Gobernación VIGENTE 2021

INSTITUTO DE CAMINOS Y CONSTRUCCIONES DE CUNDINAMARCA
PROCESO MISIONAL: GESTIÓN AMBIENTAL, SOCIAL, PREDIAL Y DE SOSTENIBILIDAD DE PROYECTOS
MANUAL DE INTERVENTORIA OBRA PÚBLICA
ACTA DE VECINDAD

CÓDIGO	MASPS-M4 EI-3-FR-4
VERSIÓN	1
PÁGINA	2

OBJETO DEL PROYECTO	"INTERVENCION DE LAS VÍAS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE CAMINOS VECINALES, CAMINOS PARA QUEDARSE, EN LAS PROVINCIAS DE SUMAPAZ, TEQUENDAMA Y ALTO MAGDALENA, EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA."
FECHA	(Día / Mes / Año) 15 07 26

Contrato de Obra No. ICCU 160 / 2025 | Contrato de Interventoría No. 213 / 2025 | Acta de Vecindad de: Inicio [X] Seguimiento [ ]

1. REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LA FACHADA



2. DATOS DEL PREDIO

Ubicación:	Departamento: Cundinamarca	Municipio: Fusagasugá	Vereda: Matarredonda		PR
Dirección:	KM 79+0 12 Pierdal		Teléfono:	3108896709	
Nombre de la persona que atiende la visita:	Hélver Samora Muñoz			CC No.	2955614
Tipo de tenencia de la vivienda:	1. Propia; 2. En arriendo; 3. Posesión; 4. Usufructo; 5. Propiedad colectiva				
Nombre del responsable / propietario de la construcción:	Hélver Samora Muñoz			CC No.	2955614
Edad de la construcción	30 años	No. de Apartamentos	1	No. de pisos	1
No. de Hogares	1	No. Establecimientos	3	Mujeres jefes de hogar	1
Niños (menores de 14 años)	0	Adultos mayores (más de 60 años)	2	Personas en situación de discapacidad	1
CLASIFICACIÓN CATASTRAL:	1. Urbano; 2. Rural			Rural	
ESTADO DEL PREDIO:	1. Sin edificar; 2. Obra Gris; 3. Terminado			Terminado	
CON LICENCIA DE CONSTRUCCIÓN	1. SI ; 2. No			NO	
PENDIENTE DEL TERRENO	1. Plano; 2. Ondulado; 3. Escarpado			ondulado	

SERVICIOS PÚBLICOS

	SI	NO	Observaciones del estado de las redes
1. Acueducto	X		
2. Alcantarillado			
3. Energía	X		
4. Gas			
5. Teléfono		X	
6. Televisión cable		X	
7. Internet		X	
8. Otros			Cual?

DESTINACIÓN ECONÓMICA

1. Residencial	X	7. Educativo	
2. Comercial		8. Salubridad	
3. Industrial		9. Cultural	
4. Minero		10. Religioso	
5. Agropecuario		11.Institucional	
6. Recreacional		12. Otro	

ACCESOS VEHICULARES

Garaje: SI [X] NO [ ] Vía del garaje

FIRMAS

Firma: Hélver Samora M.	Firma:	Firma:
Nombre: Hélver Samora Muñoz	Nombre: Andrés Cadena	Nombre:
Responsable Unidad Social:	Ing. Residente Contratista	Ing. Residente Interventoría
C.C. O NIT: 2955614	Matrícula profesional No. 25202-363914 CND	Matrícula profesional No. 15202-166154
		Testigo
		C.C. O NIT:

Notas: 1. Se firma en constancia, que lo consignado en la presente Acta de Vecindad corresponde a la realidad.
2. Una vez firmada a conformidad, se entregará al propietario del predio copia del acta de vecindad suscrita entre las partes.

Contratos VIGENTE 2021	INSTITUTO DE CAMINOS Y CONSTRUCCIONES DE CUNDINAMARCA PROCESO MISIONAL GESTION AMBIENTAL, SOCIAL, PREDIAL Y DE SOSTENIBILIDAD DE PROYECTOS MANUAL DE INTERVENTORÍA OBRA PÚBLICA ACTA DE VECINDAD	CODIGO	MASPS-MN-26-FR-4
		VERSION	1
		PAGINA	2

OBJETO DEL PROYECTO	"INTERVENCIÓN DE LAS VÍAS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE CAMINOS VECINALES, CAMINOS PARA QUEDARSE, EN LAS PROVINCIAS DE SUMAPAZ, TEQUENDAMA Y ALTO MAGDALENA, EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA"	FECHA	(Día / Mes / Año) 15 et 16
Contrato de Obra No. (CCU) 140 / 2020	Contrato de Interventoría No. 218 / 2020	Acta de Vecindad de	Inicio ☒ Seguimiento ☐

3. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA ESTRUCTURAL

CIMENTACIÓN:

1. Zapatas	☐	
2. Vigas corridas	☒	
3. Sistema mixto	☐	
4. Cascarón	☐	
5. Concreto ciclópeo	☐	
6. Pilotes	☐	
7. Placa de cimentación	☐	
8. No identificado	☐	
9. No existe	☐	
10. Otro. Cual?		

SISTEMA DE CUBIERTA

1. Placa en concreto	☐
2. Placa en Steel deck	☐
3. Estructura metálica y teja	☐
4. Estructura de madera y teja	☐
5. Otro. Cual? Madera y teja de barro	

SISTEMA DE ENTREPISO:

1. Placa maciza (in concreto	☒
2. Placa aligerada de concreto	☐
3. Lámina colaborante (Steel deck)	☐
4. Vigas metálicas	☐
5. Cerchas metálicas	☐
6. Entramado en madera	☐
7. No aplica	☐
8. Otro. Cual?	

REFORMAS EN LA ESTRUCTURA

1. Reformas (si / no)	NO
2. En altura: No. de pisos adicionales	
3. En extensión: metros de ancho (paralelo a la vía)	
4. En profundidad: metros de fondo (perpendicular a la vía)	
5. Otro. Cual?	

SISTEMA ESTRUCTURAL:

1. Pórticos en concreto reforzado	☐
2. Muros estructurales en concreto	☐
3. Sistema combinado en concreto	☐
4. Prefabricados en concreto	☐
5. Mampostería confinada	☐
6. Mampostería reforzada	☐
7. Mampostería no reforzada	☒
8. Pórticos en acero	☐
9. Pórtico arriostrado en acero	☐
10. Pórticos y paredes en madera	☐
11. Pórticos y paredes en otros materiales	☐
12. Muros en ladrillo hueco	☐
13. Muros en bahareque	☐
14. Muros en adobe	☐
15. Construcción improvisada	☐
16. Mixta	☐
17. Otra. Cual?	

IRREGULARIDAD EN PLANTA

1. Irregularidad alta	☐
2. Irregularidad media	☒
3. Irregularidad baja o inexistente	☐

IRREGULARIDAD EN ALTURA

1. Irregularidad alta	☐
2. Irregularidad media	☒
3. Irregularidad baja o inexistente	☐

TIPOLOGIA ESTRUCTURAL DE LA EDIFICACIÓN

1. Edificaciones con reforzamiento especial	☐
2. Edificaciones aporticadas	☐
3. Mampostería reforzada	☐
4. Estructuras con confinamiento deficiente y estructuras flexibles	☐
5. Estructuras ligeras	☐
6. Construcciones simples	☒
7. Otro. Cual?	

Observaciones: Se hará levantamiento de fachadas y cerramientos

4. ESTADO DEL EXTERIOR DEL PREDIO

ESTADO DE LAS FACHADAS: BUENO ☐ REGULAR ☒ MALO ☐

GRIETAS		FISURAS		HUMEDAD		DESPLAZAMIENTO		DAÑOS EN REPELLO, PINTURA Y/O ENCHAPE		DAÑOS EN PUERTA Y VENTANAS	

DESCRIPCIÓN DE LAS AVERÍAS: Pisos en terreno natural en el estado exterior, Tiene 2 ventanas metalicas y 1 puerta metalica en buen estado, ladrillo estructural a la vista, (ladrillo)

ESTADO DE LAS FACHADAS LATERALES Y CONTRAFACHADAS: BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO ☐

GRIETAS		FISURAS		HUMEDAD		DESPLAZAMIENTO		DAÑOS EN REPELLO, PINTURA Y/O ENCHAPE		DAÑOS EN PUERTA Y VENTANAS	

DESCRIPCIÓN DE LAS AFECTACIONES: Ampari fachadas, lateral izquierdo y derecho en mampostería en ladrillo HS. presenta fisuras y parte interna humedad en las partes de muros

ESTADO DE ANDENES Y ACCESOS: BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO ☐

GRIETAS		FISURAS		HUMEDAD		DESPLAZAMIENTO		DISTANCIA DE CONSTRUCCIÓN A VIA		GROSOR ANDEN APROXIMADO (cm)	

DESCRIPCIÓN DE LAS AVERÍAS: Anden presenta humedad por la zona verde, 2 tabletas fisuradas en anden acceso al vivienda

ESTADO DE CERRAMIENTOS: BUENO ☐ REGULAR ☒ MALO ☐

MALLA ESLABONADA		POSTES DE CONCRETO		POSTES DE MADERA		CERCA VIVA		MURO		OTROS	

DESCRIPCIÓN DE LAS AVERÍAS: Cerramiento en alambre de puas y postes de madera, humedad en la parte de los postes de madera

Compromiso VICTORIA 2021	INSTITUTO DE CAMINOS Y CONSTRUCCIONES DE CUNDINAMARCA PROCESO MISIONAL GESTIÓN AMBIENTAL, SOCIAL, PREDIAL Y DE SOSTENIBILIDAD DE PROYECTOS MANUAL DE INTERVENTORIA OBRA PUBLICA ACTA DE VECINDAD	CODIGO	MADPS-MN-N-3-FR-4
		VERSIÓN	1
		Página	3

OBJETO DEL PROYECTO	"INTERVENCIÓN DE LAS VÍAS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE CAMINOS VECINALES, CAMINOS PARA CUIDARSE, EN LAS PROVINCIAS DE SUMAPAZ, TEQUENDAMA Y ALTO MAGDALENA EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA."	FECHA	
Contrato de Obra No. ICCU 140 / 2025	Contrato de Interventoría No. 219 / 2025	Acta de Vecindad de Registrando	(Día / Mes / Año) 15 07 26

REGISTRO FOTOGRÁFICO







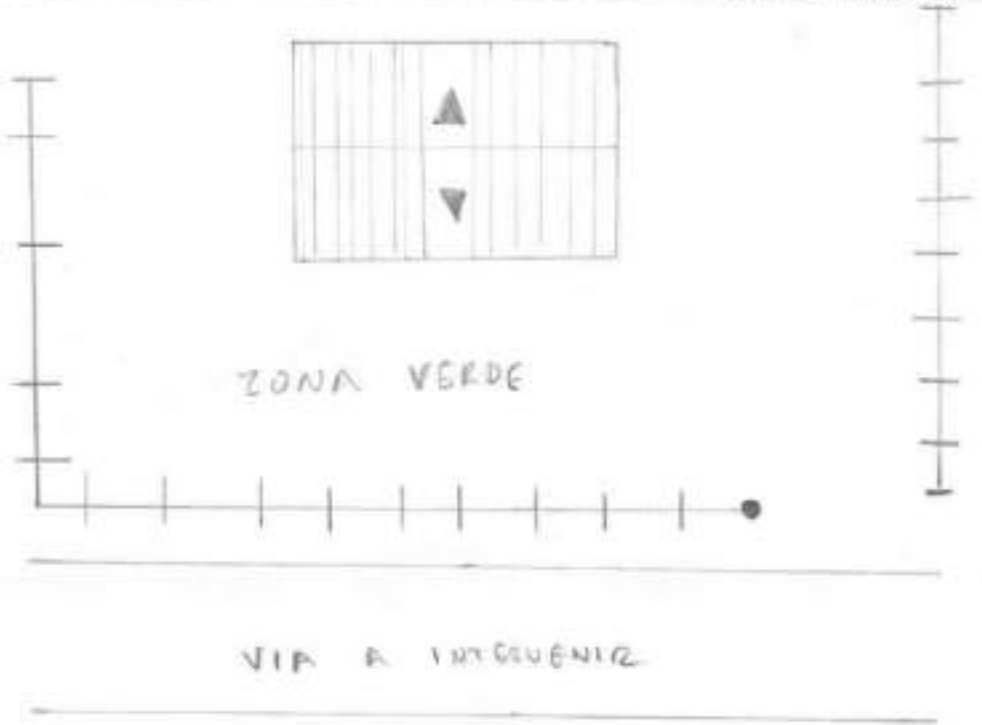


Notas: 5. En caso de requerir mas registros fotográficos a los consignados en la página diseñada, se podrán insertar más páginas.
6. El Acta de Vecindad es un documento técnico, que debe ser diligenciada por profesionales técnicos del Contratista y la Interventoría, con el apoyo del equipo de gestión social del proyecto.
7. En caso necesario, se podrá adjuntar una página anexa de observaciones, que a juicio del profesional técnico, no fueron tenidas en cuenta en el esquema propuesto del formato Acta de Vecindad.

