionarlos y suministrarlos oportunamente.

Es responsabilidad de todos los trabajadores de SOLTEC Proyectos de Ingeniería SAS, cumplir con los horarios determinados, para las capacitaciones, previendo aspectos laborales o personales que interfieran, interrumpan o suspendan su participación.

El funcionario responsable de impartir la capacitación, remite al Líder del SG-SST, los registros de asistencia y evaluación de la capacitación, así como las memorias físicas y en medio magnético si existiese, haciendo entrega a su vez de los elementos y material utilizado para el desarrollo de esta. El jefe de talento humano consolidara en medio magnético y/o físico los archivos por áreas.

Capacitación externa

Es responsabilidad área de SST y la alta dirección, evaluar las diferentes ofertas o cotizaciones de cotización de capacitación, orientadas al cumplimiento del Programa de capacitación.

Cada director, jefe o coordinador es responsable de solicitar al área de SST la asistencia y/o cubrimiento de costos de capacitación no contemplados inicialmente dentro del programa de capacitación y gestionando con la alta dirección su debida aprobación.

Cada funcionario al recibir capacitación externa se compromete a:

- Ser divulgador de ser necesario de los conocimientos e información recibida.
- Aplicar dentro del ejercicio de sus funciones los conocimientos y/o información adquirida.

7.6 Registro de capacitación

El líder del SG-SST es el responsable de la recepción, archivo, actualización y manejo de los registros de capacitación de toda la organización, entregar material necesario para el control de asistencia, con el fin de dejar el registro de personal que toma la formación, capacitación y/o entrenamiento, igualmente se deja copia del contenido de los cursos, certificaciones o diplomas remitiendo al área de personal a quien corresponda para ser adjuntadas a las hojas de vida.

El Líder del SG-SST es el responsable de mantener actualizadas las estadísticas de capacitación por funcionario, áreas, temas e instituciones, preparando y presentando a la alta dirección los resultados.

7.7 Evaluación de la capacitación

Sera responsabilidad del capacitador realizar la evaluación de validación del conocimiento aprendido de la información impartida en la capacitación interna, a cada uno de los funcionarios. Para garantizar la asimilación del conocimiento adquirido.

Se considera adecuado los resultados cuya calificación promedio este por encima del 80% de ser así se considera optimo el proceso de calificación dada al funcionario y se procederá con los registros generales de resultado de las capacitaciones; caso contrario se deberán identificar actividades de refuerzo con el o los funcionarios que aplicase.

Nota. Los resultados de las capacitaciones, entrenamientos o inducción e reinducción serán medidos por sus indicadores correspondientes**.**

7.8 Programación y ejecución de actividades de refuerzo a la capacitación

Cuando el resultado de la evaluación de la capacitación no supere el 80% promedio de su calificación, será responsabilidad del capacitador, programar y ejecutar actividades de refuerzo y seguimiento a la información relacionada con la capacitación impartida, garantizando el cumplimiento de los objetivos propuestos de formación y entrenamiento.

7.9 Consolidación y presentación de resultados de capacitación

Es responsabilidad del área de SST, consolidar el resultado de las capacitaciones y entrenamiento impartido en la organización o gestionarlos con organismos externos, presentar los informes a que haya lugar por funcionario o área.

Semestralmente se realizará la evaluación del programa teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Cumplimiento del programa frente a funcionarios beneficiados cubrimiento, intensidad y asistencia de funcionarios.

Aplicación de conocimientos en el puesto de trabajo o al interior de las actividades de SOLTEC Proyectos Ingeniería SAS.

8. INDICADORES

- **Indicador de cumplimiento**

Número de actividades programadas X 100

Numero de actividades ejecutadas

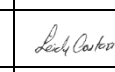
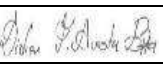
- **Indicador de participación**

Número de trabajadores invitados_____ X 100

Numero de trabajadores que participaron de la actividad

9. REGISTRO DE CONTROL DE CAMBIOS

ÍTEM	FECHA	DESCRIPCIÓN	VERSIÓN
1	21/01/2022	CREACIÓN DEL DOCUMENTO	0
2	22/02/2024	ACTUALIZACIÓN CODIFICACIÓN	1
3	30/08/2024	ACTUALIZACIÓN DEL PROGRAMA	2
4	28/05/2026	SE AGREGA NOTA ACLARATORIA EN CUANTO A LAS FIRMAS DE APROBACIÓN DEL DOCUMENTO	3

PROYECTÓ	Vanessa Castaño	**REVISÓ**	Deisy Fernández	**APROBÓ**	Didier Acosta
CARGO	Líder SGSST	**CARGO**	Presidente del COPASST	**CARGO**	Representante legal
FIRMA		**FIRMA**		**FIRMA**	
FECHA	23/01/2024	**FECHA**	23/01/2024	**FECHA**	23/01/2024

SOLTEC
Proyectos de Ingeniería S.A.S.

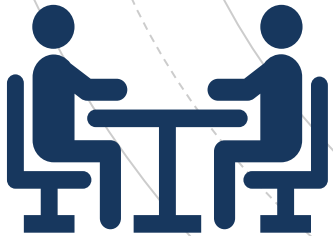
INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



SOLTEC
Proyectos de Ingeniería S.A.S.

NUESTRA COMPAÑÍA:

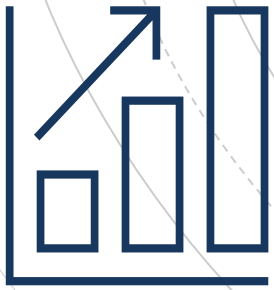
Somos una empresa enfocada en la gestión integral de proyectos de ingeniería civil, desarrollando soluciones técnicas acordes a las necesidades del mercado, enfocados en la mejora continua, altos estándares de calidad, satisfacción del cliente y sostenibilidad empresarial.



SOLTEC
Proyectos de Ingeniería S.A.S.

MISIÓN:

Gestionar proyectos de ingeniería civil enfocados al desarrollo de soluciones técnicas eficaces y eficientes que permitan la mejora continua y la sostenibilidad empresarial. Logrando canales de confianza con nuestros clientes, convirtiéndonos en aliados estratégicos que permitan garantizar soluciones efectivas a nuevos retos.



SOLTEC
Proyectos de Ingeniería S.A.S.

VISIÓN:

Soltec proyectos de ingeniería S.A.S se proyecta en el año 2028 como una empresa innovadora y líder en la gestión integral de proyectos de ingeniería civil, logrando reconocimiento y mayor participación en el mercado nacional en los diferentes sectores de la ingeniería.

SOLTEC
Proyectos de Ingeniería S.A.S.

SEGURIDAD SOCIAL:

Todos los empleadores tienen la obligación de realizar cotización a la seguridad social de sus trabajadores.



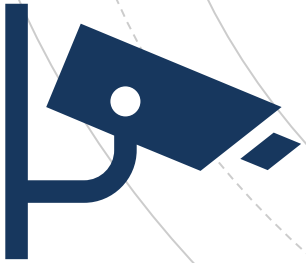
POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO :

SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERÍA S.A.S establece dentro de sus prioridades la protección de la seguridad y salud de los trabajadores directos, temporales, contratistas y proveedores e invitados de la empresa, mediante la prevención y control de riesgos de la seguridad y salud en el trabajo, con el fin de la mejora continua mediante la identificación de peligros, evaluación y valoración del riesgo según el SG-SST.



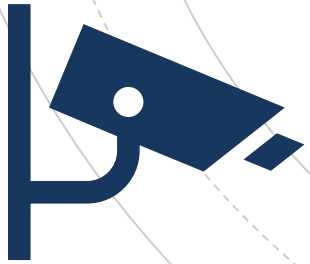
RESPONSABILIDADES DE LOS TRABAJADORES

1. Procurar el cuidado integral de su salud;
2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud;
3. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo de la empresa.



RESPONSABILIDADES DE LOS TRABAJADORES

4. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo;
5. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST; y
6. participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo SG-SST.



SOLTEC
Proyectos de Ingeniería S.A.S.

QUE ES UN ACCIDENTE LABORAL:

Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.



SOLTEC
Proyectos de Ingeniería S.A.S.











SOLTEC
Proyectos de Ingeniería S.A.S.

QUE HACER EN CASO DE ACCIDENTE LABORAL:



- ✓ Reporte inmediatamente a su jefe inmediato y a la persona encargada del área SST.
- ✓ Prestar los primeros auxilios
- ✓ Una vez se haya echo el reporte de accidente ante la ARL trasladar al accidentado para atención médica.

SOLTEC
Proyectos de Ingeniería S.A.S.

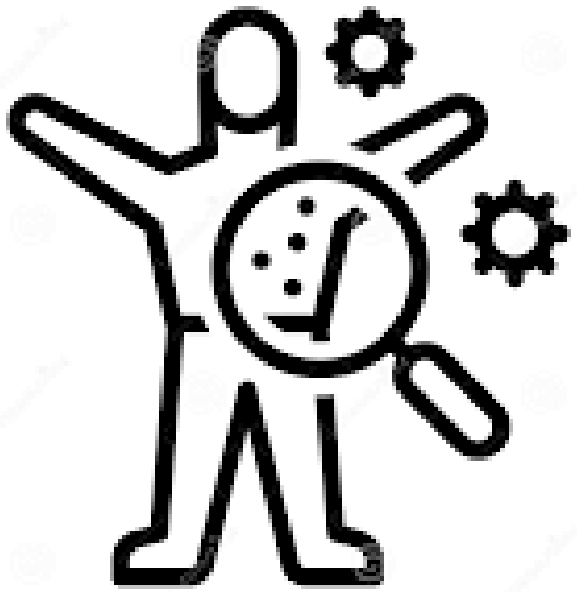
QUE ES UN INCIDENTE:

Es un suceso que puede, o no, ocasionar algún daño. Tiene el potencial de convertirse en accidente y se puede tomar como una oportunidad de mejora para identificar cuál fue el error, y así poder intervenir y controlar los factores antes de que ocurra un accidente laboral a futuro



SOLTEC
Proyectos de Ingeniería S.A.S.

QUE ES UNA ENFERMEDAD LABORAL:



Es la contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.

SOLTEC
Proyectos de Ingeniería S.A.S.

PELIGRO:



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

SOLTEC
Proyectos de Ingeniería S.A.S.

RIESGO:



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

SOLTEC
Proyectos de Ingeniería S.A.S.

TRABAJO EN ALTURAS:



Es toda actividad laboral que implica riesgo de caída a una altura mayor o igual a 2.0 metros, respecto al plano de los pies del trabajador al plano horizontal inferior más cercano.

SOLTEC
Proyectos de Ingeniería S.A.S.

RIESGOS DE TRABAJO EN ALTURAS:



- ✓ Caída de personas
- ✓ Caída de objetos y herramientas
- ✓ Colapso o derrumbe
- ✓ Atrapamientos
- ✓ Condiciones climáticas

SOLTEC
Proyectos de Ingeniería S.A.S.



SOLTEC
Proyectos de Ingeniería S.A.S.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL



Los elementos de protección personal tienen como función principal proteger diferentes partes del cuerpo, para evitar que un trabajador tenga contacto directo con factores de riesgo que le pueden ocasionar una lesión o enfermedad.

No evitan el accidente o el contacto con elementos agresivos, pero ayudan a que la lesión sea menos grave.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Los EPP que se implementen en cada organización dependerán de las actividades de riesgo a las que estén expuestos los trabajadores, y se pueden categorizar de acuerdo con la zona del cuerpo que protegen:



IMPACTOS AMBIENTALES

La industria de la construcción incluye varias fuentes de contaminación que se pueden enmarcar en los distintos aspectos e impactos ambientales propios del sector económico y que modifican el componente abiótico de los ecosistemas, es decir, el suelo, el aire y el agua.



ANEXO-10
INDUCCION

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S.	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SST-FT-AC-003
		Version: 3
	ASISTENCIA A CAPACITACIÓN	Fecha: 28/05/2026

TIPO: Charla ☐ Capacitación ☐ Entrenamiento ☐ Otro ☐ Divulgación ☒

Fecha: 24/08/2026 **Lugar:** CACOM 4 **Duración:** 30 MIN

Realizada por:

SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERIA S.A.S ☒ Ente Externo ☐

Si es externo: ¿Cuál? N.A

Genera costo: SI ☐ NO ☒ **Monto $** N.A

TEMA(S): Inducción SST: Presentación de la empresa y del proyecto, Política de Seguridad y Salud en el Trabajo, Objetivos del SG-SST, Responsabilidades del trabajador en SST, Identificación de peligros y valoración de riesgos, medidas de prevención y control establecidas, Uso, cuidado, inspección, almacenamiento y reposición de los EPP y dotación.

OBJETIVO(S): Socializar al personal los lineamientos básicos de SST aplicables a la ejecución del proyecto, dando a conocer la empresa, el proyecto y sus actividades, la Política y los objetivos del SG-SST, las responsabilidades de los trabajadores, los peligros y riesgos asociados a sus labores y las medidas de prevención y control establecidas. Asimismo, orientar sobre el uso obligatorio, adecuado y permanente de los Elementos de Protección Personal (EPP) y la dotación, incluyendo su inspección, cuidado, almacenamiento y reposición, con el fin de prevenir accidentes de trabajo, enfermedades laborales y promover condiciones seguras durante el desarrollo de las actividades.

Nombre del Capacitador: Cristina Rocio Cadena Celis **Firma :**

Licencia en SST: Renovación Lic. Res. 0518 - 08/05/2017

Se requiere evaluación del tema? SI ☐ NO ☒ **Se requiere verificar eficacia?** SI ☐ NO ☒

Nombre del Verificador de eficacia: N.A **Firma :** N.A

LISTADO DE ASISTENCIA

No.	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA	EFICACIA Fecha: N.A Se cumplio el Objetivo? SI	NO
1	John Gerardo Bautista Hernández	1020718924	Residente de Obra			
2	José Luis Cortés Prada	93130327	Ingeniero Civil			
3	Edisson Fabian Mahecha Cortes	1106899805	Auxiliar de Ingenieria			
4	Elcy Johana Guerra Pardo	36294342	Profesional SST			
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S.	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SST-FT-AC-003
		Version: 3
	ASISTENCIA A CAPACITACIÓN	Fecha: 28/05/2026

TIPO: Charla ☐ Capacitación ☐ Entrenamiento ☐ Otro ☐ Divulgación ☒

Fecha: 24/08/2026 **Lugar:** CACOM 4 **Duración:** 30 MIN

Realizada por: SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERIA S.A.S ☒ Ente Externo ☐

Si es externo: ¿Cuál? N.A

Genera costo: SI ☐ NO ☒ **Monto $** N.A

TEMA(S): Inducción SST: Presentación de la empresa y del proyecto, Política de Seguridad y Salud en el Trabajo, Objetivos del SG-SST, Responsabilidades del trabajador en SST, Identificación de peligros y valoración de riesgos, medidas de prevención y control establecidas, Uso, cuidado, inspección, almacenamiento y reposición de los EPP y dotación.

OBJETIVO(S): Socializar al personal los lineamientos básicos de SST aplicables a la ejecución del proyecto, dando a conocer la empresa, el proyecto y sus actividades, la Política y los objetivos del SG-SST, las responsabilidades de los trabajadores, los peligros y riesgos asociados a sus labores y las medidas de prevención y control establecidas. Asimismo, orientar sobre el uso obligatorio, adecuado y permanente de los Elementos de Protección Personal (EPP) y la dotación, incluyendo su inspección, cuidado, almacenamiento y reposición, con el fin de prevenir accidentes de trabajo, enfermedades laborales y promover condiciones seguras durante el desarrollo de las actividades.

Nombre del Capacitador: Cristina Rocio Cadena Celis **Firma :** [signature] **Licencia en SST:** Renovación Lic. Res. 0518 - 08/05/2017

Se requiere evaluación del tema? SI ☐ NO ☒ **Se requiere verificar eficacia?** SI ☐ NO ☒

Nombre del Verificador de eficacia: N.A **Firma :** N.A

LISTADO DE ASISTENCIA

No.	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA	EFICACIA Fecha: N.A — Se cumplio el Objetivo? SI	NO
1	Yerson Andrés González González	1069900188	Supervisor	Yerson A.		
2	Elbert Figueroa Cárdenas	1119582395	Oficial	ELBER		
3	Iohan Alfonso Jiménez Cruz	91446378	Ayudante	Alfonso.		
4	Gilbert Andrés Álvarez Pérez	1106894421	Ayudante	Gilbert	✓	
5	Danilo Arnulfo Beltrán Urrego	1018492230	Oficial	Danilo B		✓
6	Breiner Orlando Linares Beltrán	1069282005	Ayudante	Breiner.		
7	Nolfo Benedicto Linares Beltrán	1010168952	Ayudante	NOLFO	✓	
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S.	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SST-FT-AC-003
		Version: 3
	ASISTENCIA A CAPACITACIÓN	Fecha: 28/05/2026

TIPO: Charla ☐	Capacitación ☐	Entrenamiento ☐	Otro ☐	Divulgación ☒	
Fecha: 31/08/2026	**Lugar:** CACOM 4			**Duración:** 30 MIN	
Realizada por: SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERIA S.A.S ☒ Ente Externo ☐			**Si es externo:** ¿Cuál? N.A		
			Genera costo: SI ☐ NO ☒ **Monto $** N.A		

TEMA(S): Inducción SST: Presentación de la empresa y del proyecto, Política de Seguridad y Salud en el Trabajo, Objetivos del SG-SST, Responsabilidades del trabajador en SST, Identificación de peligros y valoración de riesgos, medidas de prevención y control establecidas, Uso, cuidado, inspección, almacenamiento y reposición de los EPP y dotación.

OBJETIVO(S): Socializar al personal los lineamientos básicos de SST aplicables a la ejecución del proyecto, dando a conocer la empresa, el proyecto y sus actividades, la Política y los objetivos del SG-SST, las responsabilidades de los trabajadores, los peligros y riesgos asociados a sus labores y las medidas de prevención y control establecidas. Asimismo, orientar sobre el uso obligatorio, adecuado y permanente de los Elementos de Protección Personal (EPP) y la dotación, incluyendo su inspección, cuidado, almacenamiento y reposición, con el fin de prevenir accidentes de trabajo, enfermedades laborales y promover condiciones seguras durante el desarrollo de las actividades.

Nombre del Capacitador: Cristina Rocio Cadena Celis	**Firma :** **Licencia en SST:** Renovación Lic. Res. 0518 - 08/05/2017
Se requiere evaluación del tema? SI ☐ NO ☒	**Se requiere verificar eficacia?** SI ☐ NO ☒
Nombre del Verificador de eficacia: N.A	**Firma :** N.A

LISTADO DE ASISTENCIA

No.	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA	EFICACIA Fecha: N.A — Se cumplio el Objetivo? SI	NO
1	Dairo Humberto González González	1.079.033.189	Plomero			
2	John Freddy Cespedes Gutierrez	80.057.865	Ornamentador			
3	Iván Darío Muñoz	1.085.282.854	Eléctrico			
4	Camilo Andres Uleto Gordon	1070625009	Obrero			
5	Juis jailer castro Rodriguez	1022447065	obrero			
6	Dairo Gonzalez	1079331189	contratista			
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE:	Camilo Andres Nieto Lombana	**CEDULA:**	1070622005
AREA/SECCION:	CACOM 4	**CARGO:**	Obrero
INDUCCION:	X	**REINDUCCION:**	

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

	a.	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
	b.	Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
	c.	Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
	d.	Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

	a.	Dolor de cabeza	c.	Golpe en el dedo	e.	Mareos
	b.	Gripa	d.	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a) Señalizacion de obra
b) uso de EPP
c) Informar los riesgos
d) orden y aseo

4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

	a.	Proteccion auditiva	e.	Careta facial	i.	Dalantal de carnaza
	b.	Botas de seguridad con puntera	f.	Respirador de doble cartucho	j.	Camisa manga larga
	c.	Polainas	g.	Casco	k.	Guantes de vaqueta
	d.	Guantes de carnaza	h.	Bota de caucho con puntera	l.	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

Informar al SST y al jefe inmediato.