Gobierno Vigente 2021	INSTITUTO DE CAMINOS Y CONSTRUCCIONES DE CUNDINAMARCA PROCESO MISIONAL GESTIÓN AMBIENTAL, SOCIAL, PREDIAL Y DE SOSTENIBILIDAD DE PROYECTOS MANUAL DE INTERVENTORÍA OBRA PÚBLICA ACTA DE VECINDAD	CODIGO	MASPS-MN-MI-3-FR-4
		VERSION	1
		PAGINA	4

OBJETO DEL PROYECTO	"INTERVENCIÓN DE LAS VÍAS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE CAMINOS VECINALES, CAMINOS PARA QUEDARSE, EN LAS PROVINCIAS DE SUMAPAZ, TEQUENDAMA Y ALTO MAGDALENA, EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA."	FECHA	(Día / Mes / Año) 13 07 26
Contrato de Obra No. IDCU-140 / 2025	Contrato de Interventoría No. 218 / 2025	Acta de Vecindad de	Inicio ☒ Seguimiento ☐

7. PLANO DE LA CONSTRUCCIÓN



CUADRO DE DETALLE

VIA A INTERVENIR	
CERRAMIENTO MADERA Y PUAS.	
TEJA ZINC	

FIRMAS

Firma Nombre: Walver Samora Muñoz Responsable Unidad Ejecutora C.C. O NIT: 2955614 Original: Contratista	Firma Nombre: [illegible] Cordoso Ing. Residente Contratista Matrícula profesional No. 25202-363412 CND	Firma Nombre: [illegible] Ing. Residente Interventoría Matrícula profesional No. [illegible]	Firma Nombre Testigo C.C. O NIT:

Copias: Interventor, Subdirección de Sostenibilidad, Archivo de Gestión del Contrato (Gestión Administrativa)

Consorcio VICGER 2021	INSTITUTO DE CAMINOS Y CONSTRUCCIONES DE CUNDINAMARCA PROCESO MISIONAL GESTION AMBIENTAL, SOCIAL, PREDIAL Y DE SOSTENIBILIDAD DE PROYECTOS MANUAL DE INTERVENTORIA OBRA PÚBLICA ACTA DE VECINDAD	CÓDIGO	MADPS-MN-IN-3-FT6-4
		VERSIÓN	1
		PÁGINA	1

OBJETO DEL PROYECTO	"INTERVENCIÓN DE LAS VÍAS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE CAMINOS VECINALES, CAMINOS PARA QUEDARSE, EN LAS PROVINCIAS DE SUMAPAZ, TEQUENDAMA Y ALTO MAGDALENA, EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA."	FECHA	15 de Julio de 2025 (Día / Mes / Año)
Contrato de Obra No. ICCU 143 / 2025	Contrato de Interventoría No. 378 / 2025	Acta de Vecindad de	Inicio ☒ Seguimiento ☐

1. REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LA FACHADA



2. DATOS DEL PREDIO

Ubicación:	Departamento: Cundinamarca	Municipio: Fusagasugá	Vereda: Hoyitos		PR:
Dirección:	K7+910 D.		Teléfono:	311 564 7817	
Nombre de la persona que atiende la visita: Omar Franco				CC No: 2953014	
Tipo de tenencia de la vivienda:	1. Propia; 2. En arriendo; 3. Posesión; 4. Usufructo; 5. Propiedad colectiva				—
Nombre del propietario / propietario de la construcción:	—			CC No:	—

Edad de la construcción:	—	No. de Apartamentos:	1	No. de pisos:	2
No. de Hogares:	—	No. total residentes:	—	Hogares jefes de hogar:	—
Niños (menos de 14 años):	—	Adultos mayores (más de 60 años):	—	Personas en situación de discapacidad:	—

CLASIFICACIÓN CATASTRAL:	1. Urbano; 2. Rural	2
ESTADO DEL PREDIO:	1. En edificar; 2. Otro Uno; 3. Terminado:	3
CON LICENCIA DE CONSTRUCCIÓN:	1. Sí; 2. No	2
PENDIENTE DEL TERRENO:	1. Plano; 2. Ondulado; 3. Escarpado:	2

SERVICIOS PUBLICOS

	SI	NO	Observaciones del estado de los redes
1. Acueducto	X		
2. Alcantarillado			
3. Energía	X		
4. Gas			
5. Teléfono			
6. Televisión cable			
7. Internet			
8. Otros			Cuál?

DESTINACIÓN ECONÓMICA

1. Residencial	☒	7. Educativo	☐
2. Comercial	☐	8. Salubridad	☐
3. Industrial	☐	9. Cultural	☐
4. Minero	☐	10. Religioso	☐
5. Agropecuario	☐	11. Institucional	☐
6. Recreacional	☐	12. Otro	☐

ACCESOS VEHICULARES

Garaje: SI ☒ NO ☐

Uso del garaje: -

FIRMAS

Firma:	Firma:	Firma:	Firma:
Nombre: Responsable Unidad Social	Nombre: Sebastián Ortiz Arango	Nombre: Javier Ariza	Nombre: Omar Franco
C.C. O NIT:	Ing. Residente Contratista	Ing. Residente Interventoría	Testigo
	Matrícula profesional No.: 08037 - 061230	Matrícula profesional No.: 15 202 261969	C.C. O NIT: 2953014

Notas: 1. Se firma en constancia, con lo consignado en la presente Acta de Vecindad correspondiente a la vivienda.
2. Una vez firmada e confirmado, se entregará al propietario del predio copia de esta de vecindad suscrita entre las partes.

Generado VICSER 2021

INSTITUTO DE CAMINOS Y CONSTRUCCIONES DE CUNDINAMARCA
PROCESO MISIONAL GESTIÓN AMBIENTAL, SOCIAL, PREDIAL Y DE SOSTENIBILIDAD DE PROYECTOS
MANUAL DE INTERVENTORÍA OBRA PÚBLICA
ACTA DE VECINDAD

CÓDIGO	MANPS-MN-IN-01-FR-4
VERSIÓN	1
PÁGINA	2.

OBJETO DEL PROYECTO	"INTERVENCIÓN DE LAS VÍAS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE CAMINOS VECINALES, CAMINOS PARA CUBRIMOS, EN LAS PROVINCIAS DE GUAVIO, TEQUENDAMA Y ALTO MAGDALENA, EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA"		FECHA: 15 Julio 26 (Día / Mes / Año)
Contrato de Obra No. ICCU 140 / 2025	Contrato de Interventoría No. 318 / 2025	Acta de Vecindad de: Inicio [X] Seguimiento [ ]	

3. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA ESTRUCTURAL

CIMENTACIÓN:		SISTEMA DE ENTREPISO:		SISTEMA ESTRUCTURAL:		IRREGULARIDAD EN PLANTA	
1. Zapatas	[ ]	1. Placa maciza de concreto	[ ]	1. Pórticos en concreto reforzado	[ ]	1. Irregularidad alta	[ ]
2. Vigas corridas	[ ]	2. Placa aligerada de concreto	[ ]	2. Muros estructurales en concreto	[ ]	2. Irregularidad media	[ ]
3. Submuros	[ ]	3. Lámina colaborante (Steel deck)	[ ]	3. Sistema combinado en concreto	[ ]	3. Irregularidad baja o inexistente	[ ]
4. Cajones	[ ]	4. Vigas metálicas	[ ]	4. Prefabricados en concreto	[ ]		
5. Concreto ciclópeo	[ ]	5. Conchas metálicas	[ ]	5. Mampostería confinada	[ ]	IRREGULARIDAD EN ALTURA	
6. Pilotes	[ ]	6. Entramado en madera	[ ]	6. Mampostería reforzada	[ ]	1. Irregularidad alta	[ ]
7. Placa en cimentación	[ ]	7. No aplica	[ ]	7. Mampostería no reforzada	[ ]	2. Irregularidad media	[ ]
8. No identificado	[ ]	8. Otro. Cuál? N.A.		8. Pórtico en acero	[ ]	3. Irregularidad baja o inexistente	[ ]
9. No existe	[ ]			9. Pórtico combinado en acero	[ ]		
10. Otro. Cuál? N.A.		REFORMAS EN LA ESTRUCTURA		10. Pórticos y cerchas en madera	[ ]	TIPOLOGÍA ESTRUCTURAL DE LA EDIFICACIÓN	
		1. Reformas (Si / No)		11. Pórticos y cerchas en otros materiales	[ ]	1. Edificaciones con reforzamiento especial	[ ]
SISTEMA DE CUBIERTA		2. En altura No. de pisos adicionales		12. Muros en adobe/tapia	[ ]	2. Edificaciones reforzadas	[ ]
1. Placa en concreto	[ ]	3. En retroceso: metros de aporte (paralelo a la vía)		13. Muros en tapia pisada	[ ]	3. Mampostería reforzada	[ ]
2. Placa en Steel deck	[ ]	4. En profundidad: metros de fondo (perpendicular a la vía)		14. Muros en adobe	[ ]	4. Pórticos con cierre retirado adherente y estructural trabado	[ ]
3. Estructura metálica y teja	[ ]	5. Otro. Cuál?		15. Construcción improvisada	[ ]	5. Estructuras ligeras	[ ]
4. Estructura de madera y teja	[ ]			16. Mixto	[ ]	6. Construcciones simples	[ ]
5. Otro. Cuál? N.A.				17. Otro. Cuál? N.A.		7. Otro. Cuál? N.A.	

Observaciones: Levantamiento de fachada sin testigo.

4. ESTADO DEL EXTERIOR DEL PREDIO

ESTADO DE LAS FACHADAS:

BUENO [ ] REGULAR [X] MALO [X]

GRIETAS		FISURAS		HUMEDAD		DESPLAZAMIENTO		DAÑOS EN REPELLO, PINTURA Y/O ENCHAPE		DAÑOS EN PUERTA Y VENTANAS	

DESCRIPCIÓN DE LAS AVERÍAS: Barranda con columnetas en concreto, con lapse en mampostería y repello figurado encarcera muro antepecho con repello figurado, portón metálico en mal estado apoyado en columnas y otros con muros

ESTADO DE LAS FACHADAS LATERALES Y CUBIERTA FACHADAS:

BUENO [ ] REGULAR [ ] MALO [ ]

GRIETAS		FISURAS		HUMEDAD		DESPLAZAMIENTO		DAÑOS EN REPELLO, PINTURA Y/O ENCHAPE		DAÑOS EN PUERTA Y VENTANAS	

DESCRIPCIÓN DE LAS AFECTACIONES:

No aplica

ESTADO DE ANDENES Y ACCESOS:

BUENO [ ] REGULAR [ ] MALO [ ]

GRIETAS		FISURAS		HUMEDAD		DESPLAZAMIENTO		DISTANCIA DE CONSTRUCCIÓN A VÍA		GROSOR ANDEN APROXIMADO (cm)	

DESCRIPCIÓN DE LAS AVERÍAS:

Sin anden, acceso en terreno natural con tubería de conducción de aguas lluvias

ESTADO DE CERRAMIENTOS:

BUENO [ ] REGULAR [X] MALO [X]

MALLA ESLABONADA		POSTES DE CONCRETO		POSTES DE MADERA		CERCA VIVA		MURO		OTROS	

DESCRIPCIÓN DE LAS AVERÍAS:

Barranda con columnetas en concreto, puerta portón en regular estado

8. REGISTRO FOTOGRÁFICO









Notas: 5. En caso de requerir incluir más registros fotográficos a los consignados en la página destinada, se podrán insertar más páginas.

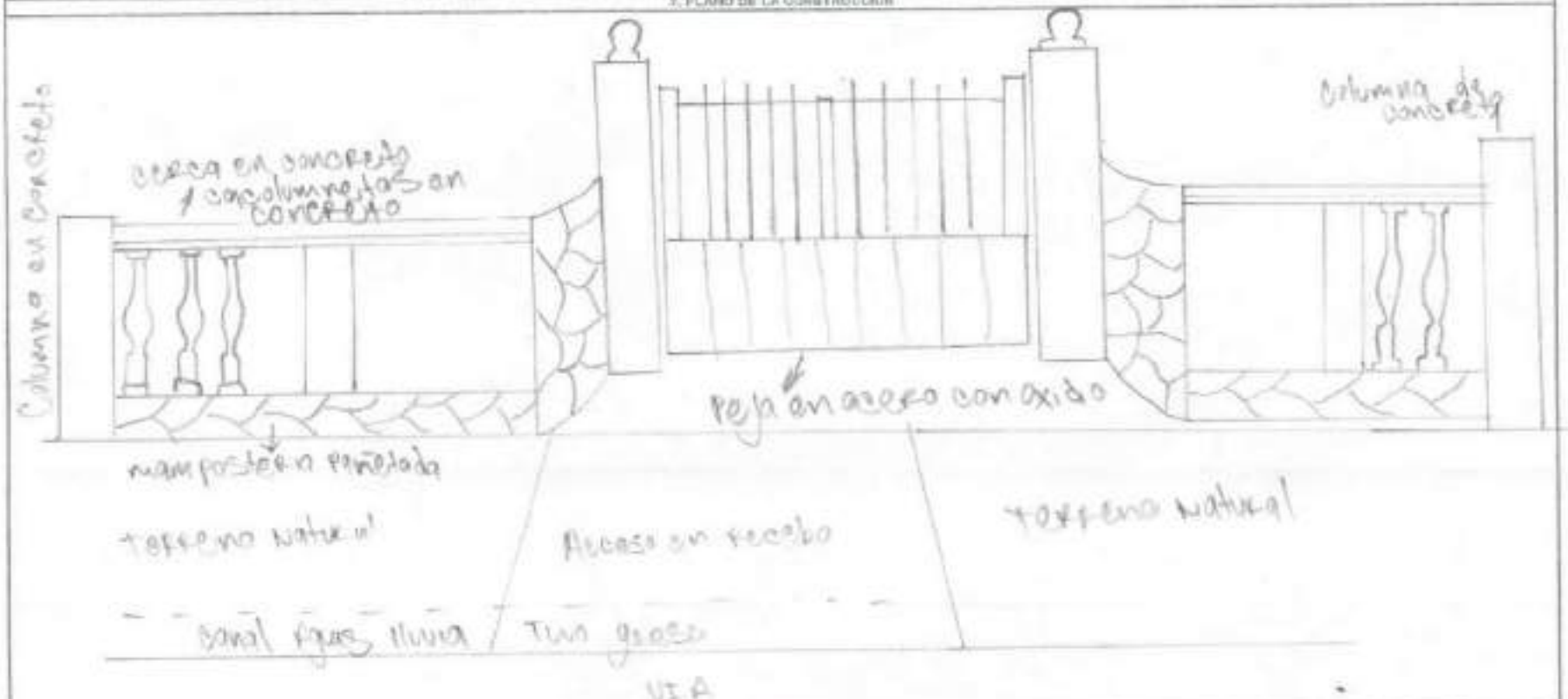
6. El Acta de Vecindad es un documento técnico, que debe ser diligenciada por profesionales técnicos del Contratista y la Interventoría, con el apoyo del equipo de gestión social del proyecto.

7. Si fuera necesario, se podrá adjuntar una página anexa de observaciones, que a juicio del componente técnico, no fueron tenidas en cuenta en el esquema propuesto del formato Acta de Vecindad.

Gobernación de Cundinamarca VICTORIA 2024	INSTITUTO DE CAMINOS Y CONSTRUCCIONES DE CUNDINAMARCA PROCESO REGIONAL GESTIÓN AMBIENTAL, SOCIAL, PREDIAL Y DE SOSTENIBILIDAD DE PROYECTOS MANUAL DE INTERVENTORÍA OBRA PÚBLICA ACTA DE VECINDAD	CODIGO	MASPS-MN-IN-1-FR-4
		VERSIÓN	1
		PAGINA	4

OBJETO DEL PROYECTO	"INTERVENCIÓN DE LAS VÍAS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE CAMINOS VECINALES, CAMINOS PARA CUIDARTE, EN LAS PROVINCIAS DE SUMAPAZ, TEQUENDAMA Y ALTO MAGDALENA, EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA"	FECHA	15 Julio 2025 Día / Mes / Año
Contrato de Obra No. ICCU 146 / 2025	Contrato de Interventoría No. 216 / 2025	Acta de Vecindad de	Inicio Seguimiento

3. PLANO DE LA CONSTRUCCIÓN



FIRMAS

Firma: Nombre: Responsable Predial Social C.C. O NIT:	Firma: Nombre: Sebastián Ortiz Anaya Ing. Residente Contratista Matrícula profesional No. 091037 - 0618250	Firma: Nombre: Angie Anaya Ing. Residente Interventoría Matrícula profesional No. 10 202 26 1569 C.C. O NIT:	Firma: Nombre: Testigo C.C. O NIT: 2954014

Original: Contratista
Copias: Interventoría, Coordinación de Sostenibilidad, Archivo de Gestión del Contrato (Subdirección Administrativa)

Consorcio VICGER 2021

INSTITUTO DE CAMINOS Y CONSTRUCCIONES DE CUNDINAMARCA
PROCESO MISIONAL GESTIÓN AMBIENTAL, SOCIAL, PREDIAL Y DE SOSTENIBILIDAD EN PROYECTOS
MANUAL DE INTERVENTORIA OBRA PÚBLICA
ACTA DE VECINDAD

CÓDIGO	MIOPS-MN-01-1.FR.4
VERSIÓN	1
PÁGINA	1

OBJETO DEL PROYECTO	"INTERVENCIÓN DE LAS VÍAS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE CAMINOS VECINALES, CAMINOS PARA QUEDARSE, EN LAS PROVINCIAS DE SUMAPAZ, TEQUENDAMA Y ALTO MAGDALENA, EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA"	FECHA	15 Julio 2026 (Día / Mes / Año)
Contrato de Obra No. ICCU 140 / 2025	Contrato de Interventoría No. 215 / 2025	Acta de Vecindad de: Inicio ☒ Seguimiento ☐	

1. REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LA FACHADA



2. DATOS DEL PREDIO

Ubicación:	Departamento: Cundinamarca	Municipio: Jerusalén	Vereda: Medio del C.		PR
Dirección:	K7+830 Derecho			Teléfono:	312 308 1942
Nombre del(la) propietario(a) donde se hace la visita: Elizabeth Zarate					C.C. 49 662 634
Tipo de tenencia de la vivienda:	1 (1. Propia; 2. En arriendo; 3. Posesión; 4. Usufructo; 5. Propiedad colectiva)				1
Nombre del propietario / poseedor de la construcción: Elizabeth Zarate					C.C. 49 662 634
Edad de la construcción:	10	No. de Apartamentos:	1	No. de pisos:	2
No. de Hogares:	1	No. total habitantes:	2	Mujeres jefes de hogar:	1
Niños (menos de 14 años):	0	Adultos mayores (más de 60 años):	2	Personas en situación de discapacidad:	0
CLASIFICACIÓN CATASTRAL:	1. Urbano; 2. Rural				2
ESTADO DEL PREDIO:	1. En edificar; 2. Obra Gris; 3. Terminado				3
CON LICENCIA DE CONSTRUCCIÓN:	1. Si ; 2. No				1
PENDIENTE DEL TERRENO:	1. Plano; 2. Ondulado; 3. Escarpado				2

SERVICIOS PÚBLICOS

	SI	NO	Observaciones del estado de las redes
1. Acueducto	X		
2. Alcantarillado			
3. Energía	X		
4. Gas			
5. Teléfono			
6. Televisión cable			
7. Internet			
8. Otros			Cual?

DESTINACIÓN ECONÓMICA

1. Residencial	☒	7. Educativo	☐
2. Comercial	☐	8. Salubridad	☐
3. Industrial	☐	9. Cultural	☐
4. Minero	☐	10. Religioso	☐
5. Agropecuario	☐	11. Institucional	☐
6. Recreacional	☐	12. Otro	☐

ACCESOS VEHICULARES

Garaje
SI ☒ NO ☐
Uso del garaje:

FIRMAS

Firma:	Firma:	Firma:	Firma:
Nombre:	Nombre: Sebastian Ovalle Arango	Nombre:	Nombre:
Responsable Unidad Social: 49662634 Beata	Ing. Residente Contratista	Ing. Residente Interventoría:	Testigo:
C.C. O Nit:	Matrícula profesional No.: 091037-0618230	Matrícula profesional No.: 15.62.26.1569	C.C. O Nit: 25534614

Notas: 1. Se firma en constancia, con lo consignado en la presente Acta de Vecindad correspondiente a la realidad.
2. Una vez firmada e entregada, se entregará al propietario del predio copia del acta de vecindad suscrita entre las partes.

Convenio VICOPER 2021

INSTITUTO DE CAMINOS Y CONSTRUCCIONES DE CUNDINAMARCA
PROGRAMA MINIMAL GESTION AMBIENTAL, SOCIAL, PREDIAL Y DE SOSTENIBILIDAD DE PROYECTOS
MANUAL DE INTERVENTORÍA OBRA PÚBLICA
ACTA DE VECINDAD

CODIGO	MASPS-ABN-SN-1-FR-4
VERSION	1
PAGINA	

OBJETO DEL PROYECTO: "INTERVENCIÓN DE LAS VÍAS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE CAMINOS VECINALES, CAMINOS PARA QUEDARSE, EN LAS PROVINCIAS DE SUMAPAZ, TEQUENDAMA Y ALTO MAGDALENA, EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA."

FECHA: 15 Julio 2025 (Día / Mes / Año)

Contrato de Obra No. ICCU 140 / 2025 | Contrato de Interventoría No. 213 / 2025 | Acta de Vecindad de: Inicio [ ] Seguimiento [X]

1. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA ESTRUCTURAL

ORIENTACIÓN: N/A
1. Zapatas [ ]
2. Vigas corridas [ ]
3. Sistema mixto [ ]
4. Cimiento [ ]
5. Concreto ciclopeo [ ]
6. Pilotes [ ]
7. Placa de cimentación [ ]
8. No identificada [ ]
9. No existe [ ]
10. Otro. Cuál?

SISTEMA DE ENTREPISO: NA
1. Placa maciza en concreto [ ]
2. Placa aligerada de concreto [ ]
3. Lámina colaborante (Steel deck) [ ]
4. Viguetas metálicas [ ]
5. Correas metálicas [ ]
6. Entramado en madera [ ]
7. No aplica [ ]
8. Otro. Cuál?

SISTEMA ESTRUCTURAL: N/A
1. Pórticos en concreto reforzado [ ]
2. Muros estructurales en concreto [ ]
3. Sistema combinado en concreto [ ]
4. Prefabricados en concreto [ ]
5. Mampostería confinada [ ]
6. Mampostería reforzada [ ]
7. Mampostería no reforzada [ ]
8. Pórticos en acero [ ]
9. Pórtico arriostrado en acero [ ]
10. Pórticos y canales en madera [ ]
11. Pórticos y paredes en otros materiales [ ]
12. Muros en bahareque [ ]
13. Muros en tapia pisada [ ]
14. Muros en adobe [ ]
15. Construcción tradicional [ ]
16. Mixto [ ]
17. Otro. Cuál?

IRREGULARIDAD EN PLANTA: N/A
1. Irregularidad alta [ ]
2. Irregularidad media [ ]
3. Irregularidad baja o inexistente [ ]

IRREGULARIDAD EN ALTURA: N/A
1. Irregularidad alta [ ]
2. Irregularidad media [ ]
3. Irregularidad baja o inexistente [ ]

REFORMAS EN LA ESTRUCTURA: N/A
1. Reformada (si / no) [ ]
2. En altura. No. de pisos adicionales [ ]
3. En ampliación. Indicar No. de pisos (pasados a la vía) [ ]
4. En profundidad. Indicar No. de pisos (perpendicular a la vía) [ ]
5. Otro. Cuál? [ ]

SISTEMA DE CUBIERTA: N/A
1. Placa en concreto [ ]
2. Placa en Steel deck [ ]
3. Estructura metálica y teja [ ]
4. Estructura en madera y teja [ ]
5. Otro. Cuál?

TIPOLOGÍA ESTRUCTURAL DE LA EDIFICACIÓN
1. Edificaciones con relación especial [ ]
2. Edificaciones esenciales [ ]
3. Mampostería reforzada [ ]
4. Estructuras con confinamiento, ductilidad y rótulas plásticas [ ]
5. Estructuras ligeras [ ]
6. Construcciones simples [ ]
7. Otro. Cuál?

Observaciones: Se realiza levantamiento de fachada con progometro

2. ESTADO DEL EXTERIOR DEL PREDIO

ESTADO DE LAS FACHADAS: BUENO [ ] REGULAR [X] MALO [ ]

GRIETAS	X	FISURAS		HUMEDAD		DESPLAZAMIENTO		DAÑOS EN REPELLO, PINTURA Y/O ENCHAPE		DAÑOS EN PUERTA Y VENTANAS	

DESCRIPCIÓN DE LAS AVERÍAS: acceso muro lateral con dilatación contra columna en concreto desplaza a puerta metalica. cubierta en estructura metalica y teja eternit con deterioro normal por estar a la intemperie.

ESTADO DE LAS FACHADAS LATERALES Y CONTRAFACHADAS: BUENO [ ] REGULAR [ ] MALO [ ]

GRIETAS		FISURAS		HUMEDAD		DESPLAZAMIENTO		DAÑOS EN REPELLO, PINTURA Y/O ENCHAPE		DAÑOS EN PUERTA Y VENTANAS	

DESCRIPCIÓN DE LAS AFECTACIONES:

No aplica

ESTADO DE ANDENES Y ACCESOS: BUENO [ ] REGULAR [X] MALO [ ]

GRIETAS		FISURAS		HUMEDAD		DESPLAZAMIENTO		DISTANCIA DE CONSTRUCCIÓN A VIA		GRUGOR ANDEN APROXIMADO (cm)	

DESCRIPCIÓN DE LAS AVERÍAS:

Sin anden, acceso en concreto rugoso con fisuras y desprendimientos

ESTADO DE CERRAMIENTOS: BUENO [ ] REGULAR [X] MALO [ ]

MALLA ESLABONADA		POSTES DE CONCRETO		POSTES DE MADERA		CERCA VIVA	X	MURO		OTROS	

DESCRIPCIÓN DE LAS AVERÍAS:

cerca viva

Consorcio VIOGER 2021	INSTITUTO DE CAMINOS Y CONSTRUCCIONES DE CUNDINAMARCA PROCESO MISIONAL GESTIÓN AMBIENTAL, SOCIAL, PREDIAL Y DE SOSTENIBILIDAD DE PROYECTOS MANUAL DE INTERVENTORÍA OBRA PÚBLICA ACTA DE VECINDAD	CÓDIGO	MASPS-MN-IN-1-FR-4
		VERSIÓN	1
		PÁGINA	

6. REGISTRO FOTOGRÁFICO







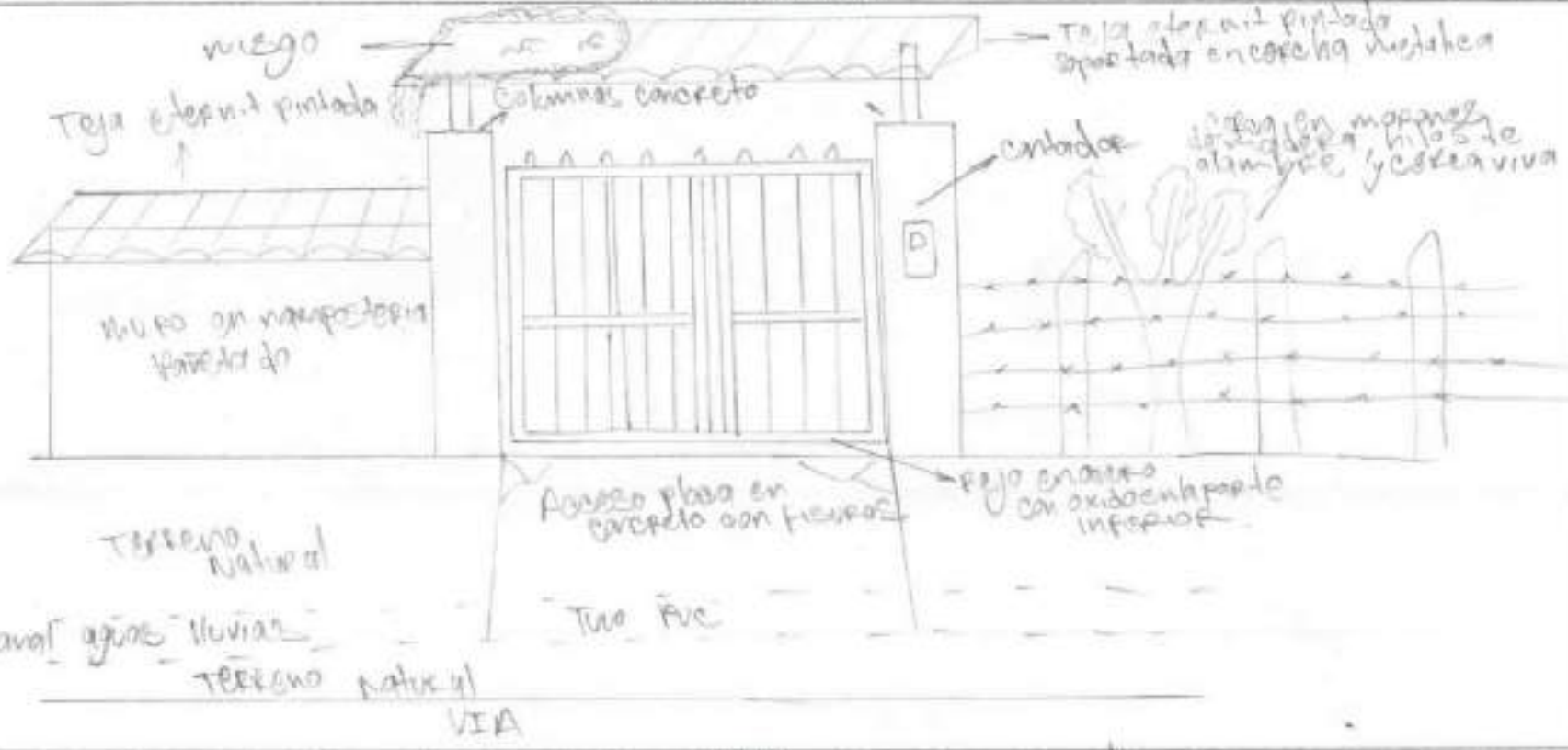


Notas:
5. En caso de requerir incluir más registros fotográficos a los consignados en la página destinada, se podrán insertar más páginas.
6. El Acta de Vecindad es un documento técnico, que debe ser diligenciada por profesionales técnicos del Contratista y la Interventoría, con el apoyo del equipo de gestión social del proyecto.
7. Si fuera necesario, se podrá adjuntar una página anexo de observaciones, que a juicio del componente técnico, no fueron tenidas en cuenta en el esquema propuesto del formato Acta de Vecindad.

Colombia VIGOR 2021	INSTITUTO DE CAMINOS Y CONSTRUCCIONES DE CUNDINAMARCA PROCESO MISIONAL GESTION AMBIENTAL, SOCIAL, PREDIAL Y DE SOSTENIBILIDAD DE PROYECTOS MANUAL DE INTERVENTORÍA OBRA PÚBLICA ACTA DE VECINDAD	CÓDIGO	MASPS-MN-M-3-PR-4
		VERSIÓN	1
		PÁGINA	4

OBJETO DEL PROYECTO	"INTERVENCIÓN DE LAS VÍAS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE CAMINOS VECINALES, CAMINOS PARA QUEDARSE, EN LAS PROVINCIAS DE SUMAPAZ, TEQUENDAMA Y ALTO MAGDALENA, EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA"	FECHA	(Día / Mes / Año) 15 07 26
Contrato de Obra No. IDCV 146 / 2025	Contrato de Interventoría No. 210 / 2025	Acta de Vecindad de	Estado Seguidente

7. PLANO DE LA CONSTRUCCION



FIRMAS

Firma Nombre Representante Unidad Social C.C. O NIT Original: Contratista	Firma Nombre: Sebastian Ovalle Avilés Ing. Residente Contratista Matrícula profesional No. 791037-019230	Firma Nombre Ing. Residente Interventoría Matrícula profesional No. 15-202126-1569	Firma Nombre Testigo C.C. O NIT

Copias: Interventor, Fortalecimiento de Sostenibilidad, Archivo de Gestión del Contrato (Coordinación Administrativa).