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC 1070622005

RESPONSABLE SST
C.C 6582407

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S.	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE:	John Alexander Peña	**CEDULA:**	80028451
AREA/SECCION:		**CARGO:**	electrico
INDUCCION:	X	**REINDUCCION:**	

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

	X a.	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
	b.	Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
	c.	Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
	d.	Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

	a.	Dolor de cabeza	c.	Golpe en el dedo	e.	Mareos
	b.	Gripa	X d.	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a) Señalizacion en obra
b) Uso adecuado de EPP
c) Restringir uso del celular
d) Inspeccion de herramientas

4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

	X a.	Proteccion auditiva	X e.	Careta facial	i.	Dalantal de carnaza
	X b.	Botas de seguridad con puntera	f.	Respirador de doble cartucho	X j.	Camisa manga larga
	c.	Polainas	g.	Casco	k.	Guantes de vaqueta
	d.	Guantes de carnaza	h.	Bota de caucho con puntera	X l.	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

seguir protocolo de reaccion / ARL sura

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC

RESPONSABLE SST
C.C 80028451

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S.	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE:	Yimmy Alexander R	**CEDULA:**	80.019.370
AREA/SECCION:	Cacri-4.	**CARGO:**	Oficial
INDUCCION:	X	**REINDUCCION:**	

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

	a. X	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
	b.	Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
	c.	Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
	d.	Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

	a.	Dolor de cabeza	c.	Golpe en el dedo	e.	Mareos
	b.	Gripa	d. X	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a) Participar de las capacitaciones
b) Uso de EPP
c) Señalización
d) Orden y aseo.

4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

	a. X	Proteccion auditiva	e.	Careta facial	i.	Dalantal de carnaza
	b. X	Botas de seguridad con puntera	f.	Respirador de doble cartucho	j. X	Camisa manga larga
	c.	Polainas	g. X	Casco	k.	Guantes de vaqueta
	d.	Guantes de carnaza	h.	Bota de caucho con puntera	l. X	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

Informar al jefe y parte SST

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

FIRMA DEL TRABAJADOR	**RESPONSABLE SST**
CC 80.019.370.	**C.C** 65824017.

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE: PEDRO RODRIGUEZ	CEDULA: 80174522
AREA/SECCION: CACAM-4	CARGO: Ingeniero
INDUCCION: X	REINDUCCION:

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

	a. X	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
	b.	Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
	c.	Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
	d.	Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

	a.	Dolor de cabeza	c.	Golpe en el dedo	e.	Mareos
	b.	Gripa	d. X	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a) Uso de EPP.
b) Informar los riesgos
c) Participar en capacitaciones
d) Orden y aseo.

4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

	a. X	Proteccion auditiva	e. X	Careta facial	i.	Dalantal de carnaza
	b. X	Botas de seguridad con puntera	f.	Respirador de doble cartucho	j. X	Camisa manga larga
	c.	Polainas	g. X	Casco	k.	Guantes de vaqueta
	d.	Guantes de carnaza	h.	Bota de caucho con puntera	l. X	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

Informar al SST o Jefe inmediato

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

Pedro Rodriguez R	Cristina Cadena.
FIRMA DEL TRABAJADOR	**RESPONSABLE SST**
CC 80174522	C.C 65824017

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S.	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE:	OTONIEL DE ANTONIO	**CEDULA:**	80512796
AREA/SECCION:	CACOM-4	**CARGO:**	Auxiliante
INDUCCION:	X	**REINDUCCION:**	

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

a. X	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
b.	Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
c.	Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
d.	Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

	a.	Dolor de cabeza	c.	Golpe en el dedo	e.	Mareos
	b.	Gripa	d. X	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a) Ausentarse
b) Uso EPP.
c) Señalización
d) Orden y aseo.

4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

	a. X	Proteccion auditiva	e.	Careta facial	i.	Dalantal de carnaza
	b. X	Botas de seguridad con puntera	f.	Respirador de doble cartucho	j. X	Camisa manga larga
	c.	Polainas	g. X	Casco	k.	Guantes de vaqueta
	d.	Guantes de carnaza	h.	Bota de caucho con puntera	l. X	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

Informar al SST y Jefe

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

Otoniel de Antonio	Cristina Cadena
FIRMA DEL TRABAJADOR	**RESPONSABLE SST**
CC 80512796.	C.C 65824017.

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S.	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE:	JUAN CARLOS QUESADA	CEDULA:	1023869629.
AREA/SECCION:	CACOM-4.	CARGO:	
INDUCCION:	X	REINDUCCION:	

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

	a. ✓	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
	b.	Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
	c.	Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
	d.	Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

	a.	Dolor de cabeza	c.	Golpe en el dedo	e.	Mareos
	b.	Gripa	d. ✓	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a) Uso de EPP.
b) Charlas SST
c) Señalizacion
d) Orden y aseo

4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

	a. ✓	Proteccion auditiva	e.	Careta facial	i.	Dalantal de carnaza
	b. ✓	Botas de seguridad con puntera	f.	Respirador de doble cartucho	j. ✓	Camisa manga larga
	c.	Polainas	g. ✓	Casco	k.	Guantes de vaqueta
	d.	Guantes de carnaza	h.	Bota de caucho con puntera	l. ✓	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

Informar al SST y jefe inmediato.

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

Juan Carlos Quesada
FIRMA DEL TRABAJADOR
CC 1023869629.

Cristina Cadena.
RESPONSABLE SST
C.C 65821017

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE: Jhon alexander Prieto.	CEDULA: 80628451
AREA/SECCION: Cacam-4.	CARGO: Oficial.
INDUCCION: X	REINDUCCION:

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

	a. ✓	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
	b.	Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
	c.	Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
	d.	Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

	a.	Dolor de cabeza	c.	Golpe en el dedo	e.	Mareos
	b.	Gripa	d. ✓	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a) orden y aseo
b) Señalizacion de obra
c) uso de EPP.
d) participar en charlas

4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

	a. ✓	Proteccion auditiva	e. ✓	Careta facial	i.	Dalantal de carnaza
	b. ✓	Botas de seguridad con puntera	f.	Respirador de doble cartucho	j. ✓	Camisa manga larga
	c.	Polainas	g. ✓	Casco	k.	Guantes de vaqueta
	d.	Guantes de carnaza	h.	Bota de caucho con puntera	l. ✓	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

INFORMAR AL JEFE INMEDIATO Y SST

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

FIRMA DEL TRABAJADOR	RESPONSABLE SST
CC 80628451	C.C 65824017

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S.	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE:	Jorge Quecer Aponte	**CEDULA:**	80 171527.
AREA/SECCION:	Cacom-4	**CARGO:**	Oficial
INDUCCION:	X	**REINDUCCION:**	

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

	a. ✓	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
	b.	Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
	c.	Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
	d.	Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

	a.	Dolor de cabeza	c.	Golpe en el dedo	e.	Mareos
	b.	Gripa	d. ✓	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a) Participar en charlas
b) actualizado
c) Señalización
d) Cumplir con las normas

4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

	a. ✓	Proteccion auditiva	e. ✓	Careta facial	i.	Dalantal de carnaza
	b. ✓	Botas de seguridad con puntera	f.	Respirador de doble cartucho	j. ✓	Camisa manga larga
	c.	Polainas	g. ✓	Casco	k.	Guantes de vaqueta
	d.	Guantes de carnaza	h.	Bota de caucho con puntera	l. ✓	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

informar al SST y jefe inmediato

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

Jorge Quecer A
FIRMA DEL TRABAJADOR
CC 80171527

Cristina Cadena.
RESPONSABLE SST
C.C 65824017.

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE:	JHON JAIRO HALDONADO.	**CEDULA:**	79720925.
AREA/SECCION:	CARGA-4	**CARGO:**	Oficial.
INDUCCION:	X	**REINDUCCION:**	

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

	a. ✓	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
	b.	Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
	c.	Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
	d.	Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

	a.	Dolor de cabeza	c.	Golpe en el dedo	e.	Mareos
	b.	Gripa	d. ✓	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a) Uso de herramientas y equipos autorizados
b) Participar en charlas SST
c) Autocuidado
d) Señalizacion de obra

4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

	a. X	Proteccion auditiva	e. X	Careta facial	i.	Dalantal de carnaza
	b. X	Botas de seguridad con puntera	f.	Respirador de doble cartucho	j. X	Camisa manga larga
	c.	Polainas	g. X	Casco	k.	Guantes de vaqueta
	d.	Guantes de carnaza	h.	Bota de caucho con puntera	l. X	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

informar al jefe inmediato y al SST.

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

Jhon Jairo Haldonado	Cristina Cadena.
FIRMA DEL TRABAJADOR	**RESPONSABLE SST**
CC 79.720 925	**C.C** 65 824 017.

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S.	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE:	JASON GERMAN RODRIGUEZ	**CEDULA:**	80 172 825
AREA/SECCIÓN:	Cedim-4	**CARGO:**	Supervisor de obra.
INDUCCION:	X	**REINDUCCION:**	

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

a. ✓	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
b.	Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
c.	Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
d.	Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

	a.	Dolor de cabeza	c.	Golpe en el dedo	e.	Mareos
	b.	Gripa	d. ✓	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a) Informar inmediatamte Cualquier accidente.
b) Señalizar
c) Uso EPP
d) Autocuidado

4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

	a. X	Proteccion auditiva	e. X	Careta facial	i.	Dalantal de carnaza
	b. X	Botas de seguridad con puntera	f.	Respirador de doble cartucho	j. X	Camisa manga larga
	c.	Polainas	g. X	Casco	k.	Guantes de vaqueta
	d.	Guantes de carnaza	h.	Bota de caucho con puntera	l. X	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

Informar al Jefe inmediato y a la SST.

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

FIRMA DEL TRABAJADOR	Cristina Cadena.
CC 80172825	**RESPONSABLE SST**
	C.C 65824017

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE:	CRISTIAN DIAZ	**CEDULA:**	1032357800
AREA/SECCION:	CACOM-4	**CARGO:**	Ayudante
INDUCCION:	X	**REINDUCCION:**	

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

	a. X	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
	b.	Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
	c.	Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
	d.	Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

	a.	Dolor de cabeza	c.	Golpe en el dedo	e.	Mareos
	b.	Gripa	d. X	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a) Señalización en la obra
b) Despejar las zonas de circulación
c) Usar EPP.
d) orden y aseo en la obra

4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

	a. X	Proteccion auditiva	e. X	Careta facial	i.	Dalantal de carnaza
	b. X	Botas de seguridad con puntera	f.	Respirador de doble cartucho	j. X	Camisa manga larga
	c.	Polainas	g. X	Casco	k.	Guantes de vaqueta
	d.	Guantes de carnaza	h.	Bota de caucho con puntera	l. X	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

informar al jefe inmediato y a la SST.

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

FIRMA DEL TRABAJADOR	**RESPONSABLE SST**
CC 1032357800	**C.C** 85824017.

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S.	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE:	Hector Montes Aragon.	**CEDULA:**	80746871
AREA/SECCION:	Cacom-4.	**CARGO:**	Oficial.
INDUCCION:	X	**REINDUCCION:**	

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

	a. ✓	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
	b.	Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
	c.	Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
	d.	Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

	a.	Dolor de cabeza	c.	Golpe en el dedo	e.	Mareos
	b.	Gripa	d. ✓	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a) Participar en charlas SST
b) Hidratarse
c) Usar EPP
d) Evitar uso de Celular

4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

	a. X	Proteccion auditiva	e. X	Careta facial	i.	Dalantal de camaza
	b. X	Botas de seguridad con puntera	f.	Respirador de doble cartucho	j. X	Camisa manga larga
	c.	Polainas	g. X	Casco	k.	Guantes de vaqueta
	d.	Guantes de camaza	h.	Bota de caucho con puntera	l. X	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

Informar al jefe inmediato y ala SST

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

FIRMA DEL TRABAJADOR	**RESPONSABLE SST**
CC 80746871	**C.C** 65824017

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE:	Hernando Jobanny Bernal	**CEDULA:**	7905076
AREA/SECCION:	Camara -4	**CARGO:**	Ayudante
INDUCCION:	X	**REINDUCCION:**	

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

	a. ✓	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
	b.	Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
	c.	Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
	d.	Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

	a.	Dolor de cabeza	c.	Golpe en el dedo	e.	Mareos
	b.	Gripa	d. ✓	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a) Mantener una postura adecuada.
b) Señalizar
c) Uso EPP
d) Autocuidado

4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

	a. X	Proteccion auditiva	e. X	Careta facial	i.	Dalantal de carnaza
	b. X	Botas de seguridad con puntera	f.	Respirador de doble cartucho	j. X	Camisa manga larga
	c.	Polainas	g. X	Casco	k.	Guantes de vaqueta
	d.	Guantes de carnaza	h.	Bota de caucho con puntera	l. X	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

Informar al jefe y la SST

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

FIRMA DEL TRABAJADOR	Cristina Cadena.
CC 7905076.	**RESPONSABLE SST** C.C 65824017

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE:	DEYANIRA RINCON P.	**CEDULA:**	52.276.456
AREA/SECCION:	CACOM-4.	**CARGO:**	AYUDANTE
INDUCCION:	X	**REINDUCCION:**	

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

a. X	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
b.	Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
c.	Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
d.	Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

	a.	Dolor de cabeza	c.	Golpe en el dedo	e.	Mareos
	b.	Gripa	d. X	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a) SEÑALIZACION OBRA
b) ORDEN Y ASEO
c) INFORMAR SOBRE RIESGOS
d) CUMPLIR CON LAS NORMAS.

4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

	a. X	Proteccion auditiva	e.	Careta facial	i.	Dalantal de carnaza
	b. X	Botas de seguridad con puntera	f.	Respirador de doble cartucho	j. X	Camisa manga larga
	c.	Polainas	g. X	Casco	k.	Guantes de vaqueta
	d.	Guantes de carnaza	h.	Bota de caucho con puntera	l. X	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

Informar al jefe INMEDIATO y parte de SST

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

FIRMA DEL TRABAJADOR	**RESPONSABLE SST**
CC 52276456	**C.C** 65 824017.

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE:	Juan Mauro. Fajardo.	**CEDULA:**	1933722
AREA/SECCION:	CAOTIC 4	**CARGO:**	Electrico.
INDUCCION:	X	**REINDUCCION:**	

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

a. X	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
b.	Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
c.	Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
d.	Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

	a.	Dolor de cabeza	c.	Golpe en el dedo	e.	Mareos
	b.	Gripa	d. X	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a) Señalización de obra
b) Uso de EPP
c) Informar los riesgos
d) Orden y aseo

4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

	a. X	Proteccion auditiva	e.	Careta facial	i.	Dalantal de carnaza
	b. X	Botas de seguridad con puntera	f.	Respirador de doble cartucho	j. X	Camisa manga larga
	c.	Polainas	g. X	Casco	k.	Guantes de vaqueta
	d.	Guantes de carnaza	h.	Bota de caucho con puntera	l. X	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

Informar al SST y al jefe inmediato.

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

FIRMA DEL TRABAJADOR	**RESPONSABLE SST**
CC 19.373.722	**C.C** 65824017

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S.	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE:	RUBEN DARIO VASQUEZ	**CEDULA:**	79546121.
AREA/SECCION:	CACAT 4.	**CARGO:**	AYUDANTE
INDUCCION:	X	**REINDUCCION:**	

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

a.	X	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
b.		Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
c.		Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
d.		Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

	a.	Dolor de cabeza	c.	Golpe en el dedo	e.	Mareos
	b.	Gripa	d. X	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a) Uso de EPP
b) Señalar la obra.
c) Inspección de herramientas.
d) evitar uso de Celular

4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

	a. X	Proteccion auditiva	e. X	Careta facial	i.	Dalantal de carnaza
	b. X	Botas de seguridad con puntera	f.	Respirador de doble cartucho	j. X	Camisa manga larga
	c.	Polainas	g. X	Casco	k.	Guantes de vaqueta
	d.	Guantes de carnaza	h.	Bota de caucho con puntera	X	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

Informar al jefe y al SST encargado

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

FIRMA DEL TRABAJADOR	**RESPONSABLE SST**
CC 79546121	**C.C** 6582407.

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE:	Camilo Andres Nieto	**CEDULA:**	1070625009.
AREA/SECCION:	CACOM-4	**CARGO:**	Ayudante
INDUCCION:	X	**REINDUCCION:**	

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

a.	X	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
b.		Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
c.		Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
d.		Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

	a.	Dolor de cabeza	c.	Golpe en el dedo	e.	Mareos
	b.	Gripa	d. X	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a) Mantener el area limpia.
b) Señalizar
c) Usar EPP
d) Protocolos

4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

X	a.	Proteccion auditiva	e. ✓	Careta facial	i.	Dalantal de carnaza
	b. X	Botas de seguridad con puntera	f.	Respirador de doble cartucho	j. X	Camisa manga larga
	c.	Polainas	g. X	Casco	k.	Guantes de vaqueta
	d.	Guantes de carnaza	h.	Bota de caucho con puntera	l. X	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

reportar al SST o jefe.

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

FIRMA DEL TRABAJADOR	Cristina Cadena.
CC 1193773122.	**RESPONSABLE SST**
	C.C 65.824017.

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE:	JUAN CAMILO BARACALDO M.	**CEDULA:**	1020713140
AREA/SECCION:	CACOM-4.	**CARGO:**	Ing Residente
INDUCCION:	X	**REINDUCCION:**	

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

a. ✓	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
b.	Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
c.	Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
d.	Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

	a.	Dolor de cabeza	c.	Golpe en el dedo	e.	Mareos
	b.	Gripa	d. ✓	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a) Autocuido
b) Señalizar el sitio de trabajo.
c) Orden y el aseo
d) Revisar las herramientas

4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

	a. ✓	Proteccion auditiva	e.	Careta facial	i.	Dalantal de carnaza
	b. ✓	Botas de seguridad con puntera	f.	Respirador de doble cartucho	j. ✓	Camisa manga larga
	c.	Polainas	g. ✓	Casco	k.	Guantes de vaqueta
	d.	Guantes de carnaza	h.	Bota de caucho con puntera	l. ✓	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

Reportar al jefe inmediato o SST

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

FIRMA DEL TRABAJADOR	Cristian Cadena
CC 1020713140	**RESPONSABLE SST**
	C.C 85824907.

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S.	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE: Luis Jol Cuscca Gonzales	CEDULA: 1005855845
AREA/SECCION: CACOM-4.	CARGO: Oficial.
INDUCCION: X.	REINDUCCION:

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

	a. X	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
	b.	Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
	c.	Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
	d.	Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

	a.	Dolor de cabeza	c.	Golpe en el dedo	e.	Mareos
	b.	Gripa	d. X	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a) Usar de forma. Permanente y adecuada, los elementos. (EPP.)
b) Realizar, inspección previa. de herramientas.
c) Acatar los Procedimientos de trabajo Seguro.
d) Mantener el área ordenada. y limpia

4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

	a. X	Proteccion auditiva	e. X	Careta facial	i.	Dalantal de carnaza
	b. X	Botas de seguridad con puntera	f.	Respirador de doble cartucho	j. X	Camisa manga larga
	c.	Polainas	g. X	Casco	k.	Guantes de vaqueta
	d.	Guantes de carnaza	h.	Bota de caucho con puntera	l. X	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

Avisar al Jefe Inmediato & al responsable SST brindar los Primeros Auxilios, trasladar al Centro de Salud mas Cercano.

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

FIRMA DEL TRABAJADOR	RESPONSABLE SST
CC 1005855845	C.C 05824017.

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE:	Juan Gonzalo Sierra	**CEDULA:**	1941818 186
AREA/SECCION:	CACAO-4.	**CARGO:**	oficial
INDUCCION:	X	**REINDUCCION:**	

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

a. ✓	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
b.	Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
c.	Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
d.	Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

	a.	Dolor de cabeza	c.	Golpe en el dedo	e.	Mareos
	b.	Gripa	d. ✓	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a)
b)
c)
d)

4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

	a. ✓	Proteccion auditiva	e.	Careta facial	i.	Dalantal de carnaza
	b. ✓	Botas de seguridad con puntera	f.	Respirador de doble cartucho	j. ✓	Camisa manga larga
	c.	Polainas	g. ✓	Casco	k.	Guantes de vaqueta
	d.	Guantes de carnaza	h.	Bota de caucho con puntera	l. ✓	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

Juan G Sierra
FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C 1941818 186

Cristian Cadena
RESPONSABLE SST
C.C 6582401 7

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S.	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE: Edilberto Fonseca	CEDULA: 3231347
AREA/SECCION: CACOM-4.	CARGO: Oficial
INDUCCION: X	REINDUCCION:

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

a. ✓	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
b.	Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
c.	Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
d.	Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

	a.	Dolor de cabeza	c.	Golpe en el dedo	e.	Mareos
	b.	Gripa	d. ✓	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a)
b)
c)
d)

4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

	a. ✓	Proteccion auditiva	e. ✓	Careta facial	i.	Dalantal de carnaza
	b. ✓	Botas de seguridad con puntera	f.	Respirador de doble cartucho	j. ✓	Camisa manga larga
	c.	Polainas	g. ✓	Casco	k.	Guantes de vaqueta
	d.	Guantes de carnaza	h.	Bota de caucho con puntera	l.	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

Reportar al SST o jefe inmediato

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

FIRMA DEL TRABAJADOR CC 3231347	RESPONSABLE SST C.C 65824017.