Gerencia VIGER 2021

INSTITUTO DE CAMINOS Y CONSTRUCCIONES DE CUNDINAMARCA
PROCESO MISIONAL GESTIÓN AMBIENTAL SOCIAL PREDIAL Y DE SOSTENIBILIDAD DE PROYECTOS
MANUAL DE INTERVENTORÍA OBRA PÚBLICA
ACTA DE VECINDAD

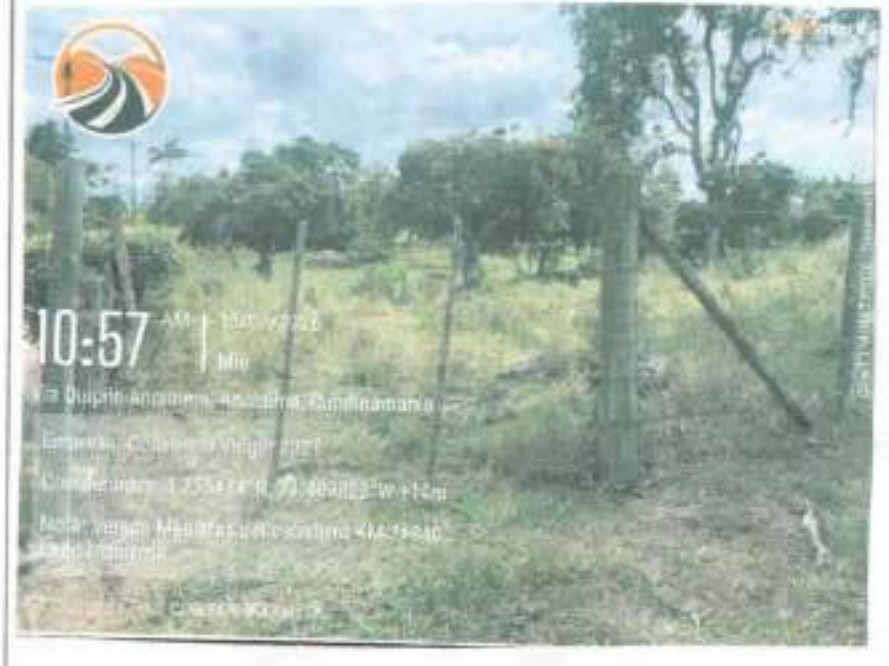
CÓDIGO	MASPS-MN-IM-3-FR-4
VERSIÓN	1
PÁGINA	1

OBJETO DEL PROYECTO: "INTERVENCIÓN DE LAS VÍAS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE CAMINOS VECINALES, CAMINOS PARA QUEDARSE, EN LAS PROVINCIAS DE ALMAGRAZ, TEQUENDAMA Y ALTO MAGDALENA, EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA."

FECHA: 15 / 7 / 2026 (Día / Mes / Año)

Contrato de Obra No. ICCU 147 / 2025 | Contrato de Interventoría No. 213 / 2025 | Acta de Vecindad de: Inicio ☐ Seguimiento ☒

1. REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LA FACHADA



2. DATOS DEL PREDIO

Ubicación:	Departamento: Cundinamarca	Municipio: Anolaima	Vereda: Monte del Caballero		Nit:
Dirección:	K 7 A B90			Teléfono:	3115647817
Nombre de la persona que atiende la visita:	Omar Ferro				CC No. 2954014
Tipo de tenencia de la vivienda:	1. Propia; 2. En arriendo; 3. Posesión; 4. Usufructo; 5. Propiedad colectiva				
Nombre del responsable / propietario de la construcción:					CC No.
Edad de la construcción:	N/A	No. de Apartamentos:	N/A	No. de pisos:	N/A
No. de Hogares:	N/A	No. total residentes:	N/A	N/A	N/A
Niños (menos de 14 años):	N/A	Adultos mayores (más de 65 años):	N/A	Personas en situación de discapacidad:	N/A
CLASIFICACIÓN CATASTRAL:	1. Urbano; 2. Rural				2
ESTADO DEL PREDIO:	1. Sin edificar; 2. Obra Gris; 3. Terminado				1
CON LICENCIA DE CONSTRUCCIÓN	1. SI ; 2. No				2
PENDIENTE DEL TERRENO	1. Plano; 2. Ondulado; 3. Escarpado				2

SERVICIOS PUBLICOS

	SI	NO	Observaciones del estado de las redes:
1. Acueducto		X	
2. Alcantarillado		X	
3. Energía		X	
4. Gas		X	
5. Teléfono		X	
6. Televisión cable		X	
7. Internet		X	
8. Otros		X	Cuál?

DESTINACIÓN ECONÓMICA

1. Residencial	☐	7. Educativo	☐
2. Comercial	☐	8. Institucional	☐
3. Industrial	☐	9. Cultural	☐
4. Minero	☐	10. Religioso	☐
5. Agropecuario	☐	11. Institucional	☐
6. Recreacional	☐	12. Otro Porcelana	☐

ACCESOS VEHICULARES

Garaje: SI ☐ NO ☒

Uso del garaje: -

FIRMAS

Firma:	Firma:	Firma:
Nombre:	Nombre: María J. Pachón	Nombre: OMAR FERRO R.
Responsable Unidad Social	Ing. Residente Contratista	Testigo
C.C. O NIT:	Matrícula profesional No.: 0920B3-627457 CUND	C.C. O NIT: 2954014

Notas: 1. Se firma en constancia, que la reseñado en el presente Acta de Vecindad corresponde a la realidad.
2. Una vez firmada a conformidad, se entregará al propietario del predio copia del acta de vecindad suscrita entre las partes.

Consorcio VICUER 2021

INSTITUTO DE CAMINOS Y CONSTRUCCIONES DE CUNDINAMARCA
PROCESO MISIONAL GESTION AMBIENTAL, SOCIAL, PREDIAL Y DE SOSTENIBILIDAD DE PROYECTOS
MANUAL DE INTERVENTORÍA OBRA PÚBLICA
ACTA DE VECINDAD

CODIGO	MASPS-MN-IN-I-FR-4
VERSION	1
HOJA	2

OBJETO DEL PROYECTO	"INTERVENCIÓN DE LAS VÍAS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE CAMINOS VECINALES, CAMINOS PARA QUEDARSE, EN LAS PROVINCIAS DE UBAQUE, TEQUENDAMA Y ALTO MAGDALENA, EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA"	FECHA (Día / Mes / Año) 0 9 04

Contrato de Obra No. ICCU 146 / 2025 | Contrato de Interventoría No. 318 / 2025 | Acta de Vecindad de: Inicio [X] Seguimiento [ ]

3. DESCRIPCION DEL SISTEMA ESTRUCTURAL

CIMENTACION

1. Zapatas		
2. Vigas corridas		
3. Retenimiento		
4. Cilindros		
5. Concreto ciclopeo		
6. Pilotes		
7. Placa de cimentación		
8. No identificada		
9. No existe	X	
10. Otro. Cual?		

SISTEMA DE CUBIERTA

1. Placa en concreto	
2. Placa en Steel deck	
3. Estructura metálica y teja	
4. Estructura de madera y teja	
5. Otro. Cual?	

SISTEMA DE ENTREPISO

1. Placa maciza de concreto	
2. Placa aligerada en concreto	
3. Lamina colaborante (Steel deck)	
4. Vigas metálicas	
5. Cerchas metálicas	
6. Entramado en madera	
7. No aplica	
8. Otro. Cual? N/A	

REFORMAS EN LA ESTRUCTURA

1. Reformas (si / no)	NO
2. En altura: No. de pisos adicionales	
3. En extensión: metros de longitud (paralelo a la vía)	36 m
4. En profundidad: metros de fondo (perpendicular a la vía)	
5. Otro. Cual?	

SISTEMA ESTRUCTURAL

1. Porticos en concreto reforzado	
2. Muros estructurales en concreto	
3. Sistema combinado en concreto	
4. Prefabricados en concreto	
5. Mamposteria confinada	
6. Mamposteria reforzada	
7. Mamposteria no reforzada	
8. Porticos en acero	
9. Porticos arriostrados en acero	
10. Pilotes y pilotes en madera	
11. Pilotes y pilotes en otros materiales	
12. Muros en bahareque	
13. Muros en tapia pisada	
14. Muros en adobe	
15. Construccion improvisada	
16. Mixto	
17. Otro. Cual? N/A	

IRREGULARIDAD EN PLANTA

1. Irregularidad alta	
2. Irregularidad media	
3. Irregularidad baja o inexistente	

IRREGULARIDAD EN ALTURA

1. Irregularidad alta	
2. Irregularidad media	
3. Irregularidad baja o inexistente	

TIPOLOGIA ESTRUCTURAL DE LA EDIFICACIÓN

1. Edificaciones con reforzamiento especial	
2. Edificaciones reforzadas	
3. Mampostería reforzada	
4. Estructuras con confinamiento deficiente y estructuras rígidas	
5. Estructuras flexibles	
6. Construcciones simples	
7. Otro. Cual? N/A	

Observaciones:

4. ESTADO DEL ENTORNO DEL PREDIO

ESTADO DE LAS FACHADAS: BUENO [ ] REGULAR [ ] MALO [ ]

GRIETAS	N/A	FISURAS	N/A	HUMEDAD	N/A	DESPLAZAMIENTO	N/A	DAÑOS EN REPELLO, PINTURA Y/O ENCHAPE	N/A	DAÑOS EN PUERTAS Y VENTANAS	N/A

DESCRIPCIÓN DE LAS AVERIAS:

ESTADO DE LAS FACHADAS LATERALES Y CONTRAFACHADAS: BUENO [ ] REGULAR [ ] MALO [ ]

GRIETAS	N/A	FISURAS	N/A	HUMEDAD	N/A	DESPLAZAMIENTO	N/A	DAÑOS EN REPELLO, PINTURA Y/O ENCHAPE	N/A	DAÑOS EN PUERTAS Y VENTANAS	N/A

DESCRIPCIÓN DE LAS AFECTACIONES:

ESTADO DE ANDENES Y ACCESOS: BUENO [ ] REGULAR [ ] MALO [ ]

GRIETAS	N/A	FISURAS	N/A	HUMEDAD	N/A	DESPLAZAMIENTO	N/A	DISTANCIA DE CONSTRUCCION A VIA	N/A	GROSOR ANDEN APROXIMADO (cm)	N/A

DESCRIPCIÓN DE LAS AVERIAS:

ESTADO DE CERRAMIENTOS: BUENO [X] REGULAR [ ] MALO [ ]

MALLA ESLABONADA		POSTES DE CONCRETO		POSTES DE MADERA	X	CERCA VIVA	X	MURO		OTROS	

DESCRIPCIÓN DE LAS AVERIAS:

Creación OCTUBRE 2021	INSTITUTO DE CAMINOS Y CONSTRUCCIONES DE CUNDINAMARCA PROCESO MISIONAL GESTIÓN AMBIENTAL, SOCIAL, PREDIAL Y DE SOSTENIBILIDAD DE PROYECTOS MANUAL DE INTERVENTORÍA OBRA PÚBLICA ACTA DE VECINDAD	CÓDIGO	MGPS-MN-N-3-FR-4
		VERSIÓN	1
		PÁGINA	3

OBJETO DEL PROYECTO	"INTERVENCIÓN DE LAS VÍAS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE CAMINOS VECINALES: CAMINOS PARA QUEDARSE, EN LAS PROVINCIAS DE MAGDALENA Y ALTO MAGDALENA, EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA"	FECHA	(Día / Mes / Año) 15 07 21
Contrato de Obra No. [illegible]	Contrato de Interventoría No. [illegible]	Acta de Vecindad de Seguimiento	— 3

REGISTRO FOTOGRÁFICO









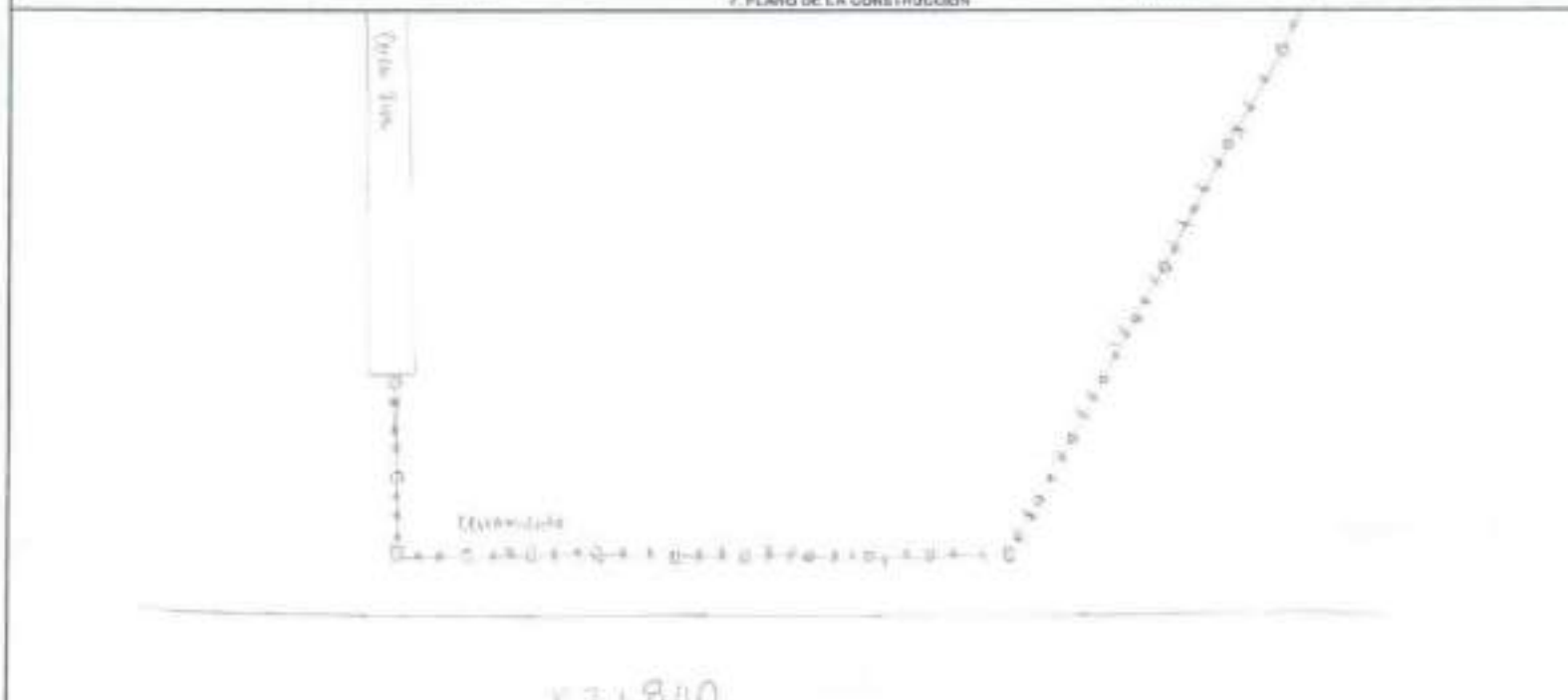
Notas: 5. En caso de requerir incluir más registros fotográficos a los consignados en la página destinada, se podrá insertar más páginas.
6. El Acta de vecindad es un documento técnico, que debe ser diligenciado por profesionales técnicos del Contratista y la Interventoría, con el apoyo del equipo de gestión social del proyecto.
7. Si hace necesario, se podrá adjuntar una página anexa de observaciones, que a juicio del conocimiento técnico, no hayan tenidas en cuenta en el esquema propuesto del formato Acta de Vecindad.