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S.	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE: Orlando Gomez Rojas	CEDULA: 1068963308
AREA/SECCION: CASETA-4	CARGO: oficial
INDUCCION: X	REINDUCCION:

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

✓ a.	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
b.	Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
c.	Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
d.	Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

	a.	Dolor de cabeza	c.	Golpe en el dedo	e.	Mareos
	b.	Gripa	d. ✓	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a) MANTENER EL AREA LIMPIA
b) REALIZAR LA INSPECCION DE HERRAMIENTAS.
c) REPORTAR CUALQUIER CONDICION INSEGURA
d) EVITAR EL USO DE CELULARES.

4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

	✓ a.	Proteccion auditiva	e.	Careta facial	i.	Dalantal de carnaza
	b. ✓	Botas de seguridad con puntera	f.	Respirador de doble cartucho	j. ✓	Camisa manga larga
	c.	Polainas	g. ✓	Casco	k.	Guantes de vaqueta
	d.	Guantes de carnaza	h.	Bota de caucho con puntera	l. ✓	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

REPORTAR A SST O JEFE INMEDIATO

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

FIRMA DEL TRABAJADOR	RESPONSABLE SST
CC 1068963308	C.C 65 824017.

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S.	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE:	Edwin Alexander Cabezas Acosta	**CEDULA:**	1022968427
AREA/SECCION:	CAccm-4.	**CARGO:**	Oficial
INDUCCION:	X	**REINDUCCION:**	

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

X	a.	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
	b.	Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
	c.	Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
	d.	Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

	a.	Dolor de cabeza	c.	Golpe en el dedo	e.	Mareos
	b.	Gripa	X d.	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a) Mantener una Postura adecuada.
b) Reportar Cualquir Condición insegura.
c) Señalizar la obra
d) Cumplir las normas.

4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

X	a.	Proteccion auditiva	e.	Careta facial	i.	Dalantal de carnaza
X	b.	Botas de seguridad con puntera	f.	Respirador de doble cartucho	j. X	Camisa manga larga
	c.	Polainas	g. X	Casco	k.	Guantes de vaqueta
	d.	Guantes de carnaza	h.	Bota de caucho con puntera	l. X	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

Reportar al SST o jefe inmediato.

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

FIRMA DEL TRABAJADOR	Cristina Cardenas
CC 1022968427	**RESPONSABLE SST**
	C.C 65824017

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE: Oswaldo Avellaneda Barrera	CEDULA: 79594832.
AREA/SECCION: CACOM-4.	CARGO: oficial
INDUCCION: X	REINDUCCION:

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

	a. X	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
	b.	Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
	c.	Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
	d.	Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

	a.	Dolor de cabeza	c.	Golpe en el dedo	e.	Mareos
	b.	Gripa	d. X	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a) INFORMAR SOBRE LOS RIESGOS.
b) SEÑALISAR
c) INSPECCIONAR HERRAMIENTAS ELECTRICAS
d) USAR LOS EPP

4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

	a. X	Proteccion auditiva	e.	Careta facial	i.	Dalantal de carnaza
	b. X	Botas de seguridad con puntera	f.	Respirador de doble cartucho	j.	Camisa manga larga
	c.	Polainas	g. X	Casco	k. X	Guantes de vaqueta
	d.	Guantes de carnaza	h.	Bota de caucho con puntera	l. X	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

Reportar al SST o jefe inmediato

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

Oswaldo Avellaneda Barrera — **FIRMA DEL TRABAJADOR** — **CC**

Cristian Cadena. — **RESPONSABLE SST** — **C.C** 85 & 24017.

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE:	Luis Alberto Molina Bocanegra	**CEDULA:**	1.193.507.720
AREA/SECCION:	CACAO-4	**CARGO:**	Ayudante.
INDUCCION:	X	**REINDUCCION:**	

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

a. ✓	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
b.	Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
c.	Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
d.	Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

	a.	Dolor de cabeza	c. ✓	Golpe en el dedo	e.	Mareos
	b.	Gripa	d.	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a) Informar los riesgos.
b) Usar los epp.
c) Señalizar
d) Alrededor.

4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

	a. ✓	Proteccion auditiva	e.	Careta facial	i.	Dalantal de carnaza
	b. ✓	Botas de seguridad con puntera	f.	Respirador de doble cartucho	j. ✓	Camisa manga larga
	c.	Polainas	g. ✓	Casco	k. ✓	Guantes de vaqueta
	d.	Guantes de carnaza	h.	Bota de caucho con puntera	l. ✓	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

Reportar al jefe inmediato

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC

RESPONSABLE SST
C.C 6582017.

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE: Juan de Dios Bocanegra Diaz	**CEDULA:** 3229727
AREA/SECCION: Colmcom - 4.	**CARGO:** Ayudante
INDUCCION: X	**REINDUCCION:**

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

X	a.	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
	b.	Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
	c.	Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
	d.	Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

	a.	Dolor de cabeza	c.	Golpe en el dedo	e.	Mareos
	b.	Gripa	d. X	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a) Cumplir con las normas y procedimientos
b) Reportar cualquier condicion insegura
c) Respetar las zonas de circulacion Peatonal.
d) Evitar distracciones con el uso del Celular

4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

	a. X	Proteccion auditiva	e.	Careta facial	i.	Dalantal de carnaza
	b. X	Botas de seguridad con puntera	f.	Respirador de doble cartucho	j. X	Camisa manga larga
	c.	Polainas	g. X	Casco	k.	Guantes de vaqueta
	d.	Guantes de carnaza	h.	Bota de caucho con puntera	l. X	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

Reportar al jefe inmediato o responsable SST

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

FIRMA DEL TRABAJADOR	Cristina Cadena.
CC 3229727	**RESPONSABLE SST**
	C.C 65824017

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE:	Miguel Angel Oquendo	**CEDULA:**	80503754
AREA/SECCION:	Edcom 4	**CARGO:**	Ayudante
INDUCCION:	Seguridad y salud en el trabajo / Gestion ambiental	**REINDUCCION:**	N/A.

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

a. X	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
b.	Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
c.	Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
d.	Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

	a.	Dolor de cabeza	c.	Golpe en el dedo	e.	Mareos
	b.	Gripa	d. X	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a) Señalizar la obra.
b) Informar sobre los riesgos
c) Inspección de herramientas.
d) Uso de EPP. correcto

4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

	a. X	Proteccion auditiva	e. X	Careta facial	i.	Dalantal de carnaza
	b. X	Botas de seguridad con puntera	f.	Respirador de doble cartucho	j. X	Camisa manga larga
	c.	Polainas	g. X	Casco	k.	Guantes de vaqueta
	d.	Guantes de carnaza	h.	Bota de caucho con puntera	l. X	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

informar al jefe inmediato

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

Miguel Angel O.
FIRMA DEL TRABAJADOR
CC 80503754.

Cristina Cadena.
RESPONSABLE SST
C.C 65824(1)

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE: Juan Dario Muñoz	**CEDULA:** 1085282854
AREA/SECCION: Edcom 4	**CARGO:** Electricista
INDUCCION: X	**REINDUCCION:**

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

	a. ✓	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
	b.	Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
	c.	Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
	d.	Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

	a.	Dolor de cabeza	c.	Golpe en el dedo	e.	Mareos
	b.	Gripa	d. ✓	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a) Calistenias, buenas posturas, Pausas activas uso de los EPP's
b) Buena comunicación
c) Informar todo riesgo
d) orden y aseo

4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

	a. X	Proteccion auditiva	e.	Careta facial	i.	Dalantal de carnaza
	b. X	Botas de seguridad con puntera s	f.	Respirador de doble cartucho	j. X	Camisa manga larga
	c.	Polainas	g. X	Casco	k. X	Guantes de vaqueta
	d.	Guantes de carnaza	h.	Bota de caucho con puntera	l. X	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

Comunicarme con el area de seguridad

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

Juan Dario Muñoz

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC 1085282854

RESPONSABLE SST
C.C 6582404.

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE:	Yerson Gonalez G.	CEDULA:	1069906188
AREA/SECCION:	CA cort 4.	CARGO:	Supervisor de obra.
INDUCCION:	X	REINDUCCION:	

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

a. X	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
b.	Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
c.	Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
d.	Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

	a.	Dolor de cabeza	c.	Golpe en el dedo	e.	Mareos
	b.	Gripa	d. X	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a) Reportar cualquier condición insegura
b) Evitar el uso del celular
c) Cumplir las normas.
d) Realizar inspección de herramientas

4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

	a. X	Proteccion auditiva	e.	Careta facial	i.	Dalantal de carnaza
	b. X	Botas de seguridad con puntera	f.	Respirador de doble cartucho	j. X	Camisa manga larga
	c.	Polainas	g. X	Casco	k.	Guantes de vaqueta
	d.	Guantes de carnaza	h.	Bota de caucho con puntera	l. X	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

Informar al jefe inmediato y SST.

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

Yerson Gonalez.	Cristian Cardona.
FIRMA DEL TRABAJADOR	RESPONSABLE SST
CC 1069906188.	C.C 6582407

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE:	BREINER ORLANDO JIMENEZ	**CEDULA:**	1069782005
AREA/SECCION:	CACOM-4.	**CARGO:**	Ayudante
INDUCCION:	X	**REINDUCCION:**	

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

a. ✓	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
b.	Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
c.	Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
d.	Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

	a.	Dolor de cabeza	c.	Golpe en el dedo	e.	Mareos
	b.	Gripa	d. ✓	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a) Uso de EPP.
b) Autocuidado.
c) Cumplir normas
d) Autocuidado.

4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

	a. ✓	Proteccion auditiva	e. ✓	Careta facial	i.	Dalantal de carnaza
	b. ✓	Botas de seguridad con puntera	f.	Respirador de doble cartucho	j. ✓	Camisa manga larga
	c.	Polainas	g. ✓	Casco	k.	Guantes de vaqueta
	d.	Guantes de carnaza	h.	Bota de caucho con puntera	l. ✓	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

Informar al jefe y SST

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

Breiner orlando

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC 1069782005.

Cristhian Cadena.

RESPONSABLE SST
C.C 65824017

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE:	Nolfo Benedicto.	**CEDULA:**	1010168952
AREA/SECCION:	CACAI-4.	**CARGO:**	Ayudante
INDUCCION:	X	**REINDUCCION:**	

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

a. ✓	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
b.	Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
c.	Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
d.	Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

	a.	Dolor de cabeza	c.	Golpe en el dedo	e.	Mareos
	b.	Gripa	d. ✓	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a) Reportar actos inseguros
b) usar EPP
c) Señalización de obra.
d) Cumplir las normas

4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

	a. ✓	Proteccion auditiva	e.	Careta facial	i. ✓	Dalantal de carnaza
	b. ✓	Botas de seguridad con puntera	f.	Respirador de doble cartucho	j.	Camisa manga larga
	c.	Polainas	g. ✓	Casco	k. ✓	Guantes de vaqueta
	d.	Guantes de carnaza	h.	Bota de caucho con puntera	l. ✓	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

Informar Jefe inmediato y SST.

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

Nolfo Benedicto.
FIRMA DEL TRABAJADOR
CC 1010168952

Cristina Cadena.
RESPONSABLE SST
C.C 63524012

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE:	Jarsi Germain. Gonzalez G.	**CEDULA:**	1069900199
AREA/SECCION:	CACOM-4.	**CARGO:**	Supervisor de obra
INDUCCION:	X	**REINDUCCION:**	

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

a. ✓	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
b.	Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
c.	Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
d.	Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

	a.	Dolor de cabeza	c.	Golpe en el dedo	e.	Mareos
	b.	Gripa	d. ✓	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a) - Usar el uso de EPP. de manera Correcta.
b) - Señalizacion de las areas
c) - Inspecion de Herramientas
d) - Informar sobre los riesgos

4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

	a. ✓	Proteccion auditiva	e.	Careta facial	i.	Dalantal de carnaza
	b. ✓	Botas de seguridad con puntera	f.	Respirador de doble cartucho	j. ✓	Camisa manga larga
	c.	Polainas	g. ✓	Casco	k.	Guantes de vaqueta
	d.	Guantes de carnaza	h.	Bota de caucho con puntera	l. ✓	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

Informar Jefe Inmediato e inspector SST

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

FIRMA DEL TRABAJADOR	Cristina Cadena.
CC 1069900199.	**RESPONSABLE SST**
	C.C 65824017

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S.	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE:	Albert Alvarez	CEDULA:	1106894421.
AREA/SECCION:	CACOM-4.	CARGO:	Ayudante.
INDUCCION:	X.	REINDUCCION:	

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

X	a.	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
	b.	Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
	c.	Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
	d.	Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

	a.	Dolor de cabeza	c.	Golpe en el dedo	e.	Mareos
	b.	Gripa	d. X	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a) = Respetar las zonas peatonales
b) = Usar EPP
c) = Autocuidado.
d) = Cumplir normas

4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

X	a.	Proteccion auditiva	e.	Careta facial	i.	Dalantal de carnaza
	b. X	Botas de seguridad con puntera	f.	Respirador de doble cartucho	j. X.	Camisa manga larga
	c.	Polainas	g. X	Casco	k.	Guantes de vaqueta
	d.	Guantes de carnaza	h.	Bota de caucho con puntera	l. X	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

Informar SST y JEFE INMEDIATO.

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

Albert Alvarez. — Cristina Cadena.

FIRMA DEL TRABAJADOR — **RESPONSABLE SST**

CC 1106894421 — C.C 65824017.

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE:	EIBER FIGUEROA	**CEDULA:**	1119582395
AREA/SECCION:	CACOM-4	**CARGO:**	Oficial
INDUCCION:	X	**REINDUCCION:**	

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

a.	X	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
b.		Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
c.		Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
d.		Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

a.		Dolor de cabeza	c.		Golpe en el dedo	e.	Mareos
b.		Gripa	d.	X	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a) SEÑALIZAR
b) USO EPP
c) AUTOCUIDADO
d) INSPECCION DE HERRAMIENTAS

4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

X	a.	Proteccion auditiva	e.	X	Careta facial	i.	Dalantal de carnaza
b.	X	Botas de seguridad con puntera	f.		Respirador de doble cartucho	j.	X	Camisa manga larga
c.		Polainas	g.	X	Casco	k.	Guantes de vaqueta
d.		Guantes de carnaza	h.		Bota de caucho con puntera	l.	X	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

INFORMAR JEFE INMEDIATO Y SST

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

EIBER F.

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC 1119582395

Joshua Cadena

RESPONSABLE SST
C.C 6582017

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S.	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE: Danilo Beltran J	CEDULA: 1018492230
AREA/SECCION: CACOM 4	CARGO: oficial.
INDUCCION: X	REINDUCCION:

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

	a. ✓	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
	b.	Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
	c.	Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
	d.	Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

	a.	Dolor de cabeza	c.	Golpe en el dedo	e.	Mareos
	b.	Gripa	d. ✓	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a) - Autocuidado.
b) - Uso EPP
c) - Señalar
d) - Informar sobre los riesgos.

4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

	✓ a.	Proteccion auditiva	e. ✓	Careta facial	i.	Dalantal de carnaza
	b. ✓	Botas de seguridad con puntera	f.	Respirador de doble cartucho	j. ✓	Camisa manga larga
	c.	Polainas	g. ✓	Casco	k.	Guantes de vaqueta
	d.	Guantes de carnaza	h.	Bota de caucho con puntera	l. ✓	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

INFORMAR SST Y JEFE INMEDIATO

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

Cristmer Cadena.
FIRMA DEL TRABAJADOR
CC 65.824017.

Cristmer Cadena.
RESPONSABLE SST
C.C 65824017.

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S.	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE:	DAIRO HUMBERTO GONZALEZ	**CEDULA:**	1079033789.
AREA/SECCION:	CACOM-4.	**CARGO:**	Oficios.
INDUCCION:	X	**REINDUCCION:**	

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

✓	a.	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
	b.	Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
	c.	Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
	d.	Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

	a.	Dolor de cabeza	c.	Golpe en el dedo	e.	Mareos
	b.	Gripa	d. ✓	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a) Usar EPP
b) Señalizar la obra
c) El autocuidado.
d) Inspeccionar Herramientas

4.Señale los elementos de protección personal qué deberá usar durante la realización de su labor.

	a. ✓	Proteccion auditiva	e.	Careta facial	i.	Dalantal de carnaza
	b. ✓	Botas de seguridad con puntera	f. ✓	Respirador de doble cartucho	j. ✓	Camisa manga larga
	c.	Polainas	g. ✓	Casco	k.	Guantes de vaqueta
	d.	Guantes de carnaza	h.	Bota de caucho con puntera	l. ✓	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

Informar al SST y Jefe Inmediato

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

DAIRO HUMBERTO.
FIRMA DEL TRABAJADOR
CC 1079033789

Cristina Cardona
RESPONSABLE SST
C.C 65824017.

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S.	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE:	Alfonso Jimenez Cruz	**CEDULA:**	91 446 378.
AREA/SECCION:	CACOH-4	**CARGO:**	Ayudante
INDUCCION:	X	**REINDUCCION:**	

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

a. ✓	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
b.	Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
c.	Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
d.	Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

	a.	Dolor de cabeza	c.	Golpe en el dedo	e.	Mareos
	b.	Gripa	d. X	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a) Usar EPP
b) Autocuidado
c) Señalizar
d) Cumplir las normas y procedimientos

4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

	a. X	Proteccion auditiva	e. X	Careta facial	i.	Dalantal de carnaza
	b. X	Botas de seguridad con puntera	f.	Respirador de doble cartucho	j. X	Camisa manga larga
	c.	Polainas	g. X	Casco	k.	Guantes de vaqueta
	d.	Guantes de carnaza	h. X	Bota de caucho con puntera	l. X	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

Informar al Jefe inmediato y SST

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

Alfonso Cruz	Cristmer Cadena.
FIRMA DEL TRABAJADOR	**RESPONSABLE SST**
CC 91446378	**C.C** 65824017.

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE: Juis castro	CEDULA: 1024470065
AREA/SECCION:	CARGO: oficial
INDUCCION: X	REINDUCCION:

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

	X	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
	b.	Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
	c.	Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
	d.	Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

	a.	Dolor de cabeza	c.	Golpe en el dedo	e.	Mareos
	b.	Gripa	d. X	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a) señalar la obra
b) usar lo EPP
c) mirar el terreno en obra
d) no utilizar celular

4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

	X a.	Proteccion auditiva	X e.	Careta facial	i.	Dalantal de carnaza
	b. X	Botas de seguridad con puntera	f.	Respirador de doble cartucho	j. X	Camisa manga larga
	c.	Polainas	g. X	Casco	k.	Guantes de vaqueta
	d.	Guantes de carnaza	h.	Bota de caucho con puntera	l. X	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

seguir con el protolago de la seguridad en caso de emegencia

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC 1024470065

RESPONSABLE SST
C.C 3672434?

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S.	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SST-FT-AC-003
		Version: 3
	ASISTENCIA A CAPACITACIÓN	Fecha: 28/05/2026

TIPO: Charla ☐	Capacitación ☐	Entrenamiento ☐	Otro ☐ Divulgación ☒
Fecha: 24/08/2026	Lugar: Cacom 4		Duración: 30 MIN

Realizada por:	Si es externo: ¿Cuál? NA
SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERIA S.A.S ☐ Ente Externo ☐	Genera costo: SI ☐ NO ☐ Monto $ N/A

TEMA(S): Inducción SST: Presentación de la empresa y del proyecto, politica de seguridad y salud en el trabajo, objetivos SGSST, responsabilidades del trabajador en SST, identificación de peligros y valoración de riesgos, medidas de prevención y control establecidas, uso, cuidado, inspección, almacenamiento y reposición de EPP y dotación.

OBJETIVO(S): Socializar al personal los lineamientos basicos de SST aplicables a la ejecución del proyecto, dando a conocer la empresa, el proyecto y sus actividades, la politica y los objetivos del SGSST, las responsabilidades de los trabajadores, los peligros y riesgos asociados a sus labores y las medidas de prevención y controles establecidos. Asimismo, orientar sobre el uso obligatorio adecuado y permanente de los EPP, y la dotación incluyendo su inspeccion, cuidado y almacenamiento y reposición, con el fin de prevenir incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales, promoviendo las condiciones seguras durante la ejecución de las actividades.

Nombre del Capacitador: CRISTINA ROCIO CADENA CELIS	Firma : Licencia en SST: Renovación 0518 - 08/05/2017
Se requiere evaluación del tema? SI ☐ NO ☒	Se requiere verificar eficacia? SI ☐ NO ☒
Nombre del Verificador de eficacia: NA.	Firma : NA.

LISTADO DE ASISTENCIA

No.	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA	EFICACIA Fecha: Se cumplio el Objetivo? SI	NO
1	Juan Camilo Baracaldo Nemeguen	1.020.713.140	Supervisor			
2	Edwin Alexander Cabezas Quesada	1.022.968.427	Oficial de obra			
3	Miguel Ángel Quesada Trujillo	80.503.754	Oficial de obra			
4	Oswaldo Avellaneda Barrera	79.594.832	Oficial de obra			
5	Edilberto Fonseca Puerto	3.231.347	Oficial de obra			
6	Juan Gonzalo Sierra	19.418.126	Oficial de obra			
7	Luis Alberto Molina Bocanegra	19.380.720	Ayudante de obra			
8	Juan de Dios Baracaldo Diaz	3.229.727	Maestro de obra			
9	Rusbel Weimer García Grajales	1.005.855.845	Oficial de obra			
10	Orlando Gómez Gallo	1.106.896.308	Ayudante de obra			
11	Camilo Andrés Nieto Lombana	1.070.625.009	Ayudante			
12	Juan Arturo Álvarez Forero	19.373.122	Electricista			
13	Deyanira Rincón Prieto	52.276.456	Ayudante Elect			
14	Rubén Darío Vásquez Pineda	79.546.121	Ayudante Elect			
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S.	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SST-FT-AC-003
		Version: 3
	ASISTENCIA A CAPACITACIÓN	Fecha: 28/05/2026

TIPO: Charla ☐	Capacitación ☐	Entrenamiento ☐	Otro ☐	Divulgación ☒
Fecha: 24/08/2026	Lugar: Cacom 4		Duración: 30 MIN	

Realizada por: SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERIA S.A.S ☐ Ente Externo ☐	Si es externo: ¿Cuál? NA Genera costo: SI ☐ NO ☐ Monto $ N/A

TEMA(S): Inducción SST: Presentación de la empresa y del proyecto, politica de seguridad y salud en el trabajo, objetivos SGSST, responsabilidades del trabajador en SST, identificación de peligros y valoración de riesgos, medidas de prevención y control establecidas, uso, cuidado, inspección, almacenamiento y reposición de EPP y dotación.

OBJETIVO(S): Socializar al personal los lineamientos basicos de SST aplicables a la ejecución del proyecto, dando a conocer la empresa, el proyecto y sus actividades, la politica y los objetivos del SGSST, las responsabilidades de los trabajadores, los peligros y riesgos asociados a sus labores y las medidas de prevención y controles establecidos. Asimismo, orientar sobre el uso obligatorio adecuado y permanente de los EPP, y la dotación incluyendo su inspeccion, cuidado y almacenamiento y reposición, con el fin de prevenir incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales, promoviendo las condiciones seguras durante la ejecución de las actividades.

Nombre del Capacitador: CRISTINA ROCIO CADENA CELIS	Firma : Licencia en SST: Renovación 0518 - 08/05/2017
Se requiere evaluación del tema? SI ☐ NO ☒	Se requiere verificar eficacia? SI ☐ NO ☒
Nombre del Verificador de eficacia: NA.	Firma : NA.

LISTADO DE ASISTENCIA

No.	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA	EFICACIA Fecha: Se cumplio el Objetivo? SI	EFICACIA Fecha: Se cumplio el Objetivo? NO
1	Hernando Rubiano Bernal	79.050.176	Ayudante			
2	Jorge Eliecer Aponte Cárdenas	80.171.523	Plomero			
3	Jeison German Rodriguez Pinilla	80.172.425	Supervisor			
4	Cristian Eduardo Diaz	1.032.357.800	Oficial			
5	Jhon Jairo Maldonado Gomez	79.720.925	Oficial			
6	Yimmy Alexander Rodríguez Amado	80.019.370	Oficial			
7	Otoniel Deantonio Valderrama	80.019.370	Ayudante			
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SST-FT-AC-003
		Version: 3
	ASISTENCIA A CAPACITACIÓN	Fecha: 28/05/2026

TIPO: Charla ☐	Capacitación ☐	Entrenamiento ☐ Otro ☐ Divulgación ☒
Fecha: 08/09/2026	Lugar: Cacom 4	Duración: 30 MIN

Realizada por: SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERIA S.A.S ☒ Ente Externo ☐	Si es externo: ¿Cuál? NA Genera costo: SI ☐ NO ☐ Monto $ N/A

TEMA(S): Inducción SST: Presentación de la empresa y del proyecto, política de seguridad y salud en el trabajo, objetivos SGSST, responsabilidades del trabajador en SST, identificación de peligros y valoración de riesgos, medidas de prevención y control establecidas, uso, cuidado, inspección, almacenamiento y reposición de EPP y dotación.

OBJETIVO(S): Socializar al personal los lineamientos basicos de SST aplicables a la ejecución del proyecto, dando a conocer la empresa, el proyecto y sus actividades, la politica y los objetivos del SGSST, las responsabilidades de los trabajadores, los peligros y riesgos asociados a sus labores y las medidas de prevención y controles establecidos. Asimismo, orientar sobre el uso obligatorio adecuado y permanente de los EPP, y la dotación incluyendo su inspeccion, cuidado y almacenamiento y reposición, con el fin de prevenir incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales, promoviendo las condiciones seguras durante la ejecución de las actividades.

Nombre del Capacitador: CRISTINA ROCIO CADENA CELIS	Firma : Licencia en SST: Renovación 0518 - 08/05/2017
Se requiere evaluación del tema? SI ☐ NO ☒	Se requiere verificar eficacia? SI ☐ NO ☒
Nombre del Verificador de eficacia: NA.	Firma : NA.

LISTADO DE ASISTENCIA

No.	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA	EFICACIA Fecha: Se cumplio el Objetivo? SI	NO
1	Pedro Pablo Niño Parra	3005626	Ayudante de obra	Pedro Pablo		
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S.	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SST-FT-AC-003
		Version: 3
	ASISTENCIA A CAPACITACIÓN	Fecha: 28/05/2026

TIPO: Charla ☐	Capacitación ☐	Entrenamiento ☐	Otro ☐	Divulgación ☒
Fecha: 07/09/2026	**Lugar:** Cacom 4		**Duración:** 30 MIN	

Realizada por:

SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERIA S.A.S ☒ Ente Externo ☐

Si es externo: ¿Cuál? NA

Genera costo: SI ☐ NO ☐ **Monto $** N/A

TEMA(S): Inducción SST: Presentación de la empresa y del proyecto, politica de seguridad y salud en el trabajo, objetivos SGSST, responsabilidades del trabajador en SST, identificación de peligros y valoración de riesgos, medidas de prevención y control establecidas, uso, cuidado, inspección, almacenamiento y reposición de EPP y dotación.

OBJETIVO(S): Socializar al personal los lineamientos basicos de SST aplicables a la ejecución del proyecto, dando a conocer la empresa, el proyecto y sus actividades, la politica y los objetivos del SGSST, las responsabilidades de los trabajadores, los peligros y riesgos asociados a sus labores y las medidas de prevención y controles establecidos. Asimismo, orientar sobre el uso obligatorio adecuado y permanente de los EPP, y la dotación incluyendo su inspeccion, cuidado y almacenamiento y reposición, con el fin de prevenir incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales, promoviendo las condiciones seguras durante la ejecución de las actividades.

Nombre del Capacitador: CRISTINA ROCIO CADENA CELIS	**Firma :** **Licencia en SST:** Renovación 0518 - 08/05/2017
Se requiere evaluación del tema? SI ☐ NO ☒	**Se requiere verificar eficacia?** SI ☐ NO ☒
Nombre del Verificador de eficacia: NA.	**Firma :** NA.

LISTADO DE ASISTENCIA

No.	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA	EFICACIA Fecha: Se cumplio el Objetivo? SI	NO
1	Santiago Hernández Alarcón	1.014.216.041	Oficial de Obra			
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE:	JOSÉ ARMANDO LORETO	**CEDULA:**	17622437
AREA/SECCION:	CACOM-4	**CARGO:**	TECNICO
INDUCCION:	X	**REINDUCCION:**	

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

	a.	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
	b.	Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
	c.	Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
	d.	Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

	a.	Dolor de cabeza	c.	Golpe en el dedo	e.	Mareos
	b.	Gripa	d.	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a) USO DE FORMA Y PERMANENTE. LOS ELEMENTOS (EPP)
b) REALIZAR REPORTES PERMANENTE DE HALLAZGOS
c) ACATAR LOS PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO SEGUROS
d) MANTENER EL AREA DE TRABAJO LIMPIA.

4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

	a.	Proteccion auditiva	e.	Careta facial	i.	Dalantal de carnaza
	b.	Botas de seguridad con puntera	f.	Respirador de doble cartucho	j.	Camisa manga larga
	c.	Polainas	g.	Casco	k.	Guantes de vaqueta
	d.	Guantes de carnaza	h.	Bota de caucho con puntera	l.	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

AVISAR AL JEFE INMEDIATO, O AL RESPONSABLE SST. BRINDAR PRIMEROS AUXILIOS. TRASLADO AL CENTRO DE SALUD MAS CERCANO.

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC 17622437

RESPONSABLE SST
C.C 36.294.342

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S.	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE: Adonais Vega Pena	**CEDULA:** 1193211627
AREA/SECCION: Cacon-4	**CARGO:** Fiscal
INDUCCION: X	**REINDUCCION:**

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

	a. ✓	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
	b.	Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
	c.	Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
	d.	Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

	a.	Dolor de cabeza	c.	Golpe en el dedo	e.	Mareos
	b.	Gripa	d. ✓	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a) auto cuidado
b) señalizar el sitio de Trabajo
c) orden y aseo
d) Revizar los Herramientas

4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

	a. ✓	Proteccion auditiva	e.	Careta facial	i.	Dalantal de carnaza
	b. ✓	Botas de seguridad con puntera	f.	Respirador de doble cartucho	j. ✓	Camisa manga larga
	c.	Polainas	g. ✓	Casco	k.	Guantes de vaqueta
	d.	Guantes de carnaza	h.	Bota de caucho con puntera	l. ✓	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

Reporta a el Jefe inmediato O SST

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC 1193211627

RESPONSABLE SST
C.C 36294342

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE: DANY Jose Obeso peña	CEDULA: 7004119635
AREA/SECCION: GACOM-4 CACOM-4	CARGO: Oficial
INDUCCION: X	REINDUCCION:

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

	X	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
	b.	Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
	c.	Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
	d.	Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

	a.	Dolor de cabeza	X	Golpe en el dedo	e.	Mareos
	b.	Gripa	d.	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a) Uso de E.P.P
b) Cortes con pulidora
c) Quemadura
d) Caidas Alto Nivel

4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

	a. X	Proteccion auditiva	e. X	Careta facial	i. X	Dalantal de carnaza
	b. X	Botas de seguridad con puntera	f. X	Respirador de doble cartucho	j. X	Camisa manga larga
	c.	Polainas	g. X	Casco	k. X	Guantes de vaqueta
	d. X	Guantes de carnaza	h. X	Bota de caucho con puntera	l. X	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

Comunicarle al S.S.T

ARL SURA

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

DANY

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC 7004119635

RESPONSABLE SST
C.C 3629343 42

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE:	CRISTOFER CE	**CEDULA:**	8508280
AREA/SECCION:	CACOM-4	**CARGO:**	SOLDADOR
INDUCCION:	X	**REINDUCCION:**	

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

a. ✓	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
b.	Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
c.	Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
d.	Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

	a.	Dolor de cabeza	c. ✓	Golpe en el dedo	e.	Mareos
	b.	Gripa	d.	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a) USOS de EPP
b) Corte con pulidora
c) Caida a diferente nivel
d) Señalizacion de zona de trabajo

4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

	a. ✓	Proteccion auditiva	e. ✓	Careta facial	i.	Dalantal de carnaza
	b. ✓	Botas de seguridad con puntera	f. ✓	Respirador de doble cartucho	j. ✓	Camisa manga larga
	c.	Polainas	g. ✓	Casco	k.	Guantes de vaqueta
	d. ✓	Guantes de carnaza	h.	Bota de caucho con puntera	l. ✓	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

comunicarle a SST
SURA

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC 8508280

RESPONSABLE SST
C.C 36.294342

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE: Lady Horcela Alarcón Santana	**CEDULA:** 1074556311
AREA/SECCION: CACOM - 4 CACOM - 4	**CARGO:** Coordinador Altura.
INDUCCION: x	**REINDUCCION:**

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

	a. ✓	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
	b.	Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
	c.	Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
	d.	Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

	a.	Dolor de cabeza	c.	Golpe en el dedo	e.	Mareos
	b.	Gripa	d. ✓	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a) Usar los EPP correspondientes
b) aislar y señalizar el área
c) Hidratación constante
d) Mantener en Orden y aseo el lugar de trabajo

4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

	a.	Proteccion auditiva	e.	Careta facial	i.	Dalantal de carnaza
	b. ✓	Botas de seguridad con puntera	f.	Respirador de doble cartucho	j. ✓	Camisa manga larga
	c.	Polainas	g. ✓	Casco	k.	Guantes de vaqueta
	d.	Guantes de carnaza	h. ✓	Bota de caucho con puntera	l.	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

Comunicar al supervisor - coordinador de altura, de manera inmediata.
ARL sura

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

Horcela Alarcón

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC 1074556311

RESPONSABLE SST
C.C 36294342

Powered by CamScanner

SOLTEC	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE:	Javier Antonio Diaz Arevalo	**CEDULA:**	1136684 2
AREA/SECCION:	CACOM-4 CACOM-4	**CARGO:**	Oficial
INDUCCION:	X	**REINDUCCION:**	

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

	a ✓	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
	b.	Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
	c.	Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
	d.	Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

	a.	Dolor de cabeza	b. ✓	Golpe en el dedo	e.	Mareos
	b.	Gripa	d.	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a) Uso de EPP
b) Uso de EPP C
c) Hidratacion
d) buena postura

4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

	a.	Proteccion auditiva	e. ✓	Careta facial	i.	Dalantal de carnaza
	b. ✓	Botas de seguridad con puntera	f. ✓	Respirador de doble cartucho	j. ✓	Camisa manga larga
	c.	Polainas	g. ✓	Casco	k.	Guantes de vaqueta
	d. ✓	Guantes de carnaza	h.	Bota de caucho con puntera	l. ✓	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

Reportar al supervisor

Arl sura

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC 1136684 2

RESPONSABLE SST
C.C 36.294342

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE: Jhon Jair. S obeso	**CEDULA:** 1080540739
AREA/SECCION: CACOM-4 CACOM-4	**CARGO:** Oficial
INDUCCION: X	**REINDUCCION:**

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

	X a.	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
	b.	Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
	c.	Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
	d.	Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

	a.	Dolor de cabeza	X c.	Golpe en el dedo	e.	Mareos
	b.	Gripa	d.	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a) uso de EPP
b) uso de EPPC
c) Buena postura
d) Hidratación

4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

	X a.	Proteccion auditiva	e.	Careta facial	i.	Dalantal de carnaza
	X b.	Botas de seguridad con puntera	f.	Respirador de doble cartucho	X	Camisa manga larga
	c.	Polainas	X g.	Casco	X	Guantes de vaqueta
	X d.	Guantes de carnaza	h.	Bota de caucho con puntera	X	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

Comunicarle a la SST
ARL Sura

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

Jhon obeso
FIRMA DEL TRABAJADOR
CC 1080540739

RESPONSABLE SST
C.C 86294342

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S.	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE: Santiago Hernandez Alarcon	**CEDULA:** 3144450376
AREA/SECCION: CoCom-4	**CARGO:** Auxiliar de Obra
INDUCCION: X	**REINDUCCION:**

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

	X a.	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
	b.	Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
	c.	Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
	d.	Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

	a.	Dolor de cabeza	c.	Golpe en el dedo	e.	Mareos
	b.	Gripa	X d.	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a) mantene en uso los implementos de proteccion
b) mantener la obra en buen estado como mantener limpia
c) usar bien las herramientas de trabajo
d) mantener el area ordenada y limpia

4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

	X a.	Proteccion auditiva	X e.	Careta facial	i.	Dalantal de carnaza
	X b.	Botas de seguridad con puntera	f.	Respirador de doble cartucho	X j.	Camisa manga larga
	c.	Polainas	X g.	Casco	k.	Guantes de vaqueta
	d.	Guantes de carnaza	X h.	Bota de caucho con puntera	X l.	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

Avisar al Jefe de obra Responsable SST
centro de salud mas cercano

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

Santiago

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC 1014216041

RESPONSABLE SST
C.C 36294342

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S.	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE:	Jose Yezid Guevara S.	CEDULA:	79848048
AREA/SECCION:	CACON - 4	CARGO:	Tecnico
INDUCCION:	X	REINDUCCION:	—

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

	X	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
	b.	Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
	c.	Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
	d.	Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

	a.	Dolor de cabeza	c.	Golpe en el dedo	e.	Mareos
	b.	Gripa	d. X	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a) Usar EPP
b) Inspeccion a las herramientas de trabajo
c) Acatar los procedimientos de trabajo seguro
d) Realizar inspeccion del sitio de trabajo

4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

	a. X	Proteccion auditiva	e. X	Careta facial	i.	Dalantal de carnaza
	b. X	Botas de seguridad con puntera	f.	Respirador de doble cartucho	j. X	Camisa manga larga
	c.	Polainas	g. X	Casco	k.	Guantes de vaqueta
	d.	Guantes de carnaza	h.	Bota de caucho con puntera	l. X	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

Avisar al jefe inmediato y al responsable SST, buscar primeros auxilios y trasladar al centro de salud mas cercano

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

Yezid G.

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC 79848048

RESPONSABLE SST
C.C 36294342

Powered by CamScanner

SOLTEC	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE: Jhon Alejandro Martinez Rodriguez	**CEDULA:** 1004049303
AREA/SECCION: Cacon - 4	**CARGO:** Oficial
INDUCCION: X	**REINDUCCION:**

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

	a. ✓	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
	b.	Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
	c.	Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
	d.	Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

	a.	Dolor de cabeza	c.	Golpe en el dedo	e.	Mareos
	b.	Gripa	d. ✓	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a) Usar la EPP de manera correcta
b) Orden y aseo
c) Señalización
d)

4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

	a. ✓	Proteccion auditiva	e.	Careta facial	i.	Dalantal de carnaza
	b. ✓	Botas de seguridad con puntera	f.	Respirador de doble cartucho	j. ✓	Camisa manga larga
	c.	Polainas	g. ✓	Casco	k.	Guantes de vaqueta
	d.	Guantes de carnaza	h.	Bota de caucho con puntera	l. ✓	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

Jhon Alejandro Martinez

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC 1004049303

RESPONSABLE SST
C.C 3629434 2

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S.	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-EI-011
		Versión: 1
	EVALUACION DE LA INDUCCION SST	Fecha: 23/04/2026

NOMBRE: Cristian Eduardo Diaz Rodriguez	**CEDULA:** 1.032.359.800
AREA/SECCION: CACOM 4	**CARGO:** Oficial
INDUCCION: X	**REINDUCCION:** ———

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuál de las siguientes opciones es la definición de seguridad y salud en el trabajo:

	X	Disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.
	b.	Herramienta que le permite a cualquier organización planear, controlar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a traves de la prestación de servicios con altos estandares de calidad.
	c.	Sistema estructurado que facilita que una organización controle todas sus actividades, servicios y productos que puedan causar algun impacto al medio ambiente.
	d.	Todas las anteriores

2. Identifique cual de los siguientes ejemplos se considera accidente de trabajo

	a.	Dolor de cabeza	c.	Golpe en el dedo	e.	Mareos
	b.	Gripa	X	Caida a la entrada de una excavación		

3. Enumere cuatro (4) medidas preventivas que usted debe cumplir para evitar accidentes y enfermedades laborales

a) Mantener el area ordenada y limpia.
b) Realizar inspección previa de herramientas.
c) Acatar los procedimientos de trabajo seguro
d) Usar de forma permanente y adecuada los elementos

4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

	X	Proteccion auditiva	X	Careta facial	i.	Dalantal de carnaza
	X	Botas de seguridad con puntera	f.	Respirador de doble cartucho	X	Camisa manga larga
	c.	Polainas	X	Casco	k.	Guantes de vaqueta
	d.	Guantes de carnaza	h.	Bota de caucho con puntera	X	Gafas de seguridad

5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad (ARL) que lo atiende:

Avisar al jefe inmediato y al responsable (E.P.P) brindar los primeros auxilios y trasladar al centro de salud mas cercano.