Gobierno VICTORIA 2021	INSTITUTO DE CAMINOS Y CONSTRUCCIONES DE CUNDINAMARCA PROCESO MISIONAL GESTION AMBIENTAL, SOCIAL, PREDIAL Y DE SOSTENIBILIDAD DE PROYECTOS MANUAL DE INTERVENTORIA OBRA PUBLICA ACTA DE VECINDAD	CÓDIGO	MASPSAM-MI-3-FR-4
		VERSIÓN	1
		PÁGINA	4

OBJETO DEL PROYECTO	"INTERVENCIÓN DE LAS VÍAS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE CAMINOS VECINALES, CAMINOS PARA QUEDARSE, EN LAS PROVINCIAS DE SUMAPAZ, TEQUENDAMA Y ALTO MAGDALENA, EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA."	FECHA	15/12/2023 (Día / Mes / Año)

Contrato de Obra No. ICCU 140 / 2023	Contrato de Interventoría No. 219 / 2023	Acta de Vecindad de	Inicio ☒ Seguimiento ☐

7. PLANO DE LA CONSTRUCCIÓN



FIRMAS

Firma: Nombre: Responsable Unidad Social C.C. O NIT: Original: Contratista Copias: Interventoría, Subdirección de Sostenibilidad, Archivo de Gestión del Contrato (Subdirección Administrativa)	Firma: Nombre: Ing. Residente de Interventoría Matrícula profesional No. 091034-076316	Firma: Nombre: Ing. Residente [illegible] Matrícula profesional No. [illegible]	Firma: Nombre: Testigo C.C. O NIT:

Consorcio VICGER 2021

INSTITUTO DE CAMINOS Y CONSTRUCCIONES DE CUNDINAMARCA
PROCESO MISIONAL GESTIÓN AMBIENTAL, SOCIAL, PREDIAL Y DE SOSTENIBILIDAD DE PROYECTOS
MANUAL DE INTERVENTORIA OBRA PUBLICA
ACTA DE VECINDAD

CÓDIGO	MASPS-MM-MJ-FT-14
VERSIÓN	1
PÁGINA	1

OBJETO DEL PROYECTO: "INTERVENCION DE LAS VIAS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE CAMINOS VECINALES, CAMINOS PARA QUEDARSE, EN LAS PROVINCIAS DE SUMAPAZ, TEQUENDAMA Y ALTO MAGDALENA, EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA"

FECHA (Día / Mes / Año): 15 07 24

Contrato de Obra No. ICCU 148 / 2025 | Contrato de Interventoría No. 218 / 2025 | Acta de Vecindad de: Inicio [X] Seguimiento [ ]

1. REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LA FACHADA



2. DATOS DEL PREDIO

Ubicación:	Departamento: Cundinamarca	Municipio: Anolaima	Vereda: Mesitas del C.	PR:
Dirección:	KM 7+814. lado izquierdo		Teléfonos:	3125460544
Nombre de la persona que atiende la visita: Modesto Silva			CC No:	457057

Tipo de tenencia de la vivienda:	1. Propia; 2. En arriendo; 3. Posesión; 4. Usufructo; 5. Propiedad colectiva				5.
Nombre del responsable / propietario de la construcción:				CC No:	
Edad de la construcción:	25 años	No. de Apartamentos:	NA	No. de pisos:	NA
No. de Hogares:	NA	No. total residentes:	NA	Mujeres jefes de hogar:	NA
Niños (menos de 14 años):	NA	Adultos mayores (más de 60 años):	NA	Personas en situación de discapacidad:	NA
CLASIFICACIÓN CATASTRAL:	1. Urbano; 2. Rural				Rural
ESTADO DEL PREDIO:	1. Sin edificar; 2.Obra Gris; 3. Terminado				Terminado
CON LICENCIA DE CONSTRUCCIÓN	1. SI ; 2. No				S
PENDIENTE DEL TERRENO	1. Plano; 2. Ondulado; 3. Escarpado				ondulado

SERVICIOS PUBLICOS

	SI	NO	Observaciones del estado de las redes:
1. Acueducto	X		
2. Alcantarillado		X	
3. Energía	X		
4. Gas		X	
5. Teléfono		X	
6. Televisión cable		X	
7. Internet		X	
7. Otros			Cual?

DESTINACIÓN ECONÓMICA				ACCESOS VEHICULARES
1. Residencial	X	7. Educativa		Garaje
2. Comercial		8. Salubridad		SI [X] NO [ ]
3. Industrial		9. Cultural		Uso del garaje:
4. Minero		10. Religioso		
5. Agropecuario		11 Institucional		
6. Recreacional		12. Otro		

FIRMAS

Firma:
Nombre:
Responsable Unidad Social
C.C. O NIT:

Firma:
Nombre: Andrey Cardozo
Ing. Residente Contratista
Matrícula profesional No. 25252-363417 CUN

Firma:
Nombre:
Ing. Residente Interventoría
Matrícula profesional No. 15 241-76-1549

Firma: Modesto Silva
Nombre: Modesto Silva
Testigo
C.C. O NIT: 45 70 57

Notas:
1. Se firma en constancia, que lo consignado en el presente Acta de Vecindad corresponde a la realidad.
2. Una vez firmada a conformidad, se entregará al propietario del predio copia del acta de vecindad suscrita entre las partes.

Gobernación VICTORIA 2021

INSTITUTO DE CAMINOS Y CONSTRUCCIONES DE CUNDINAMARCA
PROCESO MISIONAL GESTION AMBIENTAL, SOCIAL PREDIAL Y DE SOSTENIBILIDAD DE PROYECTOS
MANUAL DE INTERVENTORÍA OBRA PUBLICA
ACTA DE VECINDAD

CÓDIGO	MASPS-MR-FI-3-FR-4
VERSIÓN	1
PÁGINA	2

OBJETO DEL PROYECTO: "INTERVENCIÓN DE LAS VÍAS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE CAMINOS VECINALES, CAMINOS PARA QUEDARSE, EN LAS PROVINCIAS DE SUMAPAZ, TEQUENDAMA Y ALTO MAGDALENA, EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA."

FECHA (Día / Mes / Año): 15 07 26

Contrato de Obra No. IDCL-1467-2025 | Contrato de Interventoría No. 216 / 2025 | Acta de Vecindad de: Inicio [X] Seguimiento [ ]

3. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA ESTRUCTURAL

CIMENTACIÓN:

1. Zapatas		
2. Vigas corridas		
3. Sistema mixto		
4. Cassons		
5. Concreto ciclópeo		
6. Pilotes		
7. Placa de cimentación		
8. No identificado		
9. No aplica		
10. Otro. Cual?	NA	

SISTEMA DE CUBIERTA:

1. Placa en concreto	
2. Placa en Steel deck	
3. Estructura metálica y teja	
4. Estructura de madera y teja	
5. Otro. Cual?	NA

SISTEMA DE ENTREPISO:

1. Placa maciza de concreto	
2. Placa aligerada de concreto	
3. Lámina colaborante (Steel deck)	
4. Vigas metálicas	
5. Cerchas metálicas	
6. Entramado en madera	
7. No aplica	
8. Otro. Cual?	NA

REFORMAS EN LA ESTRUCTURA:

1. Reformas (SI / NO)	
2. En altura: No. de pisos adicionales	
3. En extensión: metros de ancho (paralelo a la vía)	
4. En profundidad: metros de fondo (perpendicular a la vía)	
5. Otro. Cual?	NA

SISTEMA ESTRUCTURAL:

1. Pórticos sin cascón reforzado	
2. Muros estructurales en concreto	
3. Sistema combinado en concreto	
4. Prefabricados en concreto	
5. Marquesina confinada	
6. Marquesina reforzada	
7. Marquesina no reforzada	
8. Pórticos en acero	
9. Pórtico arriostrado en acero	
10. Postcon y postes en madera	
11. Postcon y postes en otros materiales	
12. Muros en bahareque	
13. Muros en tapia pisada	
14. Muros en adobe	
15. Construcción improvisada	
16. Mixto	
17. Otro. Cual?	NA

IRREGULARIDAD EN PLANTA:

1. Irregularidad alta	
2. Irregularidad media	
3. Irregularidad baja o inexistente	

IRREGULARIDAD EN ALTURA:

1. Irregularidad alta	
2. Irregularidad media	
3. Irregularidad baja o inexistente	

TIPOLOGÍA ESTRUCTURAL DE LA EDIFICACIÓN:

1. Edificaciones con reforzamiento especial	
2. Edificaciones reforzadas	
3. Marquesina reforzada	
4. Estructuras con confinamiento deficiente y estructuras híbrida	
5. Estructuras ligeras	
6. Construcciones simples	
7. Otro. Cual?	NA

Observaciones:

4. ESTADO DEL EXTERIOR DEL PREDIO

ESTADO DE LAS FACHADAS: BUENO [ ] REGULAR [ ] MALO [ ]

								DAÑOS EN REPELLO, PINTURA Y/O ENCHAPE		DAÑOS EN PUERTA Y VENTANAS	
GRIETAS		FISURAS		HUMEDAD		DESPLAZAMIENTO					

DESCRIPCIÓN DE LAS AVERÍAS: Casefa en mampostería confinada, con 2 ventanas de vidrio, tenjas con dos cubos y en steinit y otra en (ctem) basa.

ESTADO DE LAS FACHADAS LATERALES Y CONTRAFACHADAS: BUENO [ ] REGULAR [ ] MALO [ ]

								DAÑOS EN REPELLO, PINTURA Y/O ENCHAPE		DAÑOS EN PUERTA Y VENTANAS	
GRIETAS		FISURAS		HUMEDAD		DESPLAZAMIENTO					

DESCRIPCIÓN DE LAS AFECTACIONES:

ESTADO DE ANDENES Y ACCESOS: BUENO [ ] REGULAR [ ] MALO [ ]

								DISTANCIA DE CONSTRUCCIÓN A VÍA		GROSOR ANDÉN APROXIMADO (cm)	
GRIETAS		FISURAS		HUMEDAD		DESPLAZAMIENTO					

DESCRIPCIÓN DE LAS AVERÍAS: Andén en adoquín, desbordillamiento en andén de adoquines

ESTADO DE CERRAMIENTOS: BUENO [ ] REGULAR [X] MALO [ ]

								MURO		OTROS	
MALLA ESLABONADA		POSTES DE CONCRETO		POSTES DE MADERA		CERCA VIVA					

DESCRIPCIÓN DE LAS AVERÍAS: Cerramiento en muro perimetral con tejas, cerramiento no posee en madera, presenta humedad cerramiento, Columnas en concreto en recubrimiento en ceramica, Algunas baldosas estan sueltas, humedad en el muro

Gobernación de Cundinamarca VICTORIA 2021	**INSTITUTO DE CAMINOS Y CONSTRUCCIONES DE CUNDINAMARCA** PROGRAMA NACIONAL GESTIÓN AMBIENTAL, SOCIAL, PREDIAL Y DE SOSTENIBILIDAD DE PROYECTOS MANUAL DE INTERVENTORÍA OBRA PÚBLICA **ACTA DE VECINDAD**	CÓDIGO	MANPS-MN-IN-SUPER-01
		VERSIÓN	1
		PÁGINA	3

OBJETO DEL PROYECTO	"INTERVENCIÓN DE LAS VÍAS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE CAMINOS VECINALES, CAMINOS PARA QUEDARSE, EN LAS PROVINCIAS DE GUAVIO, TEQUENDAMA Y ALTO MAGDALENA, EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA."	FECHA	
Contrato de Obra No. [illegible]	Contrato de Interventoría No. [illegible]	Acta de Vecindad de Seguimiento: ___	(Día / Mes / Año) 15 07 26

REGISTRO FOTOGRÁFICO







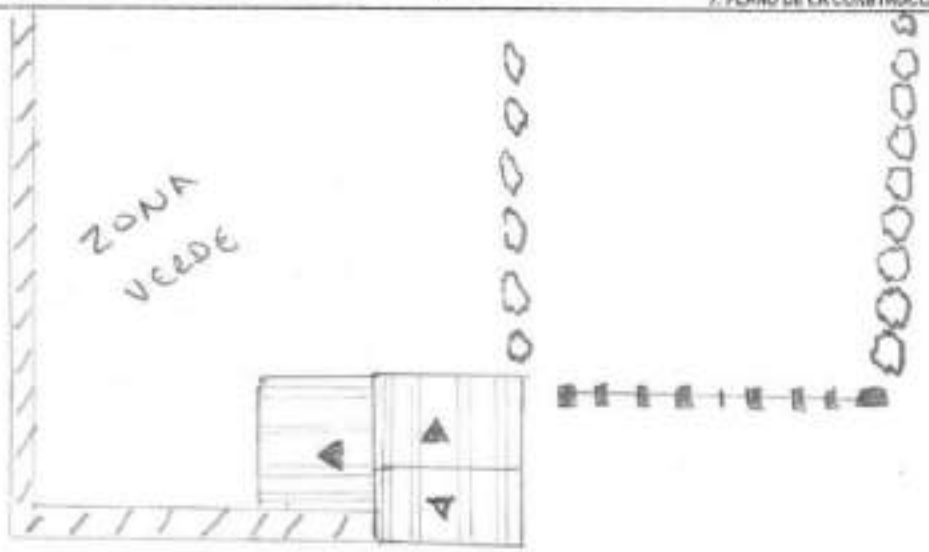


Notas: 3. En caso de requerir incluir más registros fotográficos a los consignados en la página delantera, se podrán insertar más páginas.
4. El Acta de Vecindad es un documento técnico, que debe ser diligenciado por profesionales técnicos del Contratista y la Interventoría, con el apoyo del equipo de gestión social del proyecto.
5. Si hace necesario, se podrá adjuntar una página anexa de observaciones, que a juicio del componente técnico, no haya(n) tenido en cuenta en el espacio propuesto del formato Acta de Vecindad.

Consorcio VIGGER 2021	INSTITUTO DE CAMINOS Y CONSTRUCCIONES DE CUNDINAMARCA PROCESO MISIONAL GESTIÓN AMBIENTAL, SOCIAL, PREDIAL Y DE SOSTENIBILIDAD DE PROYECTOS MANUAL DE INTERVENTORÍA OBRA PÚBLICA ACTA DE VECINDAD	CÓDIGO	MA-GPS-MN-01-3-FR-4
		VERSIÓN	1
		PÁGINA	4

OBJETO DEL PROYECTO	"INTERVENCIÓN DE LAS VÍAS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE CAMINOS VECINALES, CAMINOS PARA QUEDARSE, EN LAS PROVINCIAS DE SUMAPAZ, TEQUENDAMA Y ALTO MAGDALENA, EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA."	FECHA	
Contrato de Obra No. ICCU 140 / 2025	Contrato de Interventoría No. 218 / 2025	Acta de Vecindad de Inicio ☒ Seguimiento ☐	(Día / Mes / Año) 15 07 25

7. PLANO DE LA CONSTRUCCIÓN



VIA A INTERVENIR.

CUADRO DETALLES	
VIA INTERVENIR	
CERRAMIENTO LADRILLO	
PORTON EN MADERA	
COBIERTA TEJA DE BA	
CERCA VIVA VERDE	

FIRMAS

Firma Nombre: Responsable Unidad Social C.C. O NIT: Cargo: Consultora	Firma Nombre: Andrés Cortazo Ing. Residente Contratista Matrícula profesional No. 25202-363412 CND	Firma Nombre: Ing. Residente Interventoría Matrícula profesional No.: 25202-206569	Firma Nombre: Modesto Silva Testigo C.C. O NIT: 93705

Copias: Interventor, Subdirección de Gestión Predial, Archivo de Gestión del Contrato (Subdirección Administrativa)

Contrato VICGER 2021

INSTITUTO DE CAMINOS Y CONSTRUCCIONES DE CUNDINAMARCA
PROCESO MISIONAL GESTIÓN AMBIENTAL, SOCIAL, PREDIAL Y DE SOSTENIBILIDAD DE PROYECTOS
MANUAL DE INTERVENTORÍA OBRA PÚBLICA
ACTA DE VECINDAD

CÓDIGO	MGPS/MN-003-FR-4
VERSIÓN	1
PÁGINA	1

OBJETO DEL PROYECTO: "INTERVENCIÓN DE LAS VÍAS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE CAMINOS VECINALES, CAMINOS PARA QUEDARSE, EN LAS PROVINCIAS DE SUMAPAZ, TEQUENDAMA Y ALTO MAGDALENA, EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA."

FECHA (Día / Mes / Año): 13 07 26

Contrato de Obra No. ICCU 149 / 2025 | Contrato de Interventoría No. 214 / 2025 | Acta de Vecindad de: Inicio [X] Seguimiento [ ]

1. REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LA FACHADA



2. DATOS DEL PREDIO

Ubicación:	Departamento: Cundinamarca	Municipio: Pandi	Vereda: Acueducto Vereda	PR:	
Dirección:	KM 7+769 Izquierdo		Teléfonos:	3165430704	
Nombre de la persona que atiende la visita:	Nanna Lozano			CC No:	20520815
Tipo de tenencia de la vivienda:	1. Propia; 2. En arriendo; 3. Posesión; 4. Usufructo; 5. Propiedad colectiva				Propia
Nombre del responsable / propietario de la construcción:	Edilberto Agusto Hernandez Lozano			CC No:	79360956
Estrato de la construcción:		No. de Apartamentos:		No. de pisos:	
No. de Hogares:	1	No. total residentes:		Mujeres jefes de hogar:	1
Niños (menos de 14 años):	0	Adultos mayores (más de 60 años):	1	Personas en situación de discapacidad:	
CLASIFICACIÓN CATASTRAL:	1. Urbano; 2. Rural				Rural
ESTADO DEL PREDIO:	1. Sin edificar; 2.Obra Gris; 3. Terminado				Terminado
CON LICENCIA DE CONSTRUCCIÓN	1. SI ; 2. No				SI
PENDIENTE DEL TERRENO	1. Plano; 2. Ondulado; 3. Escarpado				ondulado

SERVICIOS PUBLICOS

	SI	NO	Observaciones del estado de las redes:
1. Acueducto	X		
2. Alcantarillado		X	
3. Energía	X		
4. Gas	X		
5. Teléfono			
6. Televisión cable		X	
7. Internet		X	
8. Otros			Cuál?

DESTINACIÓN ECONÓMICA				ACCESOS VEHICULARES	
1. Residencial	X	7. Educativo		Garaje	
2. Comercial		8. Salubridad		SI [X]	NO [ ]
3. Industrial		9. Cultural		Uso del garaje:	
4. Minero		10. Religioso			
5. Agropecuario		11.Institucional			
6. Recreacional		12. Otro			

FIRMAS

Firma:	Firma:	Firma:
Nombre: Nanna Lozano	Nombre: Ing. Residente Contratista	Nombre: Ing. Residente Interventoría
Responsable Unidad Social C.C. O NIT: 20520815	Matrícula profesional No.: 25202-363417 CUND	Matrícula profesional No.: 25202-261564
		Testigo C.C. O NIT:

Notas:
1. Se hace constar que lo consignado en la presente Acta de Vecindad corresponde a la realidad.
2. Una vez firmada a conformidad, se entregará al propietario del predio copia del acta de vecindad suscrita entre las partes.

Cofinanciado VIGENCIA 2021

INSTITUTO DE CAMINOS Y CONSTRUCCIONES DE CUNDINAMARCA
PROCESO: MISIONAL GESTION AMBIENTAL, SOCIAL, PREDIAL Y DE SOSTENIBILIDAD DE PROYECTOS
MANUAL DE INTERVENTORÍA OBRA PÚBLICA
ACTA DE VECINDAD

CÓDIGO	MASPS-MN-INT-FR-4
VERSIÓN	1
PAGINA	2

OBJETO DEL PROYECTO	"INTERVENTORÍA DE LAS VÍAS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE CAMINOS VECINALES, CAMINOS PARA QUEDARSE, EN LAS PROVINCIAS DE: SUMAPAZ, TEQUENDAMA Y ALTO MAGDALENA, EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA"	FECHA (Día / Mes / Año) 15 07 24

Contrato de Obra No. IDCU-140-2025	Contrato de Interventoría No. 218-2025	Acta de Vecindad de: Inicio [ ] Seguimiento [X]

3. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA ESTRUCTURAL

CIMENTACIÓN:

1. Zapatas	[ ]
2. Vigas corridas	[X]
3. Sallama mixta	[ ]
4. Cassons	[ ]
5. Cerchos ciclópeos	[ ]
6. Pilotes	[ ]
7. Placa de cimentación	[ ]
8. No identificada	[ ]
9. No existe	[ ]
10. Otro. Cual?	

SISTEMA DE CUBIERTA:

1. Placa en concreto	[ ]
2. Placa en Steel deck	[ ]
3. Estructura metálica y teja	[ ]
4. Estructura de madera y teja	[X]
5. Otro. Cual? Cubierta teja en madera con estructura en madera.	

SISTEMA DE ENTREPISO:

1. Placa maciza de concreto	[X]
2. Placa aligerada de concreto	[ ]
3. Lámina colaborante (Steel deck)	[ ]
4. Vigas metálicas	[ ]
5. Cerchas metálicas	[ ]
6. Entramado en madera	[ ]
7. No aplica	[ ]
8. Otro. Cual?	

REFORMAS EN LA ESTRUCTURA:

1. Reformas (si / no)	NO.
2. En altura: No. de pisos adicionales	
3. En extensión: metros de ancho (paralelo a la vía)	
4. En profundidad: metros de fondo (perpendicular a la vía)	
5. Otro. Cual?	

SISTEMA ESTRUCTURAL:

1. Pórticos en concreto reforzado	[ ]
2. Muros estructurales en concreto	[ ]
3. Sistema combinado en concreto	[ ]
4. Prefabricados en concreto	[ ]
5. Mampostería confinada	[X]
6. Mampostería reforzada	[ ]
7. Mampostería no reforzada	[ ]
8. Pórticos en acero	[ ]
9. Pórticos arriostrados en acero	[ ]
10. Pórticos y porales en madera	[ ]
11. Pórticos y porales en otros materiales	[ ]
12. Muros en bahareque	[ ]
13. Muros en tapia pisada	[ ]
14. Muros en adobe	[ ]
15. Construcción improvisada	[ ]
16. Mixto	[ ]
17. Otro. Cual?	

IRREGULARIDAD EN PLANTA:

1. Irregularidad alta	[ ]
2. Irregularidad media	[X]
3. Irregularidad baja o inexistente	[ ]

IRREGULARIDAD EN ALTURA:

1. Irregularidad alta	[X]
2. Irregularidad media	[ ]
3. Irregularidad baja o inexistente	[ ]

TIPOLOGÍA ESTRUCTURAL DE LA EDIFICACIÓN:

1. Edificaciones con reforzamiento especial	[ ]
2. Edificaciones reforzadas	[ ]
3. Mampostería reforzada	[ ]
4. Estructuras con confinamiento deficiente y estructuras híbridas	[ ]
5. Estructuras ligeras	[ ]
6. Construcciones simples	[X]
7. Otro. Cual?	

Observaciones: solo se tuvo conocimiento de la fachada

4. ESTADO DEL EXTERIOR DEL PREDIO

ESTADO DE LAS FACHADAS: BUENO [ ] REGULAR [X] MALO [ ]

GRIETAS		FISURAS		HUMEDAD		DESPLAZAMIENTO		DAÑOS EN REPELLO, PINTURA Y/O ENCHAPE		DAÑOS EN PUERTA Y VENTANAS	

DESCRIPCIÓN DE LAS AVERÍAS: Presenta humedad en la pata de muro, cuelo ventanas en madera, con una puerta en madera. teja en barro con postes de madera.

ESTADO DE LAS FACHADAS LATERALES Y CONTRAFACHADAS: BUENO [ ] REGULAR [ ] MALO [ ]

GRIETAS		FISURAS		HUMEDAD		DESPLAZAMIENTO		DAÑOS EN REPELLO, PINTURA Y/O ENCHAPE		DAÑOS EN PUERTA Y VENTANAS	

DESCRIPCIÓN DE LAS AFECTACIONES:

ESTADO DE ANDENES Y ACCESOS: BUENO [ ] REGULAR [X] MALO [ ]

GRIETAS	X	FISURAS	X	HUMEDAD	X	DESPLAZAMIENTO		DISTANCIA DE CONSTRUCCIÓN A VÍA		GROSOR ANDEN APROXIMADO (cm)	

DESCRIPCIÓN DE LAS AVERÍAS: Presenta humedad en el anden acceso a vivienda, tramo en Presenta fisuras en el muro del cerramiento, tramo en Presenta fisuras y grietos en el anden.

ESTADO DE CERRAMIENTOS: BUENO [ ] REGULAR [X] MALO [ ]

MALLA ESLABONADA		POSTES DE CONCRETO		POSTES DE MADERA		CERCA VIVA		MURO		OTROS	X

DESCRIPCIÓN DE LAS AVERÍAS: cerramiento en regular estado, el cerramiento es en tubo cuadrado con su respectivo zocalo cerca viva y muro, ademas tiene puerta y porton en regular estado.

Conexia VIGILER 2021	INSTITUTO DE CAMINOS Y CONSTRUCCIONES DE CUNDINAMARCA PROCESO MISIONAL GESTION AMBIENTAL, SOCIAL, PREDIAL Y DE SOSTENIBILIDAD DE PROYECTOS MANUAL DE INTERVENTORIA OBRA PUBLICA ACTA DE VECINDAD	CODIGO	MANPS-MN-19.3-FR-4
		VERSION	1
		PAGINA	3

OBJETO DEL PROYECTO	"INTERVENTORIA EN DIEZ (10) VIAS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE CAMINOS VECINALES CAMINOS PARA CRECER, EN LAS PROVINCIAS DE SUMAPAZ, TEQUENDAMA Y ALTO MAGDALENA, EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA."		TECNICA
Contrato de Obra No. (CCC 146) 2025	Contrato de Interventoria No. 218) 2025	Acta de Vecindad de Seguimiento: --- 8	(Dia / Mes / Año) 15 07 26

REGISTRO FOTOGRAFICO







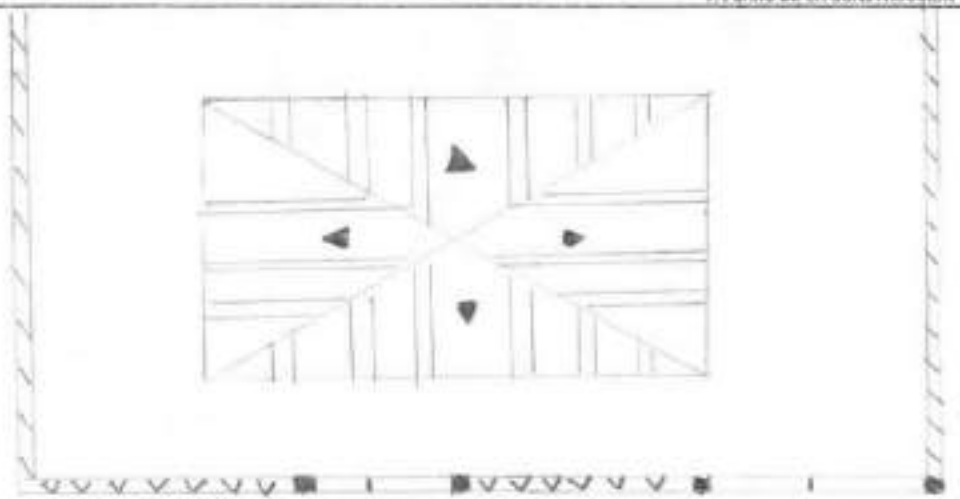


Notas: 5. En caso de requerir incluir mas registros fotograficos a los consignados en la pagina destinada, se podran insertar mas paginas.
6. El Acta de Vecindad es un documento tecnico, que debe ser diligenciado con profesionales idoneos del Contratista y la Interventoria, con el apoyo del equipo de gestion social del proyecto.
7. Si Fuere necesario, se podra adjuntar una pagina anexa de observaciones, que a juicio del componente tecnico, no fueron tenidas en cuenta en el momento propuesto del horario Acta de Vecindad.