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC 1-032-359-800

RESPONSABLE SST
C.C 6582401?

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S.	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SST-FT-AC-003
		Version: 3
	ASISTENCIA A CAPACITACIÓN	Fecha: 28/05/2026

TIPO: Charla ☐	Capacitación ☐	Entrenamiento ☐	Otro ☐ Divulgación ☒
Fecha: 09/09/2026	Lugar: Cacom 4	Duración: 30 MIN	

Realizada por:	Si es externo: ¿Cuál? NA
SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERIA S.A.S ☒ Ente Externo ☐	Genera costo: SI ☐ NO ☐ Monto $ N/A

TEMA(S): Inducción SST: Presentación de la empresa y del proyecto, politica de seguridad y salud en el trabajo, objetivos SGSST, responsabilidades del trabajador en SST, identificación de peligros y valoración de riesgos, medidas de prevención y control establecidas, uso, cuidado, inspección, almacenamiento y reposición de EPP y dotación.

OBJETIVO(S): Socializar al personal los lineamientos basicos de SST aplicables a la ejecución del proyecto, dando a conocer la empresa, el proyecto y sus actividades, la politica y los objetivos del SGSST, las responsabilidades de los trabajadores, los peligros y riesgos asociados a sus labores y las medidas de prevención y controles establecidos. Asimismo, orientar sobre el uso obligatorio adecuado y permanente de los EPP, y la dotación incluyendo su inspeccion, cuidado y almacenamiento y reposición, con el fin de prevenir incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales, promoviendo las condiciones seguras durante la ejecución de las actividades.

Nombre del Capacitador: CRISTINA ROCIO CADENA CELIS	Firma : Licencia en SST: Renovación 0518 - 08/05/2017
Se requiere evaluación del tema? SI ☐ NO ☒	Se requiere verificar eficacia? SI ☐ NO ☒
Nombre del Verificador de eficacia: NA.	Firma : NA.

LISTADO DE ASISTENCIA

No.	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA	EFICACIA Fecha: Se cumplio el Objetivo? SI	NO
1	Santiago Ordóñez Rocha	1005777996	Ayudante de obra	SANTIAGO	1	
2	Jonatan Vargas Piñeros	1010114870	Ayudante de obra	—		
3	Pedro José Neira	80798702	Oficial de obra	—		
4	Fabián Andrés Narváez	1049453742	Ayudante de obra	—		
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SST-FT-AC-003
		Version: 3
	ASISTENCIA A CAPACITACIÓN	Fecha: 28/05/2026

TIPO: Charla ☐	Capacitación ☐ Entrenamiento ☐ Otro ☐ Divulgación ☒	
Fecha: 07/09/2026	Lugar: Cacom 4	Duración: 30 MIN

Realizada por: SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERIA S.A.S ☒ Ente Externo ☐	Si es externo: ¿Cuál? NA Genera costo: SI ☐ NO ☐ Monto $ N/A

TEMA(S): Inducción SST: Presentación de la empresa y del proyecto, politica de seguridad y salud en el trabajo, objetivos SGSST, responsabilidades del trabajador en SST, identificación de peligros y valoración de riesgos, medidas de prevención y control establecidas, uso, cuidado, inspección, almacenamiento y reposición de EPP y dotación.

OBJETIVO(S): Socializar al personal los lineamientos basicos de SST aplicables a la ejecución del proyecto, dando a conocer la empresa, el proyecto y sus actividades, la politica y los objetivos del SGSST, las responsabilidades de los trabajadores, los peligros y riesgos asociados a sus labores y las medidas de prevención y controles establecidos. Asimismo, orientar sobre el uso obligatorio adecuado y permanente de los EPP, y la dotación incluyendo su inspeccion, cuidado y almacenamiento y reposición, con el fin de prevenir incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales, promoviendo las condiciones seguras durante la ejecución de las actividades.

Nombre del Capacitador: CRISTINA ROCIO CADENA CELIS	Firma : Licencia en SST: Renovación 0518 - 08/05/2017
Se requiere evaluación del tema? SI ☐ NO ☒	Se requiere verificar eficacia? SI ☐ NO ☒
Nombre del Verificador de eficacia: NA.	Firma : NA.

LISTADO DE ASISTENCIA

No.	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA	EFICACIA Fecha: Se cumplio el Objetivo? SI	NO
1	Santiago Hernández Alarcón	1014216041	Oficial de Obra			
2	Cristian Eduardo Diaz	1032357800	Oficial.			
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S.	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SST-FT-AC-003
		Version: 3
	ASISTENCIA A CAPACITACIÓN	Fecha: 28/05/2026

TIPO: Charla ☐	Capacitación ☐	Entrenamiento ☐	Otro ☐ Divulgación ☒
Fecha: 14/09/2026	Lugar: Cacom 4		Duración: 30 MIN

Realizada por:	Si es externo: ¿Cuál? NA
SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERIA S.A.S ☒ Ente Externo ☐	Genera costo: SI ☐ NO ☐ Monto $ N/A

TEMA(S): Inducción SST: Presentación de la empresa y del proyecto, política de seguridad y salud en el trabajo, objetivos SGSST, responsabilidades del trabajador en SST, identificación de peligros y valoración de riesgos, medidas de prevención y control establecidas, uso, cuidado, inspección, almacenamiento y reposición de EPP y dotación.

OBJETIVO(S): Socializar al personal los lineamientos basicos de SST aplicables a la ejecución del proyecto, dando a conocer la empresa, el proyecto y sus actividades, la politica y los objetivos del SGSST, las responsabilidades de los trabajadores, los peligros y riesgos asociados a sus labores y las medidas de prevención y controles establecidos. Asimismo, orientar sobre el uso obligatorio adecuado y permanente de los EPP, y la dotación incluyendo su inspeccion, cuidado y almacenamiento y reposición, con el fin de prevenir incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales, promoviendo las condiciones seguras durante la ejecución de las actividades.

Nombre del Capacitador: Johanna Guerra Pardo	Firma : Licencia en SST: 1453 07/02/2020.
Se requiere evaluación del tema? SI ☐ NO ☒	Se requiere verificar eficacia? SI ☐ NO ☒
Nombre del Verificador de eficacia: NA.	Firma : NA.

LISTADO DE ASISTENCIA

No.	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA	EFICACIA Fecha: Se cumplio el Objetivo? SI	NO
1	Javier Antonio Diaz Arévalo	11.366.842	Lider de proyectos /coordinador de Altura			
2	Lady Marcela Alarcón Santana	1.074.556.511	Lider Administrativa/ coordinador altura	Marcela Alarcón		
3	Adonai Jesús Vega	1.193.211.623	Oficial de Altura/coordinador de			
4	Jhon Alexander Romero	79.914.163	Ayudante de piso			
5	Cristofferson Castilla Zabaleta	8.508.280	Soldador			
6	Danny José Obeso peña	1.004.119.635	Oficial de altura			
7	Jhon Jaris Obeso Peña	1.080.540.739	Oficial de altura	Jhon Obeso		
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Powered by CamScanner

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S.	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SST-FT-AC-003
		Versión: 3
	ASISTENCIA A CAPACITACIÓN	Fecha: 28/05/2026

TIPO: Charla ☐	Capacitación ☐	Entrenamiento ☐	Otro ☐ Divulgación ☒	
Fecha: 14/09/2026	**Lugar:** Cacom 4		**Duración:** 30 MIN	
Realizada por: SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERIA S.A.S ☐ Ente Externo ☐			**Si es externo: ¿Cuál?** NA **Genera costo:** SI ☐ NO ☐ **Monto $** N/A	

TEMA(S): Inducción SST: Presentación de la empresa y del proyecto, politica de seguridad y salud en el trabajo, objetivos SGSST, responsabilidades del trabajador en SST, identificación de peligros y valoración de riesgos, medidas de prevención y control establecidas, uso, cuidado, inspección, almacenamiento y reposición de EPP y dotación.

OBJETIVO(S): Socializar al personal los lineamientos basicos de SST aplicables a la ejecución del proyecto, dando a conocer la empresa, el proyecto y sus actividades, la politica y los objetivos del SGSST, las responsabilidades de los trabajadores, los peligros y riesgos asociados a sus labores y las medidas de prevención y controles establecidos. Asimismo, orientar sobre el uso obligatorio adecuado y permanente de los EPP, y la dotación incluyendo su inspeccion, cuidado y almacenamiento y reposición, con el fin de prevenir incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales, promoviendo las condiciones seguras durante la ejecución de las actividades.

Nombre del Capacitador:	**Firma :** JWTW **Licencia en SST:** 1453 07/02/2020
Se requiere evaluación del tema? SI ☐ NO ☒	**Se requiere verificar eficacia?** SI ☐ NO ☒
Nombre del Verificador de eficacia: NA.	**Firma :** NA.

LISTADO DE ASISTENCIA

No.	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA	EFICACIA Fecha:	Se cumplio el Objetivo? SI	NO
1	John Alejandro Martínez Rodríguez	1.004.049.303	Maestro de obra	Jhon AMartinez			
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

Powered by CamScanner

ANEXO-11
CURSO 50/20 HORAS SG-SST

Fundación unipymes

Curso 50 horas

Decreto No. 1072 de 2015 - Artículo 2.2.4.6.35

REGISTRO: RCO-0013

MINTRABAJO

Fundación unipymes

Fundación Unipymes

HACE CONSTAR QUE:

CRISTINA ROCIO CADENA CELIS

Con cédula de ciudadanía No.65824017

Cursó y Aprobó:

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST)
Con una duración de 50 horas, en cumplimiento de la Resolución No. 4927 de 2016.

Fecha de finalización del curso: 2021-09-12 11:46:34
Lugar: Bogotá D.C.

Código de Validación

Yenni Alexandra Prieto Duarte - Directora

ab479667-c15c-42da-9c9e-8c324522e85b

República de Colombia

Aliados en Tecnología y Calidad S.A.S.

Autorizado por el Ministerio de Trabajo según Registro Certificado de Oferente RCO-0027

Confiere

Certificado de Capacitación, Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)

Intensidad de 20 Horas

A

Cristina Rocio Cadena Celis

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 65824017

Bogotá, 25 de junio de 2025

ATCAL
ALIADOS EN TECNOLOGÍA Y CALIDAD S.A.S.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

ELCY JOHANA GUERRA PARDO

Con Cedula de Ciudadania No. 36294342

Cursó y aprobó la acción de Formación

SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST

con una duración de 50 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Piedecuesta, a los once (11) dias del mes de agosto de dos mil veintiuno (2021)

Firmado Digitalmente por

ZEGRID FRANCISCO CADENA CASTAÑEDA
Subdirector
CENTRO ATENCION SECTOR AGROPECUARIO
REGIONAL SANTANDER

76598164 - 11/08/2021
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 9122002359311CC36294342C.

República de Colombia

Aliados en Tecnología y Calidad S.A.S.

Autorizado por el Ministerio de Trabajo según Registro Certificado de Oferente RCO-0027

Confiere

Certificado de Capacitación, Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)

Intensidad de 20 Horas

A

Elcy Johana Guerra Pardo

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 36294342

Bogotá, 21 de febrero de 2025

Powered by CamScanner

ANEXO-12
REGLAMENTO HIGIENE INDUSTRIAL

REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERÍA S.A.S

EMPRESA	SOLTEC Proyectos de ingeniería S.A.S
IDENTIFICACIÓN	900.812.511-1
ARL:	POSITIVA
CLASE DE RIESGO	V
CIUDAD	BOGOTÁ
DIRECCIÓN	Carrera 55 # 152b-68 oficina 1310
TELÉFONO	4661749
ACTIVIDAD ECONÓMICA	7112 actividades de ingeniería y otras actividades conexas de consultoría técnica

SOLTEC Proyectos de ingeniería S.A.S., con domicilio principal en Bogotá, Carrera 55 #152b-68 Oficina 1310, cuya actividad económica consiste en prestación de servicios o actividades de arquitectura prescribe el siguiente reglamento contenido en los siguientes términos:

ARTÍCULO 1: SOLTEC Proyectos de ingeniería S.A.S., se compromete a dar cumplimiento a las disposiciones legales vigentes tendientes a garantizar los mecanismos que aseguren una adecuada y oportuna prevención de los accidentes de trabajo y enfermedades Laborales de conformidad con los artículos 34, 57, 58, 108, 205, 206, 217, 220, 221, 282, 283, 348, 349, 350 y 351 del Código Sustantivo del Trabajo, la Ley 9a. de 1979, Resolución 2400 de 1979, Decreto 614 de 1984, Resolución 2013 de 1986, Resolución 1016 de 1989, Resolución 6398 de 1991, Decreto 1295 de 1994, Decreto 1072 de 2015, Resolución 0312 de 2019 y demás normas que con tal fin se establezcan.

ARTÍCULO 2: SOLTEC Proyectos de ingeniería S.A.S., Se obliga a promover y garantizar la constitución y funcionamiento del Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo, de conformidad con la Resolución 1016 1989 y el decreto 1072 de 2015. Lo establecido en el Decreto 614 de 1984, Resolución 2013 de 1986, Decreto 1295 de 1994.

ARTÍCULO 3: SOLTEC Proyectos de ingeniería S.A.S., se compromete a destinar los recursos necesarios para desarrollar actividades permanentes de conformidad con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, elaborado de acuerdo con el Decreto 1072 del 2015 y Resolución 1016 de 1989, el cual contempla como mínimo los siguientes aspectos:

- **Programa de medicina preventiva y del trabajo,** Orientado a promover y mantener el más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores, en todos los oficios; prevenir cualquier daño a su salud, ocasionado por las

condiciones de trabajo, protegerlos en su empleo de los riesgos generados por la presencia de agentes y procedimientos nocivos, colocar y mantener al trabajador en una actividad acorde con sus aptitudes fisiológicas y psicosociales.

- **Programa de Higiene y Seguridad Industrial**, dirigido a establecer las mejores condiciones de saneamiento básico industrial y a crear los procedimientos que conlleven a eliminar o controlar los factores de riesgos que se originen en los lugares de trabajo o que puedan ser causa de enfermedad o accidente laboral.

ARTÍCULO 4: Los riesgos existentes en la empresa, están constituidos principalmente por:

1. RIESGOS FÍSICOS:

- Ruido.
- Radiaciones Ionizantes y no Ionizantes.
- Cambios de temperatura
- Iluminación.

2. RIESGOS BIOLÓGICOS:

- Virus
- Bacterias
- Hongos
- Parásitos

3. RIESGO ERGONÓMICO Y/O BIOMECÁNICOS

- Carga Estática
- Carga Dinámica
- Diseño puesto de trabajo
- Peso y tamaño de objetos
- Postura prolongada, mantenida, forzada
- Esfuerzo y movimientos repetitivos
- Manipulación manual de cargas

4. RIESGOS DE SEGURIDAD:

- Mecánico.
- Eléctricos
- Locativos
- Tecnológico

- Trabajo en alturas

5. RIESGOS PSICOSOCIALES:

- Relaciones Inter Personales.
- Monotonía de labores diarias.

6. RIESGOS PÚBLICOS:

- Accidentes de Transito
- Orden Público
- Catástrofes Naturales

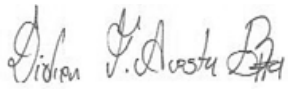
PARÁGRAFO: A efecto de que los riesgos contemplados en el presente Artículo, no se traduzcan en accidente de trabajo o en enfermedad Laboral, **SOLTEC Proyectos de ingeniería S.A.S**., ejerce su control en la fuente, en el medio transmisor o en el trabajador, de conformidad con lo estipulado en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, el cual se da a conocer a todos los trabajadores al servicio de esta.

ARTÍCULO 5. SOLTEC Proyectos de ingeniería S.A.S., y sus trabajadores darán estricto cumplimiento a las disposiciones legales, así como a las normas técnicas e internas que se adopten para lograr la implementación de las actividades de medicina preventiva del trabajo, higiene y seguridad industrial, que sean concordantes con el presente Reglamento y con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

ARTÍCULO 6: SOLTEC Proyectos de ingeniería S.A.S., ha implementado un proceso de inducción del trabajador a las actividades que debe desempeñar, capacitándolo respecto a las medidas de prevención y seguridad que exija el medio ambiente laboral y el trabajo específico que vaya a realizar.

ARTÍCULO 7: Este reglamento permanecerá exhibido, en por lo menos dos lugares visibles de la empresa y sus contenidos se darán a conocer a todos los trabajadores en el momento de su ingreso.

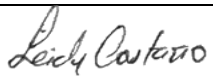
ARTÍCULO 8: El presente reglamento entra en vigor a partir de la fecha de aprobación y publicación y durante el tiempo que **SOLTEC Proyectos de ingeniería S.A.S**., conserve sin cambios sustanciales, las condiciones existentes en el momento de su aprobación, tales como actividad económica, métodos de producción, instalaciones locativas o cuando se dicten disposiciones gubernamentales que modifiquen las normas del Reglamento o que limiten su vigencia.



Didier acosta
Representante Legal

Control de cambios

ITEM	FECHA	DESCRIPCIÓN	VERSIÓN
1	23/01/2024	Creación del documento	0
2	12/01/2025	Actualización del reglamento	1
	3 04/03/2026	Actualización del Reglamento	2

PROYECTÓ	Vanessa Castaño	**REVISÓ**	Didier Acosta	**APROBÓ**	Deisy Fernández
CARGO	Líder SG-SST	**CARGO**	Representante Legal	**CARGO**	Presidente COPASST
FIRMA		**FIRMA**		**FIRMA**	
FECHA	23/01/2024	**FECHA**	23/01/2024	**FECHA**	23/01/2024

ANEXO-13
POLITICA SST

SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERÍA S.A.S Establece dentro de sus prioridades la protección de la Seguridad y Salud de los trabajadores directos, temporales, contratistas, proveedores e invitados de la empresa, mediante la prevención y control de riesgos de la Seguridad y Salud en el Trabajo, con el fin de la mejora continua mediante la identificación de peligros, evaluación y valoración del riesgo según el SG-SST.

Es compromiso de **SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERIA S.A.S.,** dar cumplimiento a la legislación vigente en materia de Seguridad y Salud en el trabajo con los estándares mínimos que sean aplicables en materia de riesgos laborales. Con este fin, la Dirección se compromete a asignar los recursos humanos, técnicos y económicos necesarios para el adecuado desarrollo del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo. Adicionalmente se compromete a:

- Involucrar y comprometer a nuestros trabajadores, mediante procesos de inducción, sensibilización, capacitación y entrenamiento sobre los riesgos presentes en nuestro entorno laboral, así como los mecanismos para evitar accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

- Promover la participación del COPASST según corresponda en todas las etapas del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo y considerar las recomendaciones sujetas de esta para el mejoramiento continuo del SGSST.

- Identificar y establecer acciones para mitigar las condiciones de trabajo que puedan generar algún tipo de riesgo, lesión o pérdida potencial a las personas, la infraestructura, daño a la propiedad, materiales o equipos, la propia imagen o elementos de carácter socioambiental.