Cundinamarca VICTORIOSA 2024	INSTITUTO DE CAMINOS Y CONSTRUCCIONES DE CUNDINAMARCA PROCESO MISIONAL GESTIÓN AMBIENTAL, SOCIAL, PREDIAL Y DE SOSTENIBILIDAD DE PROYECTOS MANUAL DE INTERVENTORÍA OBRA PUBLICA ACTA DE VECINDAD	CÓDIGO	MA-GPS-MN-04-3-FR-4
		VERSIÓN	1
		PÁGINA	4

OBJETO DEL PROYECTO	"INTERVENCIÓN DE LAS VÍAS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE CAMINOS VECINALES, CAMINOS PARA QUEDARSE, EN LAS PROVINCIAS DE SUMAPAZ, TEQUENDAMA Y ALTO MAGDALENA, EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA."	FECHA	(Día / Mes / Año) 15 07 25
Contrato de Obra No. IDCU 140 / 2025	Contrato de Interventoría No. 218 / 2025	Acta de Vecindad de	Inicio ☒ Seguimiento ☐

7. PLANO DE LA CONSTRUCCIÓN



CUADRO DE DETALLE	
VIA ACCESO	
Mampostería tabique	
Cuneta en bajo	
Puente Pórtico metálico	
Cerramiento en reja metálica	

FIRMAS

Firma: Nombre: Ramiro Lobo Rios Responsable Calidad Social C.C. O NIT: 1052085	Firma: Nombre: Andrés Cardoso Ing. Residente Contratista Matrícula profesional No. 252024-32422	Firma: Nombre: Ing. Residente [illegible] Matrícula profesional No. 08252647649 C.C. O NIT

Original: Contratista
Copias: Interventor, Subdirección de Sostenibilidad, Archivo de Gestión del Contrato (Subdirección Administrativa)

Gobierno Vigente 2021

INSTITUTO DE CAMINOS Y CONSTRUCCIONES DE CUNDINAMARCA
PROCESO MISIONAL GESTIÓN AMBIENTAL, SOCIAL, PREDIAL Y DE SOSTENIBILIDAD DE PROYECTOS
MANUAL DE INTERVENTORÍA OBRA PÚBLICA
ACTA DE VECINDAD

CODIGO	MASPS-MM-M-S-FR-4
VERSION	1
PAGINA	1

OBJETO DEL PROYECTO	"INTERVENCIÓN DE LAS VÍAS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE CAMINOS VECINALES, CAMINOS PARA QUEDARSE, EN LAS PROVINCIAS DE SUMAPAZ, TEQUENDAMA Y ALTO MAGDALENA, EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA."
FECHA	(Día / Mes / Año) 15 07 26

Contrato de Obra No. SCCU 149 / 2025 | Contrato de Interventoría No. 210 / 2025 | Acta de Vecindad de: Inicio ☒ Seguimiento ☐

1. REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LA FACHADA



2. DATOS DEL PREDIO

Ubicación:	Departamento: Cundinamarca	Municipio: Anolaima	Vereda: Mesitas Alto		Nit:
Dirección:	KM 77+752 lado izquierdo		Teléfono:	3102047877	
Nombre de la persona que atiende la visita: Julio Olivares Garay				CC No: 1868277	
Tipo de tenencia de la vivienda:	1. Propia; 2. En arriendo; 3. Posesión; 4. Usufructo; 5. Propiedad colectiva				NA
Nombre del responsable / propietario de la construcción: Pedro Hernandez				CC No: 19216038	
Edad de la construcción:	NA	No. de Apartamentos:	NA	No. de pisos:	NA
No. de Hogares:	NA	No. total residentes:	NA	Mujeres jefes de hogar:	NA
Niños (menos de 14 años):	NA	Adultos mayores (más de 60 años):	NA	Personas en situación de vulnerabilidad:	NA
CLASIFICACIÓN CATASTRAL:	1. Urbano; 2. Rural				Rural
ESTADO DEL PREDIO:	1. En edificar; 2.Obra Gris; 3. Terminado				Terminado
CON LICENCIA DE CONSTRUCCIÓN:	1. SI ; 2. No				SI
PENDIENTE DEL TERRENO:	1. Plano; 2. Ondulado; 3. Escarpado				ondulado

SERVICIOS PUBLICOS

	SI	NO	Observaciones del estado de las redes:
1. Acueducto	X		
2. Alcantarillado		X	
3. Energía	X		
4. Gas		X	
5. Teléfono		X	
6. Televisión cable		X	
7. Internet		X	
7. Otros			Cual?

DESTINACIÓN ECONÓMICA

1. Residencial	☒	7. Educativo	☐
2. Comercial	☐	8. Salubridad	☐
3. Industrial	☐	9. Cultural	☐
4. Minero	☐	10. Religioso	☐
5. Agropecuario	☐	11 Institucional	☐
6. Recreacional	☐	12. Otro	☐

ACCESOS VEHICULARES

Garaje: SI ☒ NO ☐
Uso del garaje:

FIRMAS

Firma:	Firma:	Firma:	Firma:
Nombre:	Nombre: Andrés Sandoval	Nombre:	Nombre: Julio Olivares
Responsable Unidad Social	Ing. Residente Contratista	Ing. Residente Interventoría	Testigo
C.C. O NIT:	Matrícula profesional No. 25202-363412 CND	Matrícula profesional: 25202-363412 CND	C.C. O NIT: 1868277

Notas: 1. Su firma en constancia, que lo consignado en la presente Acta de Vecindad corresponde a la realidad.
2. Una vez firmada a conformidad, se entregará al propietario del predio copia del acta de vecindad suscrita entre las partes.

Construyendo VINCULOS 2023

INSTITUTO DE CAMINOS Y CONSTRUCCIONES DE CUNDINAMARCA
PROCESO MISIONAL GESTIÓN AMBIENTAL, SOCIAL, PREDIAL Y DE SOSTENIBILIDAD DE PROYECTOS
MANUAL DE INTERVENTORÍA OBRA PÚBLICA
ACTA DE VECINDAD

CODIGO	MASPS-MN-INS-OFR-04
VERSIÓN	1
PAGINA	2

OBJETO DEL PROYECTO: "INTERVENCIÓN DE LAS VÍAS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE CAMINOS VECINALES, CAMINOS PARA QUEDARSE, EN LAS PROVINCIAS DE SUMAPAZ, TEQUENDAMA Y ALTO MAGDALENA, EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA."

FECHA (Día / Mes / Año): 15 07 26

Contrato de Obra No. ICCU-146-2025 | Contrato de Interventoría No. 218-2025 | Acta de Vecindad de: Inicio [X] Seguimiento [ ]

3. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA ESTRUCTURAL

ORIENTACIÓN

1. Zapatas		
2. Vigas riostras		
3. Sistema mixto		
4. Columna		
5. Concreto ciclópeo		
6. Pilotes		
7. Pozos de cimentación		
8. No determinada		
9. No existe		
10. Otro. Cuál?	N/A	

SISTEMA DE CUBIERTA

1. Placa en concreto	
2. Placa en Steel deck	
3. Estructura metálica y teja	
4. Estructura en madera y teja	
5. Otro. Cuál?	N/A

SISTEMA DE ENTREPISO

1. Placa maciza de concreto	
2. Placa aligerada de concreto	
3. Lámina colaborante (Steel deck)	
4. Vigas metálicas	
5. Cerchas metálicas	
6. Entramado en madera	
7. No aplica	
8. Otro. Cuál?	N/A

REFORMAS EN LA ESTRUCTURA

1. Refuerzos (si / no)	
2. En altura: No. de pisos adicionales	
3. En extensión: metros de ancho (paralelo a la vía)	
4. En profundidad: metros de fondo (perpendicular a la vía)	
5. Otro. Cuál?	N/A

SISTEMA ESTRUCTURAL

1. Pórticos en concreto reforzado	
2. Muros estructurales en concreto	
3. Sistema combinado en concreto	
4. Prefabricados en concreto	
5. Mampostería confinada	
6. Mampostería reforzada	
7. Mampostería no reforzada	
8. Pórticos en acero	
9. Pórtico arriostrado en acero	
10. Pórticos y pantallas en madera	
11. Pórticos y pantallas en otros materiales	
12. Muros en bahareque	
13. Muros en tapia pisada	
14. Muros en adobe	
15. Construcción en provisada	
16. Mixta	
17. Otro. Cuál?	

IRREGULARIDAD EN PLANTA

1. Irregularidad alta	
2. Irregularidad media	
3. Irregularidad baja o inexistente	

IRREGULARIDAD EN ALTURA

1. Irregularidad alta	
2. Irregularidad media	
3. Irregularidad baja o inexistente	

TIPOLOGÍA ESTRUCTURAL DE LA EDIFICACIÓN

1. Edificaciones con reforzamiento especial	
2. Edificaciones reforzadas	
3. Mampostería reforzada	
4. Estructuras con confinamiento, adobe/bahareque reforzado	
5. Estructuras livianas	
6. Construcciones simples	
7. Otro. Cuál?	N/A

Observaciones:

4. ESTADO DEL EXTERIOR DEL PREDIO

ESTADO DE LAS FACHADAS: BUENO [ ] REGULAR [ ] MALO [ ]

GRIETAS		FISURAS		HUMEDAD		DESPLAZAMIENTO		DAÑOS EN REPELLO, PINTURA Y/O ENCHAPE		DAÑOS EN PUERTA Y VENTANAS	

DESCRIPCIÓN DE LAS AVERÍAS:

ESTADO DE LAS FACHADAS LATERALES Y CONTRAFACHADAS: BUENO [ ] REGULAR [ ] MALO [ ]

GRIETAS		FISURAS		HUMEDAD		DESPLAZAMIENTO		DAÑOS EN REPELLO, PINTURA Y/O ENCHAPE		DAÑOS EN PUERTA Y VENTANAS	

DESCRIPCIÓN DE LAS AFECTACIONES:

ESTADO DE ANDENES Y ACCESOS: BUENO [ ] REGULAR [ ] MALO [ ]

GRIETAS		FISURAS		HUMEDAD		DESPLAZAMIENTO		DISTANCIA DE CONSTRUCCIÓN A VÍA		GROSOR ANDÉN APROXIMADO (cm)	

DESCRIPCIÓN DE LAS AVERÍAS: Andén en Terreno Natural

ESTADO DE CERRAMIENTOS: BUENO [ ] REGULAR [ ] MALO [ ]

MALLA ESLABONADA		POSTES DE CONCRETO		POSTES DE MADERA		CERCA VIVA		MURO		OTROS	

DESCRIPCIÓN DE LAS AVERÍAS: Cerramiento en malla eslabonada, Tubos galvanizados, Zapata concreto, Perfiles metalicos en Perfecto estado Con Columnas en concreto.

Compromiso VICTORIA 2021	INSTITUTO DE CAMINOS Y CONSTRUCCIONES DE CUNDINAMARCA PROCESO MISIONAL GESTION AMBIENTAL, SOCIAL, PREDIAL Y DE FACTIBILIDAD DE PROYECTOS MANUAL DE INTERVENTORIA OBRA PUBLICA ACTA DE VECINDAD	CODIGO	MADPS-MN-IN-3-FR-4
		VERSION	1
		PAGINA	3

OBJETO DEL PROYECTO	"INTERVENCION DE LAS VIAS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE CAMINOS VECINALES, CAMINO PARA CUIDARME, EN LAS PROVINCIAS DE SUMAPAZ, TEQUENDAMA Y ALTO MAGDALENA, EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA."	FECHA	
Contrato de Obra No. ICCU 140 / 2025	Contrato de Interventoría No. 219 / 2025	Acta de Vecindad de Seguimiento: No. [X]	(Dia / Mes / Año) 15 07 26.

REGISTRO FOTOGRAFICO







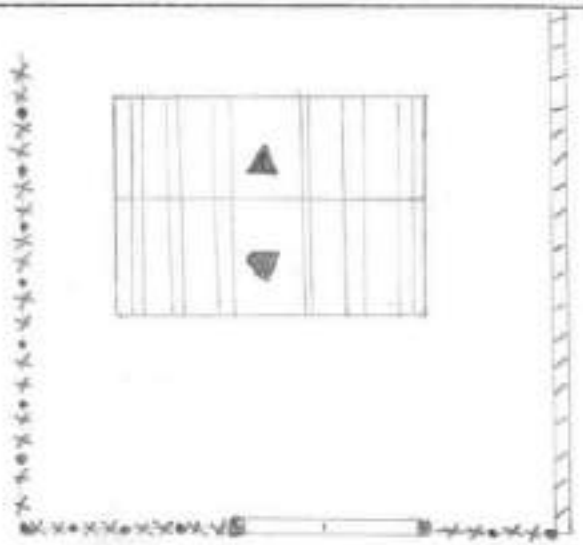


Notas: 1. En caso de requerir incluir mas registros fotograficos a los consignados en la pagina anterior, se podrán insertar mas paginas.
2. El Acta de Vecindad es un documento técnico, que debe ser diligenciada por profesionales técnicos de Contratista y la Interventoría, con el apoyo de equipo de gestión social del proyecto.
3. Si fuere necesario, se podrá adjuntar una página anexa de observaciones, que a juicio del competente técnico, se hacen tenidas en cuenta en el esquema propuesto del formato Acta de Vecindad.

Comercio VICGER 2021	INSTITUTO DE CAMINOS Y CONSTRUCCIONES DE CUNDINAMARCA PROCESO MISIONAL GESTIÓN AMBIENTAL, SOCIAL, PREDIAL Y DE SOSTENIBILIDAD DE PROYECTOS MANUAL DE INTERVENTORÍA OBRA PÚBLICA ACTA DE VECINDAD	CÓDIGO	MASPS-MN-013-FT-4
		VERSIÓN	1
		PÁGINA	4

OBJETO DEL PROYECTO	"INTERVENCIÓN DE LAS VÍAS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE CAMINOS VECINALES, CAMINOS PARA QUEDARSE, EN LAS PROVINCIAS DE SUMAPAZ, TEQUENDAMA Y ALTO MAGDALENA, EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA."	FECHA	Día (Días / Año) 1) 07 '26
Contrato de Obra No. IDCU-140 / 2025	Contrato de Interventoría No. 218 / 2025	Acta de Vecindad de	Inicio ☒ Seguimiento ☐

7. PLANO DE LA CONSTRUCCION



CUADRO DE DETALLES	
VIA INTERVENIR	
POSTON METALICO	
CERRAMIENTO MALLA ESLABONADA Y TUBO GALV	
MURO MAMPOSTERIA	
CUBIERTA METALICA	

VIA A INTERVENIR.

FIRMAS

Firma Nombre Responsable Unidad Social C.C. O NIT Original Contratista. Copias: Interventor, Subdirección de Seguridad Vial, Archivo de Gestión del Contrato y Subdirección de Administrativa.	Firma Nombre Ing. Residente Contratista Matrícula profesional No. 35202-363412CND	Firma Nombre Ing. Residente Interventoría Matrícula profesional No.	Firma Nombre Testigo C.C. O NIT 19 06 27

Contrato VICGER 2021

INSTITUTO DE CAMINOS Y CONSTRUCCIONES DE CUNDINAMARCA
PROCESO MISIONAL GESTION AMBIENTAL, SOCIAL, PREDIAL Y DE SOSTENIBILIDAD DE PROYECTOS
MANUAL DE INTERVENTORÍA OBRA PÚBLICA
ACTA DE VECINDAD

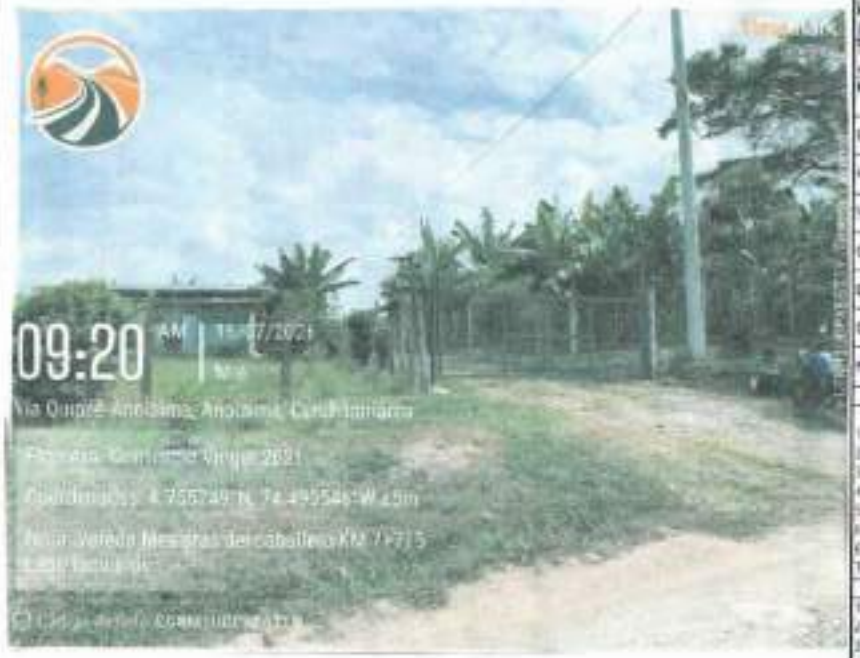
CÓDIGO	MASPS-SH-M3-FR-4
VERSIÓN	1
PÁGINA	1

OBJETO DEL PROYECTO: "INTERVENTORÍA DE LAS VÍAS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE CAMINOS VECINALES, CAMINOS PARA QUEDARSE, EN LAS PROVINCIAS DE SUMAPAZ, RIO UBLINGAMA Y ALTO MAGDALENA, EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA."