- Liderar y promover actividades de información y capacitación, para fomentar la práctica de hábitos de vida y de trabajo saludables y a generar conciencia sobre los perjuicios por el consumo en exceso de alcohol, drogas, tabaco y/o cualquier sustancia alucinógena o producto semejante.

- Promover y mantener el bienestar físico, mental y social de los trabajadores.

- Revisar esta política cada año y actualizar acorde con los cambios en el sistema de seguridad y salud en el trabajo.

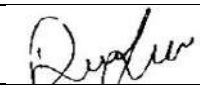


_____

Didier Fabian Acosta Beltrán
Representante Legal
26/01/2026

Esta política será publicada y difundida a todo el personal, de tal forma que se asegure su conocimiento y participación, en aras del cumplimiento de esta.

ITEM	FECHA	DESCRIPCION	VERSION
1	01/06/2022	CREACIÓN DEL DOCUMENTO	0
2	26/02/2024	ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO	1
3	17/03/2025	ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO	2
4	26/01/2026	ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO	3
5	21/04/2026	MODIFICACIÓN EN LA FORMA DEL DOCUMENTO Y CODIFICACIÓN	4

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
CARGO	**CARGO**	**CARGO**
Líder SG-SST	Presidente del COPASST	Representante legal
NOMBRE	**NOMBRE**	**NOMBRE**
Vanesa Castaño	Deisy Fernández	Didier Acosta
FIRMA	**FIRMA**	**FIRMA**
		
FECHA	**FECHA**	**FECHA**
01/06/2022	01/06/2022	01/06/2022

Nota: Las firmas corresponden a los responsables vigentes al momento de aprobación del documento.

POLÍTICA DE PREVENCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS

SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERIA S.A.S, en cabeza de la alta dirección, busca conservar, mantener y proteger la salud de sus trabajadores, atendiendo las disposiciones y directrices emanadas por el Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Salud, por lo cual crea y asume su Política de Prevención de Consumo Alcohol, Tabaco y Drogas, con el propósito de contribuir al bienestar físico, psicológico, laboral y social de todos los trabajadores de la Empresa.

Se entiende por sustancias psicoactivas, aquellos productos naturales o sintéticos que introducidos al organismo por diferentes vías de administración (Inyectada, Ingerida, Sublingual, Inhalada, Fumada, etc) que alteran o modifican funciones del cuerpo y de la mente. “Ministerio de Protección Social”.

Para ello se adoptan las siguientes disposiciones:

- Ningún trabajador podrá ingresar a las instalaciones de la empresa ni a las obras ejecutadas por esta, ni desempeñar sus labores bajo la influencia o los efectos de cualquier tipo de sustancia psicoactiva o bebida embriagante.

- Dentro de las instalaciones de la empresa y en las obras ejecutadas por esta, se prohíbe la posesión, el consumo, la fabricación o la distribución ilegal de bebidas alcohólicas o de cualquier sustancia que altere el normal funcionamiento físico o mental del organismo.

- **SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERÍA S.A.S**; promueve espacios libres de humo de tabaco y sus derivados para garantizar que el personal pueda respirar aire libre, de estos restringe el consumo de tabaco dentro de las instalaciones y solo podrán realizarlo fuera de las áreas de trabajo. (Resolución 1956 de 2008, Ministerio de salud y Protección Social).

- Los trabajadores que por razones médicas deban consumir medicamentos bajo prescripción y cuya acción pueda afectarlos durante su trabajo, deberán informar al área de Seguridad y Salud en el Trabajo para que se tomen las medidas de prevención pertinentes.

- En los casos detectados de adicción a sustancias psicoactivas, será responsabilidad del trabajador informar al área de Seguridad y Salud en el Trabajo. para iniciar un proceso de orientación sobre la rehabilitación. La empresa manejará con estricta confidencialidad la información obtenida y se mantendrá el respeto a la intimidad y dignidad de los trabajadores; de acuerdo

con lo establecido en la Ley 1581 de 2012 “Protección de Datos Personales”.

SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERÍA S.A.S, designa los Recursos Humanos y financieros necesarios para dar cumplimiento a esta política y espera por parte de los trabajadores, la colaboración participando activamente en los programas de sensibilización y capacitación.

Esta política es de obligatorio cumplimiento y ante cualquier violación a los parámetros antes mencionados, la empresa aplicará las sanciones disciplinarias correspondientes al “Reglamento Interno del Trabajo SOLTEC”.

Todo el personal debe participar en actividades de sensibilización y capacitación establecidas por el área de Seguridad y Salud en el Trabajo dando cumplimiento a los requerimientos de las directrices institucionales y a la legislación colombiana vigente.

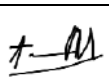
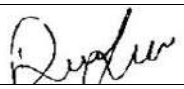
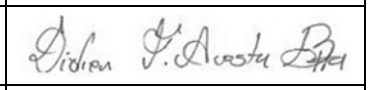
Esta política se divulgará a todo el personal, será revisada periódicamente para ajustarla a las nuevas disposiciones legales y directrices que imparta el Ministerio de la Protección Social y estará disponible para su consulta permanentemente.



DIDIER ACOSTA B.
Representante Legal

CONTROL DE CAMBIOS

DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS			
ITEM	**FECHA**	**DESCRIPCION**	**VERSION**
1	01/06/2022	CREACIÓN DEL DOCUMENTO	0
2	01/08/2025	ACTUALIZACIÓN DE LA POLÍTICA	1
3	14/05/2026	ACTUALIZACIÓN DE LA POLÍTICA	2

PROYECTÓ	**TATIANA VALBUENA**	**REVISÓ**	**DEISY FERNÁNDEZ**	**APROBÓ**	**DIDIER ACOSTA**
CARGO	ANALISTA SST	**CARGO**	PRESIDENTE DEL COPASST	**CARGO**	REPRESENTANTE LEGAL
FIRMA		**FIRMA**		**FIRMA**	
FECHA	01/08/2025	**FECHA**	01/08/2025	**FECHA**	01/08/2025

Nota: Las firmas corresponden a los responsables vigentes al momento de aprobación del documento.

ANEXO - 14
OBJETIVOS SG- SST

SOLTEC Proyectos de ingeniería S.A.S., estipula como objetivos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo aspectos coherentes con su política de seguridad y salud en el trabajo los cuales serán difundidos y aplicados en todos los niveles organizacionales de la compañía.

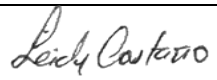
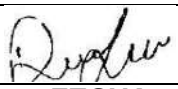
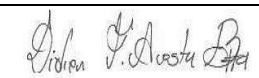
- Promover, mantener y mejorar las condiciones de salud y de trabajo en la Organización, con el fin de preservar un estado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores, tanto a nivel individual como colectivo, que mejore la productividad de esta.
- Implementar eficazmente las medidas de prevención y control de acuerdo con la identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos.
- Realizar las evaluaciones médicas requeridas para el monitoreo de las condiciones de salud de los trabajadores.
- Identificar, evaluar y controlar los riesgos derivados de condiciones y actos peligrosos encontrados en el medio de trabajo y que puedan causar accidentes o alteraciones en la salud de los empleados.
- Desarrollar un plan de capacitación encaminado a prevenir los riesgos y peligros de las actividades.
- Realizar actualización y evaluación anual de resultados de los presentes en pro de la mejora continua.

Estos objetivos son medidos, controlados y optimizados mediante el seguimiento y revisión periódica de los indicadores del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo.

Fecha de divulgación: Julio/2026

ING. DIDIER FABIAN ACOSTA BELTRÁN
REPRESENTANTE LEGAL
SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERÍA S.A.S

ITEM	FECHA	DESCRIPCION	VERSION
1	01/06/2022	CREACIÓN DEL DOCUMENTO	1
2	26/02/2024	ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO	2
3	17/03/2025	ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTO	3
4	26/01/2026	ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO	4
5	21/04/2026	MODIFICACIÓN EN LA FORMA DEL DOCUMENTO Y CODIFICACIÓN	5

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
CARGO	**CARGO**	**CARGO**
Líder SG-SST	Presidente del COPASST	Representante legal
NOMBRE	**NOMBRE**	**NOMBRE**
Vanesa Castaño	Deisy Fernández	Didier Acosta
FIRMA	**FIRMA**	**FIRMA**
		
FECHA	**FECHA**	**FECHA**
01/06/2022	01/06/2022	01/06/2022

Nota: Las firmas corresponden a los responsables vigentes al momento de aprobación del documento.

ANEXO-15
AUTOEVALUACIÓN ESTANDARES MINIMOS

Ministerio del Trabajo

Número Radicado: **REME-SGSST - 1015882 - 2025 - 1**

Nombre de la Empresa :	SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERÍA SAS		
Tipo Persona	Jurídica	Regimén Tributario :	Régimen común
Tipo Documento Empresa :	Número de Identificación Tributario	Número de Documento	900812511
Nombre Representante Legal :	DIDIER FABIAN ACOSTA BELTRAN		
Responsable SG-SST :	sandra liliana valbuena herrera	Correo SG-SST :	sandra.valbuena@soltecsas.com
Periodo Correspondiente :	2025	Número Teléfonico fijo :	6016759239
Correo Electrónico :	seguridadeneltrabajosoltec@gmail.com	Cantidad Trabajadores :	12

Código CIIU	Riesgo	Actividad Económica
5711001	**Riesgo V**	**ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERÍA, CONSULTORÍA EN MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERÍA CIVIL, HIDRÁULICA Y DE TRÁFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HÍDRICA, PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA CON PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (CON INTERVENCIÓN DIRECTA EN OBRAS); ELABORACIÓN Y REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA Y ELECTRÓNICA ,INGENIERÍA DE MINAS, INGENIERÍA QUÍMICA, MECÁNICA, INDUSTRIAL Y DE SISTEMAS, E INGENIERÍAESPECIALIZADA EN SISTEMAS DE SEGURIDAD Y ACTIVIDADES DE GESTIÓN DE PROYECTOS RELACIONADAS CON LA CONSTRUCCIÓN.**

ESTÁNDARES MÍNIMOS SGSST
TABLA DE VALORES Y CALIFICACIÓN

CICLO	ESTÁNDAR	ESTÁNDAR	ITEM	VALOR ESTÁNDAR	PUNTAJE	CALIFICACION
Planear	1. Recursos	1.1. Recursos financieros, técnicos humanos y de otra índole requeridos para coordinar y desarrollar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	1.1.1 Responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG - SST	0.50	Cumple totalmente	0.50

CICLO	ESTÁNDAR	ESTÁNDAR	ITEM	VALOR ESTÁNDAR	PUNTAJE	CALIFICACION
Planear	1. Recursos	1.1. Recursos financieros, técnicos humanos y de otra índole requeridos para coordinar y desarrollar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	1.1.2 Responsabilidades en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG - SST	0.50	Cumple totalmente	0.50
Planear	1. Recursos	1.1. Recursos financieros, técnicos humanos y de otra índole requeridos para coordinar y desarrollar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	1.1.3 Asignación de recursos para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG - SST	0.50	Cumple totalmente	0.50
Planear	1. Recursos	1.1. Recursos financieros, técnicos humanos y de otra índole requeridos para coordinar y desarrollar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	1.1.4 Afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales	0.50	Cumple totalmente	0.50
Planear	1. Recursos	1.1. Recursos financieros, técnicos humanos y de otra índole requeridos para coordinar y desarrollar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	1.1.5 Identificación de trabajadores de alto riesgo y cotización de pensión especial	0.50	Cumple totalmente	0.50
Planear	1. Recursos	1.1. Recursos financieros, técnicos humanos y de otra índole requeridos para coordinar y desarrollar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	1.1.6 Conformación COPASST	0.50	Cumple totalmente	0.50

CICLO	ESTÁNDAR	ESTÁNDAR	ITEM	VALOR ESTÁNDAR	PUNTAJE	CALIFICACION
Planear	1. Recursos	1.1. Recursos financieros, técnicos humanos y de otra índole requeridos para coordinar y desarrollar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	1.1.7 Capacitación COPASST	0.50	Cumple totalmente	0.50
Planear	1. Recursos	1.1. Recursos financieros, técnicos humanos y de otra índole requeridos para coordinar y desarrollar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	1.1.8 Conformación Comité Convivencia	0.50	Cumple totalmente	0.50
Planear	1. Recursos	1.2. Capacitación en el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	1.2.1 Programa Capacitación Promoción y Prevención P y P	2.00	Cumple totalmente	2.00
Planear	1. Recursos	1.2. Capacitación en el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	1.2.2 Inducción y reinducción en Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG - SST Actividades de Promoción y Prevención P y P	2.00	Cumple totalmente	2.00
Planear	1. Recursos	1.2. Capacitación en el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	1.2.3 Responsables del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG - SST con curso virtual de 50 horas	2.00	Cumple totalmente	2.00
Planear	2. Gestión integral del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo	2.1. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo	2.1.1 Política del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG - SST firmada, fecha y comunicada al COPASST	1.00	Cumple totalmente	1.00
Planear	2. Gestión integral del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo	2.2. Objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST	2.2.1 Objetivos definidos, claros, medibles, cuantificables, con metas, documentados, revisados del SG - SST	1.00	Cumple totalmente	1.00

CICLO	ESTÁNDAR	ESTÁNDAR	ITEM	VALOR ESTÁNDAR	PUNTAJE	CALIFICACION
Planear	2. Gestión integral del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo	2.3. Evaluación inicial del SG-SST	2.3.1 Evaluación e identificación de prioridades	1.00	Cumple totalmente	1.00
Planear	2. Gestión integral del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo	2.4. Plan anual de trabajo	2.4.1 Plan que identifica objetivos, metas, responsabilidad, recursos con cronograma y firmado	2.00	Cumple totalmente	2.00
Planear	2. Gestión integral del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo	2.5. Conservación de la documentación	2.5.1 Archivo o retención documental del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST	2.00	Cumple totalmente	2.00
Planear	2. Gestión integral del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo	2.6. Rendición de cuentas	2.6.1 Rendición sobre el desempeño	1.00	Cumple totalmente	1.00
Planear	2. Gestión integral del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo	2.7. Normatividad nacional vigente y aplicable en materia de seguridad y salud en el trabajo	2.7.1 Matriz legal	2.00	Cumple totalmente	2.00
Planear	2. Gestión integral del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo	2.8. Comunicación	2.8.1 Mecanismos de comunicación, auto reporte en Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST	1.00	Cumple totalmente	1.00
Planear	2. Gestión integral del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo	2.9. Adquisiciones	2.9.1 Identificación, evaluación, para adquisición de productos y servicios en Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST	1.00	Cumple totalmente	1.00
Planear	2. Gestión integral del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo	2.10. Contratación	2.10.1 Evaluación y selección de proveedores y contratistas	2.00	Cumple totalmente	2.00

CICLO	ESTÁNDAR	ESTÁNDAR	ITEM	VALOR ESTÁNDAR	PUNTAJE	CALIFICACION
Planear	2. Gestión integral del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo	2.11. Gestión del cambio	2.11.1 Evaluación del impacto de cambios internos y externos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST	1.00	Cumple totalmente	1.00
Hacer	3. Gestión de la Salud	3.1. Condiciones de salud en el trabajo	3.1.1 Descripción sociodemográfica – Diagnóstico de condiciones de salud	1.00	Cumple totalmente	1.00
Hacer	3. Gestión de la Salud	3.1. Condiciones de salud en el trabajo	3.1.2 Actividades de Promoción y Prevención en Salud	1.00	Cumple totalmente	1.00
Hacer	3. Gestión de la Salud	3.1. Condiciones de salud en el trabajo	3.1.3 Información al médico de los perfiles de cargo	1.00	Cumple totalmente	1.00
Hacer	3. Gestión de la Salud	3.1. Condiciones de salud en el trabajo	3.1.4 Realización de Evaluaciones Médicas Ocupacionales -Peligros- Periodicidad- Comunicación al Trabajador	1.00	Cumple totalmente	1.00
Hacer	3. Gestión de la Salud	3.1. Condiciones de salud en el trabajo	3.1.5 Custodia de Historias Clínicas	1.00	Cumple totalmente	1.00
Hacer	3. Gestión de la Salud	3.1. Condiciones de salud en el trabajo	3.1.6 Restricciones y recomendaciones médico/laborales	1.00	Cumple totalmente	1.00
Hacer	3. Gestión de la Salud	3.1. Condiciones de salud en el trabajo	3.1.7 Estilos de vida y entornos saludables (controles tabaquismo, alcoholismo, farmacodependencia y otros)	1.00	Cumple totalmente	1.00
Hacer	3. Gestión de la Salud	3.1. Condiciones de salud en el trabajo	3.1.8 Agua potable, servicios sanitarios y disposición de basuras	1.00	Cumple totalmente	1.00
Hacer	3. Gestión de la Salud	3.1. Condiciones de salud en el trabajo	3.1.9 Eliminación adecuada de residuos sólidos, líquidos o gaseosos	1.00	Cumple totalmente	1.00

CICLO	ESTÁNDAR	ESTÁNDAR	ITEM	VALOR ESTÁNDAR	PUNTAJE	CALIFICACION
Hacer	3. Gestión de la Salud	3.2. Registro, reporte e investigación de las enfermedades laborales, los incidentes y accidentes de trabajo	3.2.1 Reporte de los Accidentes de Trabajo y Enfermedad Laboral a la ARL, EPS y Dirección Territorial del Ministerio de Trabajo	2.00	Cumple totalmente	2.00
Hacer	3. Gestión de la Salud	3.2. Registro, reporte e investigación de las enfermedades laborales, los incidentes y accidentes de trabajo	3.2.2 Investigación de incidentes, accidentes y enfermedades laborales	2.00	Cumple totalmente	2.00
Hacer	3. Gestión de la Salud	3.2. Registro, reporte e investigación de las enfermedades laborales, los incidentes y accidentes de trabajo	3.2.3 Registro y análisis estadístico de accidentes y enfermedades laborales	1.00	Cumple totalmente	1.00
Hacer	3. Gestión de la Salud	3.3. Mecanismos de vigilancia de las condiciones de salud de los trabajadores	3.3.1 Medición de la frecuencia de la accidentalidad	1.00	Cumple totalmente	1.00
Hacer	3. Gestión de la Salud	3.3. Mecanismos de vigilancia de las condiciones de salud de los trabajadores	3.3.2 Medición de la severidad de la accidentalidad	1.00	Cumple totalmente	1.00
Hacer	3. Gestión de la Salud	3.3. Mecanismos de vigilancia de las condiciones de salud de los trabajadores	3.3.3 Medición de la mortalidad por Accidentes de Trabajo	1.00	Cumple totalmente	1.00
Hacer	3. Gestión de la Salud	3.3. Mecanismos de vigilancia de las condiciones de salud de los trabajadores	3.3.4 Medición de la prevalencia de Enfermedad Laboral	1.00	Cumple totalmente	1.00

CICLO	ESTÁNDAR	ESTÁNDAR	ITEM	VALOR ESTÁNDAR	PUNTAJE	CALIFICACION
Hacer	3. Gestión de la Salud	3.3. Mecanismos de vigilancia de las condiciones de salud de los trabajadores	3.3.5 Medición de la incidencia de Enfermedad Laboral	1.00	Cumple totalmente	1.00
Hacer	3. Gestión de la Salud	3.3. Mecanismos de vigilancia de las condiciones de salud de los trabajadores	3.3.6 Medición del ausentismo por causa médica	1.00	Cumple totalmente	1.00
Hacer	4. Gestión de peligros y riesgos	4.1. Identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos	4.1.1 Metodología para la identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos	4.00	Cumple totalmente	4.00
Hacer	4. Gestión de peligros y riesgos	4.1. Identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos	4.1.2 Identificación de peligros con participación de todos los niveles de la empresa	4.00	Cumple totalmente	4.00
Hacer	4. Gestión de peligros y riesgos	4.1. Identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos	4.1.3 Identificación de sustancias catalogadas como carcinógenas o con toxicidad aguda	3.00	Cumple totalmente	3.00
Hacer	4. Gestión de peligros y riesgos	4.1. Identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos	4.1.4 Realización mediciones ambientales, químicos, físicos y biológicos	4.00	Cumple totalmente	4.00
Hacer	4. Gestión de peligros y riesgos	4.2. Medidas de prevención y control para intervenir los peligros / riesgos	4.2.1 Implementación de medidas de prevención y control de peligros/riesgos identificados	2.50	Cumple totalmente	2.50
Hacer	4. Gestión de peligros y riesgos	4.2. Medidas de prevención y control para intervenir los peligros / riesgos	4.2.2 Verificación de aplicación de medidas de prevención y control por parte de los trabajadores	2.50	Cumple totalmente	2.50
Hacer	4. Gestión de peligros y riesgos	4.2. Medidas de prevención y control para intervenir los peligros / riesgos	4.2.3 Elaboración de procedimientos, instructivos, fichas, protocolos	2.50	Cumple totalmente	2.50

CICLO	ESTÁNDAR	ESTÁNDAR	ITEM	VALOR ESTÁNDAR	PUNTAJE	CALIFICACION
Hacer	4. Gestión de peligros y riesgos	4.2. Medidas de prevención y control para intervenir los peligros / riesgos	4.2.4 Realización de inspecciones a las instalaciones, maquinaria o equipos con la participación del COPASST	2.50	Cumple totalmente	2.50
Hacer	4. Gestión de peligros y riesgos	4.2. Medidas de prevención y control para intervenir los peligros / riesgos	4.2.5 Mantenimiento periódico de instalaciones, equipos, máquinas, herramientas	2.50	Cumple totalmente	2.50
Hacer	4. Gestión de peligros y riesgos	4.2. Medidas de prevención y control para intervenir los peligros / riesgos	4.2.6 Entrega de Elementos de Protección Personal EPP, se verifica con contratistas y subcontratistas	2.50	Cumple totalmente	2.50
Hacer	5. Gestión de amenazas	5.1. Plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias	5.1.1 Se cuenta con el Plan de Prevención, Preparación y Respuesta ante emergencias	5.00	Cumple totalmente	5.00
Hacer	5. Gestión de amenazas	5.1. Plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias	5.1.2 Brigada de prevención conformada, capacitada y dotada	5.00	Cumple totalmente	5.00
Verificar	6. Verificación del SG - SST	6.1. Gestión y resultados del SG - SST	6.1.1 Definición de indicadores del SG-SST de acuerdo condiciones de la empresa	1.25	Cumple totalmente	1.25
Verificar	6. Verificación del SG - SST	6.1. Gestión y resultados del SG - SST	6.1.2 La empresa adelanta auditoría por lo menos una vez al año	1.25	Cumple totalmente	1.25
Verificar	6. Verificación del SG - SST	6.1. Gestión y resultados del SG - SST	6.1.3 Revisión anual por la alta dirección, resultados y alcance de la auditoría	1.25	Cumple totalmente	1.25
Verificar	6. Verificación del SG - SST	6.1. Gestión y resultados del SG - SST	6.1.4 Planificación auditorías con el COPASST	1.25	Cumple totalmente	1.25

CICLO	ESTÁNDAR	ESTÁNDAR	ITEM	VALOR ESTÁNDAR	PUNTAJE	CALIFICACION
Actuar	7. Mejoramiento	7.1. Acciones preventivas y correctivas con base en los resultados del SG - SST	7.1.1 Definición de acciones preventivas y correctivas con base en resultados del SG-SST	2.50	Cumple totalmente	2.50
Actuar	7. Mejoramiento	7.1. Acciones preventivas y correctivas con base en los resultados del SG - SST	7.1.2 Acciones de mejora conforme a revisión de la alta dirección	2.50	Cumple totalmente	2.50
Actuar	7. Mejoramiento	7.1. Acciones preventivas y correctivas con base en los resultados del SG - SST	7.1.3 Acciones de mejora con base en investigaciones de accidentes de trabajo y enfermedades laborales	2.50	Cumple totalmente	2.50
Actuar	7. Mejoramiento	7.1. Acciones preventivas y correctivas con base en los resultados del SG - SST	7.1.4 Elaboración Plan de Mejoramiento e implementación de medidas y acciones correctivas solicitadas por autoridades y ARL	2.50	Cumple totalmente	2.50
Total, Valor Estándar Valores Míminos de Calificación						100.00

Cuando se cumple con el ítem del estándar la calificación será la máxima del respectivo ítem, de lo contrario su calificación será igual a cero (0).

En los ítems de la Tabla de Valores que no aplican para las empresas de menos de cincuenta (50) trabajadores clasificados con riesgo I, II, o III, de conformidad con los Estándares Mínimos de SST vigentes, se deberá otorgar el porcentaje máximo de calificación en la columna “No Aplica” frente al ítem correspondiente.

El presente formulario es documento público. La información aquí consignada debe ser veraz. La inclusión de manifestaciones falsas estará sujeta a las sanciones contempladas en la Ley 599 de 2000, Código Penal Colombiano (artículos 287, 288, 291, 294).

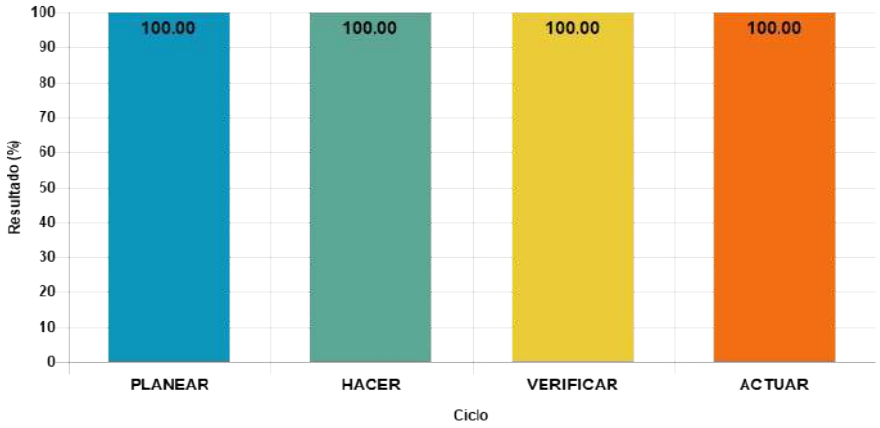
Fecha y hora de generación del Reporte 3/27/2026 10:14 AM
Fecha de Diligenciamiento : 3/27/2026

CONSTANCIA

Positiva Compañía de Seguros S.A., hace constar que la empresa **Soltec Proyectos De Ingenieria S.a.s** ,identificada con **NI 900812511** afiliada en el ramo de riesgos laborales, aplicó el **27/03/2026** la autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST para la vigencia **2025** conforme a la Resolución **0312 del 2019**. Aplicando el capítulo **III** y obteniendo un resultado del **100,00%**, **ACEPTABLE**.

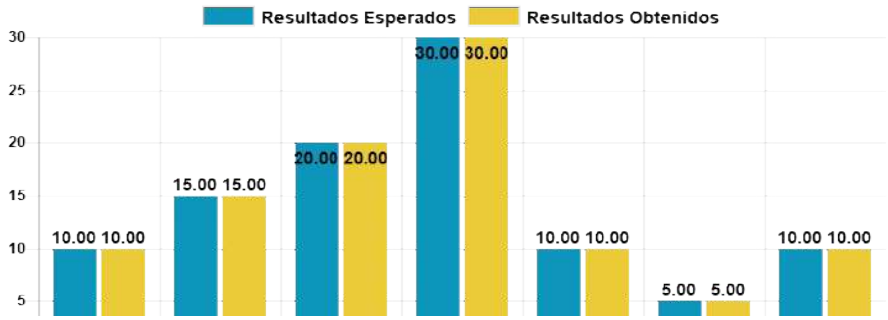
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

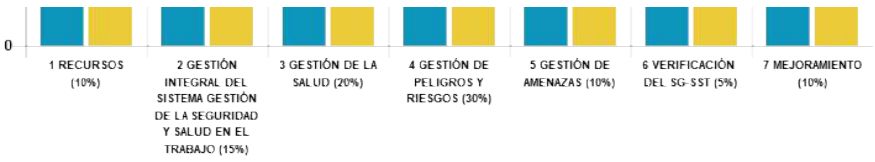
Resultados Evaluación por Ciclo



CICLO	RESULTADO ESPERADO	RESULTADO OBTENIDO	PORCENTAJE DEL CICLO OBTENIDO
PLANEAR	25,00%	25,00%	100,00%
HACER	60,00%	60,00%	100,00%
VERIFICAR	5,00%	5,00%	100,00%
ACTUAR	10,00%	10,00%	100,00%
TOTAL	**100%**	**100,00%**	**100,00%**

Resultados Evaluación por Estándar





ESTANDAR		RESULTADO ESPERADO	RESULTADO OBTENIDO	PORCENTAJE DEL ESTANDAR EVALUADO
PLANEAR	1 RECURSOS (10%)	10,00%	10,00%	100%
	2 GESTIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (15%)	15,00%	15,00%	100%
HACER	3 GESTIÓN DE LA SALUD (20%)	20,00%	20,00%	100%
	4 GESTIÓN DE PELIGROS Y RIESGOS (30%)	30,00%	30,00%	100%
	5 GESTIÓN DE AMENAZAS (10%)	10,00%	10,00%	100%
VERIFICAR	6 VERIFICACIÓN DEL SG-SST (5%)	5,00%	5,00%	100%
ACTUAR	7 MEJORAMIENTO (10%)	10,00%	10,00%	100%
			TOTAL	**100,00%**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Las actividades a desarrollar de acuerdo a los resultados obtenidos, serán ejecutadas por la empresa como parte de la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.

Se expide la presente constancia a solicitud del interesado.
Fecha de expedición: **20 agosto 2026**.

La autenticidad de este documento electrónico puede ser verificado dando click en el siguiente enlace:

Para verificación de Positiva

ANEXO-16
PLAN DE TRABAJO SST

Aspecto	Descripción
Proyecto	CONTRATO No. 053-00-G-CACOM4-GRUAL-2026 Cuyo Objeto es: "MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO Y/O MEJORATIVO DE LOS BIENES INMUEBLES DEL COMANDO AÉREO DE COMBATE No. 4".
Duración	5 meses
Objetivo	Prevenir accidentes de trabajo, enfermedades laborales y controlar los peligros presentes en la ejecución de la obra.
Alcance	Personal administrativo, operativo, contratistas, subcontratistas y visitantes autorizados.
Responsable general	Responsable del SG-SST / Residente de obra
Seguimiento	Mensual mediante indicadores, registros, inspecciones y actas de capacitación.
Nota	Ajustar las actividades según la matriz de peligros, número de trabajadores, fases de obra y requisitos legales aplicables.

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S.	**SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**	**CODIGO:**
		VERSIÓN: 1
	PLAN DE TRABAJO SST PARA EL CONTRATO No. 053-00-G-CACOM4-GRUAL-2026 Cuyo Objeto es: "MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO Y/O MEJORATIVO DE LOS BIENES INMUEBLES DEL COMANDO AÉREO DE COMBATE No. 4".	**FECHA: 18/08/2026**

No.	Actividad SST	Descripción / alcance	Población objeto	Frecuencia	Responsable	Recursos / evidencias	Indicador / meta	Mes programado	Observaciones
1	Inducción y reinducción SST	Ingreso de personal, normas de seguridad, política SST, responsabilidades, reporte de incidentes y emergencias.	Todo trabajador nuevo y reinducción cuando aplique	Antes del ingreso / mensual	Profesionales SST	Formato de inducción, presentación, lista de asistencia	100% del personal nuevo inducido	Mes 1 a Mes 5	
2	Pausas activas	Ejercicios de movilidad, estiramiento y recuperación física para prevenir fatiga y trastornos musculoesqueléticos.	Personal administrativo y operativo	Diaria / mínimo 3 veces por semana	Profesionales SST / Vigías SST	Espacio seguro, guía de ejercicios, registro fotográfico	Cumplimiento ≥ 90% de las pausas programadas	Mes 1 a Mes 5	
3	Capacitación en identificación de peligros y valoración de riesgos	Reconocimiento de peligros locativos, mecánicos, eléctricos, físicos, químicos, biomecánicos y de seguridad.	Todo el personal	Mensual	Profesionales SST	Matriz de peligros, material didáctico, asistencia	5 capacitaciones o según cronograma	Mes 1	
4	Trabajo en alturas	Prevención de caídas, inspección de equipos, uso de arnés, línea de vida, permisos y medidas de protección.	Personal expuesto a trabajo en alturas	Antes de la actividad y refuerzo mensual	Profesionales SST / Coordinador de alturas	Arnés, eslingas, líneas de vida, listas de inspección	100% del personal autorizado y equipos inspeccionados	Mes 2	
5	Manejo seguro de herramientas y equipos	Inspección preoperacional, uso adecuado, guardas de seguridad, mantenimiento y reporte de condiciones inseguras.	Operarios y trabajadores que utilicen herramientas	Mensual / antes de uso	Residente de obra / Profesionales SST	Formatos preoperacionales, herramientas, señalización	100% de equipos con inspección preoperacional	Mes 1 a Mes 5	
6	Uso, cuidado y reposición de dotación y EPP	Entrega, ajuste, uso obligatorio, limpieza, almacenamiento, inspección y reposición de elementos de protección personal.	Todo el personal operativo	Entrega inicial / inspección semanal	Profesionales SST	Casco, gafas, guantes, protección auditiva, respiratoria, botas, arnés y ropa de trabajo	100% del personal con EPP requerido	Mes 1 a Mes 5	
7	Divulgación del reglamento de higiene y seguridad industrial	Socialización de normas de comportamiento seguro, prohibiciones, obligaciones y medidas disciplinarias.	Todo el personal	Ingreso y refuerzo mensual	Profesionales SST	Reglamento publicado, acta y lista de asistencia	100% del personal informado	Mensual	
8	Divulgación del reglamento interno de trabajo y políticas SST	Socialización de política SST, prevención de alcohol y drogas, acoso laboral, convivencia y no discriminación.	Todo el personal	Ingreso / actualización	Profesionales SST	Carteleras, formatos de divulgación, material audiovisual	Registro de divulgación y evaluación	Mes 1 y Mes 4	
9	Inspecciones de seguridad en frentes de obra	Verificación de orden y aseo, señalización, excavaciones, andamios, escaleras, instalaciones eléctricas, herramientas y rutas de circulación.	Todos los frentes de trabajo	Semanal	Profesionales SST	Lista de chequeo, cámara, señalización	≥ 90% de inspecciones ejecutadas	Mes 1 a Mes 5	
10	Simulacro y preparación para emergencias	Socialización del plan de emergencias, rutas de evacuación, puntos de encuentro, brigada y atención inicial.	Todo el personal	Un simulacro durante el proyecto / refuerzos mensuales	Profesionales SST	Botiquín, extintores, camilla, señalización	1 simulacro ejecutado y evaluado	Mes 3	
11	Capacitación en primeros auxilios y reporte de accidentes	Actuación inicial ante lesiones, activación del MEDEVAC, reporte oportuno e investigación de incidentes y accidentes.	Brigada y supervisores	Bimestral	Profesionales SST	Botiquín, formatos de reporte, material de capacitación	2 actividades durante el proyecto	Mes 2 y Mes 4	
12	Control de riesgos físicos y ambientales	Prevención frente a ruido, polvo, radiación solar, calor, lluvia, iluminación deficiente y condiciones climáticas.	Todo el personal expuesto	Mensual / según condiciones	Profesionales SST	Protección auditiva, respiratoria, hidratación, bloqueador, polisombra	Medidas implementadas y verificadas	Mes 1 a Mes 5	
13	Orden, aseo y manejo de residuos	Clasificación de residuos, retiro de escombros, almacenamiento seguro de materiales y mantenimiento de áreas despejadas.	Todo el personal	Diaria / inspección semanal	Profesionales SST	Canecas, señalización, elementos de limpieza	Cero acumulaciones críticas identificadas	Mes 1 a Mes 5	
14	Seguimiento a condiciones de salud y aptitud laboral	Verificación de exámenes ocupacionales, restricciones médicas, afiliaciones y condiciones de salud relacionadas con el cargo.	Personal vinculado al proyecto	Ingreso	Profesionales SST	Conceptos de aptitud, soportes de afiliación	100% del personal con documentación vigente	Mes 1 a Mes 5	
15	Investigación y seguimiento de incidentes y accidentes	Reporte, investigación, análisis de causas, acciones correctivas y verificación de eficacia.	Todo el personal	Cada vez que ocurra un evento	Profesionales SST / Vigías SST	Formato de investigación, registros, plan de acción	100% de eventos investigados oportunamente	Mes 1 a Mes 5	
16	Cierre y evaluación del plan SST	Evaluación de indicadores, cumplimiento del cronograma, lecciones aprendidas y recomendaciones para continuidad.	Equipo de obra y contratista	Final del proyecto	Profesionales SST	Informe final, indicadores, acta de cierre	1 informe final elaborado	Mes 5	

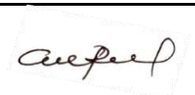
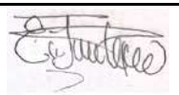
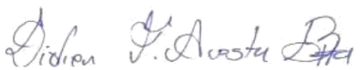
SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S.	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:
		VERSIÓN: 1
	PLAN DE TRABAJO SST PARA EL CONTRATO No. 053-00-G-CACOM4-GRUAL-2026 Cuyo Objeto es: "MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO Y/O MEJORATIVO DE LOS BIENES INMUEBLES DEL COMANDO AÉREO DE COMBATE No. 4".	FECHA: 18/08/2026

Actividad SST	Mes 1		Mes 2		Mes 3		Mes 4		Mes 5	
	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
Inducción y reinducción SST	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0
Pausas activas	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0
Capacitación en identificación de peligros y valoración de riesgos	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0
Trabajo en alturas	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0
Manejo seguro de herramientas y equipos	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0
Uso, cuidado y reposición de dotación y EPP	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0
Divulgación del reglamento de higiene y seguridad industrial	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0
Divulgación del reglamento interno de trabajo y políticas SST	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0
Campaña Habitos estilos de vida saludable			1	1						
Inspecciones de seguridad en frentes de obra	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0
Simulacro y preparación para emergencias					1	0				
Reporte de incidentes y accidentes	1	1								
Capacitación en primeros auxilios					1	0				
Control de riesgos físicos y ambientales			1	1			1	0		
Orden, aseo y manejo de residuos	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0
Seguimiento a condiciones de salud y aptitud laboral	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0

SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S.	**SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**	**CODIGO:**
		VERSIÓN: 1
	PLAN DE TRABAJO SST PARA EL CONTRATO No. 053-00-G-CACOM4-GRUAL-2026 Cuyo Objeto es: "MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO Y/O MEJORATIVO DE LOS BIENES INMUEBLES DEL COMANDO AÉREO DE COMBATE No. 4".	**FECHA: 18/08/2026**

Actividad SST	Mes 1		Mes 2		Mes 3		Mes 4		Mes 5	
	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
Investigación y seguimiento de incidentes y accidentes	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0
Cierre y evaluación del plan SST	13	13	14	14	14	0	13	0	12	0

Cumplimiento del Programa	Mes 1		Mes 2		Mes 3		Mes 4		Mes 5	
Actividades Programadas en el mes	13	13	14	10	14	0	13	0	12	0
% Ejecución mensual	100%		0%		0%		0%		0%	
% Cumplimiento de meta en el mes	100%		0%		0%		0%		0%	

RESPONSABLES SST	CRISTINA ROCIO CADENA	ELCY JOHANA GUERRA	**APROBO**	DIDIER ACOSTA
CARGO	PROFESIONAL SST	PROFESIONAL SST	**CARGO**	REPRESENTANTE LEGAL
FIRMA			**FIRMA**	
FECHA	18/08/2026	18/08/2026	**FECHA**	18/08/2026

ANEXO-17
CONTROL DOCUMENTAL

1. OBJETIVO

Garantizar que la información documentada y los datos de origen interno y externo referenciados en el Sistema de Gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo, sean administrados y controlados en SOLTEC Proyectos de Ingeniería SAS.

2. ALCANCE

Este procedimiento cubre las actividades de elaboración, revisión, aprobación, distribución, divulgación, modificación, anulación y disposición de los documentos internos y de los documentos externos, el cual es aplicado en todos los procesos de SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S., garantizando el control de la información documentada del Sistema de Gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo, con el fin de dar cumplimiento a las normas legales vigentes.

3. DEFINICIONES

DOCUMENTOS NORMAS LEGALES: Son documentos externos del sistema de gestión integrados generados por entidades gubernamentales o con la autoridad de establecer lineamiento de carácter local o nacional.

ESPECIFICACIONES: Documento en el que se referencia los parámetros que debe cumplir una materia prima, insumo y producto en proceso o terminado, para que pueda ser aprobado.

EVIDENCIA OBJETIVA: Es la información cuya veracidad se puede demostrar a través de la observación, la revisión, el ensayo u otros métodos.

FORMATO: Plantilla para registrar (diligenciar) información de una actividad o de un resultado.

INSTRUCTIVO: Paso a paso detallado de una actividad puntual. Ejemplo: Técnicas de análisis, Instructivos de manufactura, maquinaria o equipos especializados.

PROCESO: Conjunto de actividades interrelacionadas que transforman entradas en salidas con valor agregado.

REGISTRO: Es un documento que suministra la evidencia objetiva de las actividades realizadas o de los resultados alcanzados. El registro es un formato diligenciado.

SG-SST: Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

4. NORMATIVIDAD APLICABLE

Ley 594 de julio 14 de 2000 Ley General de Archivos

5. RESPONSABILIDADES

ALTA GERENCIA:

- Asignar los recursos necesarios para la implementación del procedimiento.

RESPONSABLE DEL SG-SST:

- Asume la responsabilidad general del SG-SST y será designado como Representante de la Dirección.
- Es responsable de elaborar, revisar, modificar y distribuir este procedimiento a cada una de las áreas que lo requieran.
- Debe asegurar que cada jefe de área divulgue, conozca y aplique el presente procedimiento, así como de cada uno de los documentos relacionados con el área.
- Debe administrar y archivar los originales de los documentos e igualmente distribuir todos los documentos controlados bajo el SG-SST
- Es responsable de mantener actualizada la base documental magnética del SG-SST y administrar los documentos obsoletos.

CREADOR DEL DOCUMENTO:

- Es responsabilidad de quien elabora el documento o de quien hace los cambios al ya existente divulgar el nuevo documento a los involucrados en dicha actividad.

TRABAJADORES:

- Es responsabilidad de todo el personal de la empresa cumplir los lineamientos definidos en cada uno de los procedimientos que tienen que ver con el desempeño de sus labores.

- Es responsabilidad de todo el personal de la empresa mantener actualizados todos los documentos del SG-SST, de acuerdo con la ejecución de cada una de las actividades.

6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Cada documento se codifica de la siguiente manera:

Las iniciales de documento, acompañado del código que corresponda al tipo de documento que se genera. El siguiente cuadro del rótulo muestra el código el cual está relacionado así:

MN	Manuales
IN	Inspecciones
RG	Reglamentos
DC	Documentos
PR	Procedimiento
PG	Programas
FT	Formatos
MT	Matriz
AC	Actas
PI	Presentación para inducción
CR	Cronograma
PL	Plan

La versión del documento, indica la cantidad de modificaciones significativas que se le ha hecho al mismo. La primera versión de cada documento que sea liberada para su uso en el proceso será llamada versión 0.

La fecha indica el momento en que ha sido modificado el documento, en relación con la versión de este.

6.1 DESCRIPCIÓN DEL CONTENIDO DE LOS PROCEDIMIENTOS Y PROGRAMAS

- **Objetivo:** Establece para que le sirve este documento a la organización y cuál es su función.
- **Alcance**: Establece los límites del documento, entre este si es interno o externo, si aplica a un área general o a una línea específica, a un cargo, un área geográfica, etc.
- **Definiciones**: Se escriben términos claves que el lector pueda encontrar en el contenido del documento.
- **Normatividad aplicable:** Leyes, decretos, resoluciones, circulares y demás legislación que aplique para la gestión documental.
- **Responsabilidades**: Es la persona interesada en que el documento se aplique y se cumpla.
- **Procedimiento**: Es la descripción detallada del contenido.
- **Registros**: Tiene como función relacionar las referencias, registros y anexos que sirven de guía para la creación o actualización del documento, o que van relacionadas con la aplicación de este. En este se debe describir el tipo, nombre y código.
- **Control de cambios**: Tiene como función mostrar la trazabilidad de los cambios que se le realizan a los documentos, en este se debe describir claramente número de revisión o versión, fecha de la revisión o cambio de versión, responsable de la creación o actualización del documento, responsable de la aprobación final de la creación o actualización del documento y descripción del cambio.

Revisión y Aprobación: Una vez generado el documento, se somete a revisión y aprobación del gerente cuando sea pertinente.

- **Localización:** Cada documento reposa en medio magnético. Aquellos que pasan a medio físico, reposarán en carpetas de SST o cada dueño de proceso.
- **Actualización:** La versión y la fecha de implementación que muestra el documento indican el estado de actualización de este. La actualización depende de los cambios que sufra el sistema en general.
- **Identificación de cambios:** Cada documento que sufra algún tipo de cambio, será enviado en medio magnético a la carpeta de obsoletos. De igual manera, si dicho documento se tiene en medio físico, será cambiado por la nueva versión, con nueva fecha de implementación.

- **Obsoletos:** Los documentos obsoletos si se encuentra en medio magnético, serán enviados finalmente a la carpeta de obsoletos y los que se encuentren en medio físicos, harán parte de los residuos reciclables después del tiempo de retención.
- **Documentos externos:** los documentos externos serán archivados en la carpeta de documentación externa de cada área correspondiente.

Actualización o generación (medio magnético)

Al actualizar o generar un documento de SST se debe:

- Verificar que el documento esté codificado.
- Verificar que sea ubicado correctamente dentro del archivo.
- Verificar que el documento ingrese a la matriz de control documental.

Actualización o generación (medio físico)

Una vez ha sido actualizado el documento en medio magnético, se debe proceder a la actualización de medio físico (cuando aplique), con el fin de asegurar que todas las áreas de trabajo cuentan con documentos actualizados.

Pasos para la actualización en medio física:

- Imprimir el documento modificado
- El coordinador SST da a conocer el cambio del documento.
- El coordinador SST envía copia del nuevo documento vía, e-mail o copia dura por correo área gerencial.
- El coordinador SST se asegura que el documento ha llegado y ha reemplazado la versión anterior.
- La versión anterior debe ser destruida y reciclada.

Control de cambios en documentos

El control de los cambios que se realizan a los documentos se evidencia en su cambio de versión. Cada cambio, queda consignado en la matriz de control documental SST-MT-CD-001.

Historial de Cambios

Control histórico del documento donde se muestra las modificaciones que ha tenido y en que fechas se han realizado.

6.2 DOCUMENTOS EXTERNOS

NORMAS, DECRETOS, AUDITORIAS

• Cada área identifica el documento que necesita y lo adquiere.

• La persona que ha identificado y adquirido el documento que necesita informa a coordinador de SST para ingresar el documento al formato listado maestro de documentos externos.

• El área correspondiente identifica el número de copias necesarias para distribuir a los involucrados con sello o impresión de copia controlada, según corresponda. El original se guarda en el área correspondiente, ingresa la información al sistema, se imprime y se entrega al departamento de contabilidad.

6.3 PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE REGISTROS

Identificación: Cada registro del sistema de gestión, se identifica mediante rótulo mostrado en el procedimiento de control de documentos.

Almacenamiento: los registros son almacenados en carpetas y llevando un consecutivo dentro de la misma. Actualmente se tienen almacenados registros de capacitaciones, charlas de seguridad, inspecciones, actas, cartas, registros de Copasst, nombramientos, entre otros. Las carpetas reposan en el archivo de SST o de cada dueño de proceso.

Protección: El lugar de almacenamiento de los registros mantiene protegido contra la humedad y el deterioro de estos.

Tiempo de retención: El tiempo de retención de los registros será de 5 años en archivo de gestión y 20 años en archivo histórico. Todos los registros que sean de años anteriores reposarán en carpetas identificadas con el año respectivo.

Disposición: los registros están a disposición del personal, previa autorización del coordinador SST. Todos los registros se disponen en medio físicos únicamente y en las carpetas que los clasifican secuencialmente por consecutivo y fechas.

6.4 ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA LA REDACCIÓN DE DOCUMENTOS

- Claridad, precisión, y coherencia en la redacción
- Utilización de un solo término para designar cada concepto
- Los verbos están en tiempo presente
- Se evita en lo posible el uso de abreviaturas
- Todos los documentos son en idioma español

6.5 ELABORACIÓN, REVISIÓN Y APROBACIÓN DE DOCUMENTOS

Una vez elaborado el borrador del documento por el coordinador SST y teniendo en cuenta las directrices presentadas en este documento, se debe revisar junto con el Gerente o Representante de la Gerencia, para verificar que las disposiciones descritas en éste correspondan a lo que se hace en la realidad.
La aprobación consiste en verificar que lo contenido en los documentos se direcciona hacia el cumplimiento de la política y los objetivos del sistema de gestión. La aprobación es el medio a través del cual se autoriza la implementación del documento y es revisado y aprobado por el Gerente y/o el Representante a la gerencia.

La evidencia de que un documento ha sido revisado y aprobado, la constituyen las firmas del Gerente o Representante de la Gerencia y/o los responsables involucrados. En el caso del documento en medio magnético no se registran las firmas, pero el Coordinador SST es responsable de asegurar que el documento se está manejando correctamente.

7. REGISTROS

- ✓ Matriz de control documental

1. OBJETIVO

Garantizar que la información documentada y los datos de origen interno y externo referenciados en el Sistema de Gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo, sean administrados y controlados en SOLTEC Proyectos de Ingeniería SAS.

2. ALCANCE

Este procedimiento cubre las actividades de elaboración, revisión, aprobación, distribución, divulgación, modificación, anulación y disposición de los documentos internos y de los documentos externos, el cual es aplicado en todos los procesos de SOLTEC Proyectos de Ingeniería S.A.S., garantizando el control de la información documentada del Sistema de Gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo, con el fin de dar cumplimiento a las normas legales vigentes.

3. DEFINICIONES

DOCUMENTOS NORMAS LEGALES: Son documentos externos del sistema de gestión integrados generados por entidades gubernamentales o con la autoridad de establecer lineamiento de carácter local o nacional.

ESPECIFICACIONES: Documento en el que se referencia los parámetros que debe cumplir una materia prima, insumo y producto en proceso o terminado, para que pueda ser aprobado.

EVIDENCIA OBJETIVA: Es la información cuya veracidad se puede demostrar a través de la observación, la revisión, el ensayo u otros métodos.

FORMATO: Plantilla para registrar (diligenciar) información de una actividad o de un resultado.

INSTRUCTIVO: Paso a paso detallado de una actividad puntual. Ejemplo: Técnicas de análisis, Instructivos de manufactura, maquinaria o equipos especializados.

PROCESO: Conjunto de actividades interrelacionadas que transforman entradas en salidas con valor agregado.

REGISTRO: Es un documento que suministra la evidencia objetiva de las actividades realizadas o de los resultados alcanzados. El registro es un formato diligenciado.

SG-SST: Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

4. NORMATIVIDAD APLICABLE

Ley 594 de julio 14 de 2000 Ley General de Archivos

5. RESPONSABILIDADES

ALTA GERENCIA:

- Asignar los recursos necesarios para la implementación del procedimiento.

RESPONSABLE DEL SG-SST:

- Asume la responsabilidad general del SG-SST y será designado como Representante de la Dirección.
- Es responsable de elaborar, revisar, modificar y distribuir este procedimiento a cada una de las áreas que lo requieran.
- Debe asegurar que cada jefe de área divulgue, conozca y aplique el presente procedimiento, así como de cada uno de los documentos relacionados con el área.
- Debe administrar y archivar los originales de los documentos e igualmente distribuir todos los documentos controlados bajo el SG-SST
- Es responsable de mantener actualizada la base documental magnética del SG-SST y administrar los documentos obsoletos.

CREADOR DEL DOCUMENTO:

- Es responsabilidad de quien elabora el documento o de quien hace los cambios al ya existente divulgar el nuevo documento a los involucrados en dicha actividad.

TRABAJADORES:

- Es responsabilidad de todo el personal de la empresa cumplir los lineamientos definidos en cada uno de los procedimientos que tienen que ver con el desempeño de sus labores.

- Es responsabilidad de todo el personal de la empresa mantener actualizados todos los documentos del SG-SST, de acuerdo con la ejecución de cada una de las actividades.

6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Cada documento se codifica de la siguiente manera:

Las iniciales de documento, acompañado del código que corresponda al tipo de documento que se genera. El siguiente cuadro del rótulo muestra el código el cual está relacionado así:

MN	Manuales
IN	Inspecciones
RG	Reglamentos
DC	Documentos
PR	Procedimiento
PG	Programas
FT	Formatos
MT	Matriz
AC	Actas
PI	Presentación para inducción
CR	Cronograma
PL	Plan

La versión del documento, indica la cantidad de modificaciones significativas que se le ha hecho al mismo. La primera versión de cada documento que sea liberada para su uso en el proceso será llamada versión 0.

La fecha indica el momento en que ha sido modificado el documento, en relación con la versión de este.

6.1 DESCRIPCIÓN DEL CONTENIDO DE LOS PROCEDIMIENTOS Y PROGRAMAS

- **Objetivo:** Establece para que le sirve este documento a la organización y cuál es su función.
- **Alcance**: Establece los límites del documento, entre este si es interno o externo, si aplica a un área general o a una línea específica, a un cargo, un área geográfica, etc.
- **Definiciones**: Se escriben términos claves que el lector pueda encontrar en el contenido del documento.
- **Normatividad aplicable:** Leyes, decretos, resoluciones, circulares y demás legislación que aplique para la gestión documental.
- **Responsabilidades**: Es la persona interesada en que el documento se aplique y se cumpla.
- **Procedimiento**: Es la descripción detallada del contenido.
- **Registros**: Tiene como función relacionar las referencias, registros y anexos que sirven de guía para la creación o actualización del documento, o que van relacionadas con la aplicación de este. En este se debe describir el tipo, nombre y código.
- **Control de cambios**: Tiene como función mostrar la trazabilidad de los cambios que se le realizan a los documentos, en este se debe describir claramente número de revisión o versión, fecha de la revisión o cambio de versión, responsable de la creación o actualización del documento, responsable de la aprobación final de la creación o actualización del documento y descripción del cambio.

Revisión y Aprobación: Una vez generado el documento, se somete a revisión y aprobación del gerente cuando sea pertinente.

- **Localización:** Cada documento reposa en medio magnético. Aquellos que pasan a medio físico, reposarán en carpetas de SST o cada dueño de proceso.
- **Actualización:** La versión y la fecha de implementación que muestra el documento indican el estado de actualización de este. La actualización depende de los cambios que sufra el sistema en general.
- **Identificación de cambios:** Cada documento que sufra algún tipo de cambio, será enviado en medio magnético a la carpeta de obsoletos. De igual manera, si dicho documento se tiene en medio físico, será cambiado por la nueva versión, con nueva fecha de implementación.

- **Obsoletos:** Los documentos obsoletos si se encuentra en medio magnético, serán enviados finalmente a la carpeta de obsoletos y los que se encuentren en medio físicos, harán parte de los residuos reciclables después del tiempo de retención.
- **Documentos externos:** los documentos externos serán archivados en la carpeta de documentación externa de cada área correspondiente.

Actualización o generación (medio magnético)

Al actualizar o generar un documento de SST se debe:

- Verificar que el documento esté codificado.
- Verificar que sea ubicado correctamente dentro del archivo.
- Verificar que el documento ingrese a la matriz de control documental.

Actualización o generación (medio físico)

Una vez ha sido actualizado el documento en medio magnético, se debe proceder a la actualización de medio físico (cuando aplique), con el fin de asegurar que todas las áreas de trabajo cuentan con documentos actualizados.

Pasos para la actualización en medio física:

- Imprimir el documento modificado
- El coordinador SST da a conocer el cambio del documento.
- El coordinador SST envía copia del nuevo documento vía, e-mail o copia dura por correo área gerencial.
- El coordinador SST se asegura que el documento ha llegado y ha reemplazado la versión anterior.
- La versión anterior debe ser destruida y reciclada.

Control de cambios en documentos

El control de los cambios que se realizan a los documentos se evidencia en su cambio de versión. Cada cambio, queda consignado en la matriz de control documental SST-MT-CD-001.

Historial de Cambios

Control histórico del documento donde se muestra las modificaciones que ha tenido y en que fechas se han realizado.

6.2 DOCUMENTOS EXTERNOS

NORMAS, DECRETOS, AUDITORIAS

• Cada área identifica el documento que necesita y lo adquiere.

• La persona que ha identificado y adquirido el documento que necesita informa a coordinador de SST para ingresar el documento al formato listado maestro de documentos externos.

• El área correspondiente identifica el número de copias necesarias para distribuir a los involucrados con sello o impresión de copia controlada, según corresponda. El original se guarda en el área correspondiente, ingresa la información al sistema, se imprime y se entrega al departamento de contabilidad.

6.3 PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE REGISTROS

Identificación: Cada registro del sistema de gestión, se identifica mediante rótulo mostrado en el procedimiento de control de documentos.

Almacenamiento: los registros son almacenados en carpetas y llevando un consecutivo dentro de la misma. Actualmente se tienen almacenados registros de capacitaciones, charlas de seguridad, inspecciones, actas, cartas, registros de Copasst, nombramientos, entre otros. Las carpetas reposan en el archivo de SST o de cada dueño de proceso.

Protección: El lugar de almacenamiento de los registros mantiene protegido contra la humedad y el deterioro de estos.

Tiempo de retención: El tiempo de retención de los registros será de 5 años en archivo de gestión y 20 años en archivo histórico. Todos los registros que sean de años anteriores reposarán en carpetas identificadas con el año respectivo.

Disposición: los registros están a disposición del personal, previa autorización del coordinador SST. Todos los registros se disponen en medio físicos únicamente y en las carpetas que los clasifican secuencialmente por consecutivo y fechas.

6.4 ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA LA REDACCIÓN DE DOCUMENTOS

- Claridad, precisión, y coherencia en la redacción
- Utilización de un solo término para designar cada concepto
- Los verbos están en tiempo presente
- Se evita en lo posible el uso de abreviaturas
- Todos los documentos son en idioma español

6.5 ELABORACIÓN, REVISIÓN Y APROBACIÓN DE DOCUMENTOS

Una vez elaborado el borrador del documento por el coordinador SST y teniendo en cuenta las directrices presentadas en este documento, se debe revisar junto con el Gerente o Representante de la Gerencia, para verificar que las disposiciones descritas en éste correspondan a lo que se hace en la realidad.
La aprobación consiste en verificar que lo contenido en los documentos se direcciona hacia el cumplimiento de la política y los objetivos del sistema de gestión. La aprobación es el medio a través del cual se autoriza la implementación del documento y es revisado y aprobado por el Gerente y/o el Representante a la gerencia.

La evidencia de que un documento ha sido revisado y aprobado, la constituyen las firmas del Gerente o Representante de la Gerencia y/o los responsables involucrados. En el caso del documento en medio magnético no se registran las firmas, pero el Coordinador SST es responsable de asegurar que el documento se está manejando correctamente.

7. REGISTROS

- ✓ Matriz de control documental

8. CONTROL DE CAMBIOS

ÍTEM	FECHA	DESCRIPCIÓN	VERSIÓN
1	24/07/2023	CREACIÓN DEL DOCUMENTO	0
2	07/03/2024	ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO	1
3	18/07/2025	ACTUALIZACIÓN EN EL CONTENIDO DEL DOCUMENTO	2
4	29/05/2026	SE AGREGA NOTA ACLARATORIA EN CUANTO A LAS FIRMAS DE APROBACIÓN DEL DOCUMENTO	3

ELABORO	Tatiana Valbuena	**REVISÓ**	Deisy Fernández	**APROBÓ**	Didier Acosta
CARGO	Líder SG-SST	**CARGO**	Presidente del COPASST	**CARGO**	Representante legal
FIRMA		**FIRMA**		**FIRMA**	
FECHA	18/07/2025	**FECHA**	18/07/2025	**FECHA**	18/07/2025

Nota: Las firmas corresponden a los responsables vigentes al momento de aprobación del documento.

ANEXO- 18
COMUNICACIÓN INTERNA