FECHA (Día / Mes / Año): 15 07 21

Contrato de Obra No. IDCU-148 / 2020 | Contrato de Interventoría No. 218 / 2020 | Acta de Vecindad de: Inicio [X] Seguimiento [ ]

1. REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LA FACHADA



2. DATOS DEL PREDIO

Ubicación:	Departamento: Cundinamarca	Municipio: Anolaima	Vereda: Mesitas del Caballero		PR
Dirección:	KM 7+715. Lado izquierdo		Teléfono:	3115647817	
Nombre de la persona que atiende la visita: Omar Franco				CC No. 2954014	
Tipo de tenencia de la vivienda: 1. Propia; 2. En arriendo; 3. Posesión; 4. Usufructo; 5. Propiedad colectiva					NA
Nombre del responsable / propietario de la construcción:				CC No.	
Edad de la construcción	NA	No. de Apartamentos	NA	No. de pisos	NA
No. de Hogares	NA	No. total residentes	NA	Mujeres jefes de hogar	NA
Niños (menos de 14 años)	NA	Adultos mayores (más de 60 años)		Personas en situación de discapacidad	NA
CLASIFICACIÓN CATASTRAL:		1. Urbano; 2. Rural			
ESTADO DEL PREDIO:		1. Sin edificar; 2.Obra Gris; 3. Terminado			
CON LICENCIA DE CONSTRUCCIÓN		1. SI ; 2. No			
PENDIENTE DEL TERRENO		1. Plano; 2. Ondulado; 3. Escarpado			

SERVICIOS PUBLICOS

	SI	NO	Observaciones del estado de las redes:
1. Acueducto	X		
2. Alcantarillado		X	
3. Energía	X		
4. Gas		X	
5. Teléfono			
6. Televisión cable		X	
6. Internet		X	
7. Otros		X	Cual?

DESTINACIÓN ECONÓMICA

1. Residencial	X	7. Educativo	
2. Comercial		8. Salubridad	
3. Industrial		9. Cultural	
4. Minero		10. Religioso	
5. Agropecuaria		11.Institucional	
6. Recreacional		12. Otro	

ACCESOS VEHICULARES

Garaje: SI [X] NO [ ]

Uso del garaje:

FIRMAS

Firma:	Firma:	Firma:
Nombre:	Nombre: Ing. Residente Contratista Carlos O	Nombre: Ing. Residente Interventoría
Responsable Unidad Social	Matrícula profesional No. 25101-36417 CUN	Matrícula profesional No. [illegible]
C.C. O NIT:		C.C. O NIT:
		Nombre del predio: Omar Franco 2954014

Notas: 1. Se firma en constancia, con lo consignado en la presente Acta de Vecindad correspondiente a la realidad.
2. Una vez firmada a conformidad, se entregará al propietario del predio copia del acta de vecindad suscrita entre las partes.

Cambios VIGENTE 2021	INSTITUTO DE CAMINOS Y CONSTRUCCIONES DE CUNDINAMARCA PROCESO MISIONAL GESTIÓN AMBIENTAL, SOCIAL, PREDIAL Y DE SOSTENIBILIDAD DE PROYECTOS MANUAL DE INTERVENTORÍA OBRA PÚBLICA ACTA DE VECINDAD	CÓDIGO	MISPS-MN-03-FR-4
		VERSIÓN	1
		PÁGINA	2

OBJETO DEL PROYECTO	"INTERVENCIÓN DE LAS VÍAS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE CAMINOS VECINALES, CAMINOS PARA QUEDARSE, EN LAS PROVINCIAS DE SUMAPAZ, TEQUENDAMA Y ALTO MAGDALENA, EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA."	FECHA	(DD / Mes / Año) 15 de 26.
Contrato de Obra No. IDCU-148/ 2025	Contrato de Interventoría No. 218 / 2025	Acta de Vecindad de: Inicio [ ] Seguimiento [X]	

1. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA ESTRUCTURAL

CIMENTACIÓN:

1. Zapatas	☐	
2. Vigas corridas	☐	
3. Sistema mixto	☐	
4. Cilotaros	☐	
5. Concreto ciclópeo	☐	
6. Pilotes	☐	
7. Placa de cimentación	☐	
8. No identificada	☐	
9. No existe	☐	
10. Otro. Cuál? NA		

SISTEMA DE CUBIERTA

1. Placa en concreto	☐	
2. Placa en Steel deck	☐	
3. Estructura metálica y teja	☐	
4. Estructura de madera y teja	☐	
5. Otro. Cuál? NA		

SISTEMA DE ENTREPISO:

1. Placa maciza de concreto	☐	
2. Placa aligerada de concreto	☐	
3. Lámina colaborante (Steel deck)	☐	
4. Vigas metálicas	☐	
5. Cerchas metálicas	☐	
6. Entramado en madera	☐	
7. No aplica	☐	
8. Otro. Cuál? NA		

REFORMAS EN LA ESTRUCTURA

1. Reformas (si / no)	
2. En altura: No. de pisos adicionales	
3. En extensión: metros de ancho (paralelo a la vía)	
4. En profundidad: metros de fondo (perpendicular a la vía)	
5. Otro. Cuál? NA	

SISTEMA ESTRUCTURAL

1. Pórticos en concreto reforzado	☐	
2. Muros estructurales en concreto	☐	
3. Sistema combinado en concreto	☐	
4. Prefabricados en concreto	☐	
5. Mampostería confinada	☐	
6. Mampostería reforzada	☐	
7. Mampostería no reforzada	☐	
8. Pórticos en acero	☐	
9. Pórtico arriostrado en acero	☐	
10. Pórticos y pandeo en madera	☐	
11. Pórticos y pandeo en otros materiales	☐	
12. Muros en bahareque	☐	
13. Muros en tapia pisada	☐	
14. Muros en adobe	☐	
15. Construcción improvisada	☐	
16. Mixto	☐	
17. Otro. Cuál? NA		

IRREGULARIDAD EN PLANTA

1. Irregularidad alta	☐
2. Irregularidad media	☐
3. Irregularidad baja o inexistente	☐

IRREGULARIDAD EN ALTURA

1. Irregularidad alta	☐
2. Irregularidad media	☐
3. Irregularidad baja o inexistente	☐

TIPOLOGÍA ESTRUCTURAL DE LA EDIFICACIÓN

1. Edificaciones con reforzamiento especial	☐
2. Edificaciones reforzadas	☐
3. Mampostería reforzada	☐
4. Estructuras con confinamiento deficiente y estructura flexible	☐
5. Estructuras ligeras	☐
6. Construcciones simples	☐
7. Otro. Cuál? NA	

Observaciones:

4. ESTADO DEL EXTERIOR DEL PREDIO

ESTADO DE LAS FACHADAS: BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO ☐

GRIETAS		FISURAS		HUMEDAD		DESPLAZAMIENTO		DAÑOS EN REPELLO, PINTURA Y/O ENCHAPE		DAÑOS EN PUERTA Y VENTANAS	

DESCRIPCIÓN DE LAS AVERÍAS:

ESTADO DE LAS FACHADAS LATERALES Y CONTRAFACHADAS: BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO ☐

GRIETAS		FISURAS		HUMEDAD		DESPLAZAMIENTO		DAÑOS EN REPELLO, PINTURA Y/O ENCHAPE		DAÑOS EN PUERTA Y VENTANAS	

DESCRIPCIÓN DE LAS AFECTACIONES:

ESTADO DE ANDENES Y ACCESOS: BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO ☐

GRIETAS		FISURAS		HUMEDAD		DESPLAZAMIENTO		DISTANCIA DE CONSTRUCCIÓN A VÍA		GROSOR ANDÉN APROXIMADO (cm)	

DESCRIPCIÓN DE LAS AVERÍAS: No Conforme andén, acceso en terreno natural

ESTADO DE CERRAMIENTOS: BUENO ☐ REGULAR ☒ MALO ☐

MALLA ESLABONADA		POSTES DE CONCRETO		POSTES DE MADERA		CERCA VIVA		MURO		OTROS	

DESCRIPCIÓN DE LAS AVERÍAS: Cerramiento postes de madera con Estampe fija, con Portón en tubo rectangular metalica y malla eslab soldados, el portón presenta oxidación

Consorcio VIC-DEP 2021	INSTITUTO DE CAMINOS Y CONSTRUCCIONES DE CUNDINAMARCA PROCESO REGIONAL GESTION AMBIENTAL, SOCIAL, PREDIAL Y DE SOSTENIBILIDAD DE PROYECTOS MANUAL DE INTERVENTORIA OBRA PUBLICA ACTA DE VECINDAD	CODIGO	MAIPS-IDN-N-3-FR-4
		VERSION	1
		Pagina	3

OBJETO DEL PROYECTO	"INTERVENCION DE LAS VIAS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE CAMINOS VECINALES, CAMINOS PARA GUBSARSE, EN LAS PROVINCIAS DE SUMAPAZ, TEQUENDAMA Y ALTO MAGDALENA, EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA"	FICHA	
Contrato de Obra No. 0721-147 / 2021	Contrato de Interventoría No. 218 - 2021	Acta de Vecindad de Seguimiento	(Día / Mes / Año) 15 04 22.

REGISTRO FOTOGRÁFICO







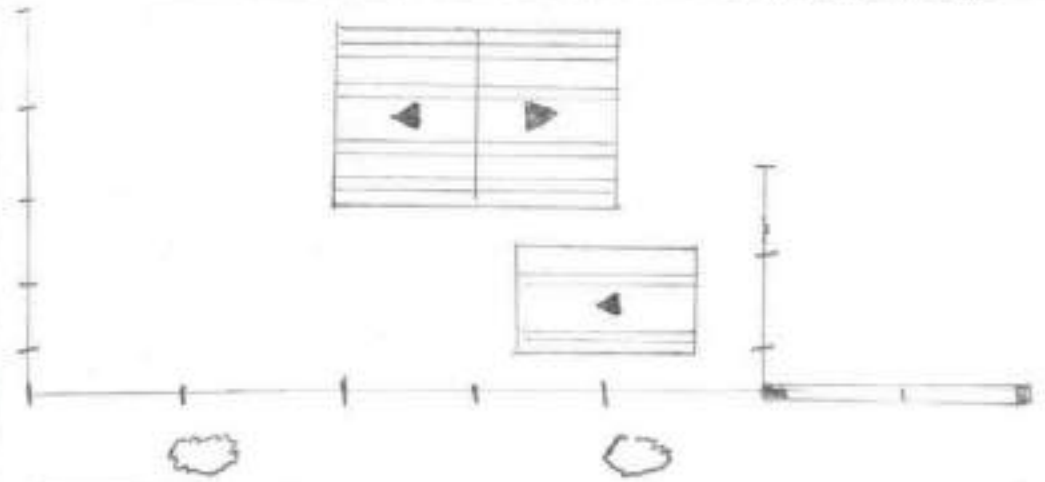


Notas: 1. En caso de requerir incluir más registros fotográficos a los consignados en la página anterior, se podrán insertar más páginas.
2. El Acta de Vecindad es un documento técnico, que debe ser diligenciado por profesionales idóneos del Contratista y la Interventoría, con el apoyo del equipo de gestión social del proyecto.
3. Si fuera necesario, se podrá adjuntar una página anexa de observaciones, que a juicio del componente técnico, no fueron tenidas en cuenta en el espacio previsto del formato Acta de Vecindad.

Cumplimos VICUER 2021	INSTITUTO DE CAMINOS Y CONSTRUCCIONES DE CUNDINAMARCA PROCESO MISIONAL GESTIÓN AMBIENTAL, SOCIAL, PREDIAL Y DE SOSTENIBILIDAD DE PROYECTOS MANUAL DE INTERVENTORÍA OBRA PÚBLICA ACTA DE VECINDAD	CODIGO	MASPS-MN-86.3-FR-4
		VERSION	1
		PAGINA	4

OBJETO DEL PROYECTO	"INTERVENCION DE LAS VÍAS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE CAMINOS VECINALES, CAMINOS PARA QUEDARSE, EN LAS PROVINCIAS DE SUMAPAZ, TEQUENDAMA Y ALTO MAGDALENA, EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA"	FECHA	
Contrato de Obra No. ICCU-141 / 2025	Contrato de Interventoría No. 218 / 2025	Acta de Vecindad de	Inicio ☒ Seguimiento ☐
			(Día / Mes / Año) 15 07 26

7. PLANO DE LA CONSTRUCCIÓN



CUADRO DE DETALLE	
VIA INTERVENIR	
CUBIERTA METALICA	
CERCA EN MADERA Y DUAS	
POSTON METALICO.	

FIRMAS

Firma Nombre: Responsable Unidad Social C.C. O NIT: Cargo:	Firma Nombre: A.J.S. C.M.G.U Ing. Residente Contratista Matrícula profesional No.: 25202-363412 CND	Firma Nombre: Ing. Residente Interventoría Matrícula profesional No.: 13 222 26 1769	Firma Nombre: Testigo C.C. O NIT:

Copias: interventor, Subdirección de Sostenibilidad, Archivo de Gestión del Contrato (Subdirección Administrativa)

ANEXO 4:

SUBPROGRAMA DE CULTURA VIAL Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

ICCU	FORMATO		CÓDIGO	SS-MC-FR-06
	GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA		VERSIÓN	1
	ACTA DE REUNIÓN		FECHA	23/02/2023

FECHA DE REUNIÓN :	28/07/2016	ACTA No.	
HORA DE INICIO:	8:00 am	HORA FINALIZACIÓN:	9:00 am
LUGAR DE REUNIÓN:	Institución Educativa Departamental Nacionalizado de Jerusalén		
DEPENDENCIA:	Componente Social		

OBJETO DE LA REUNIÓN

fortalecer en los estudiantes Conocimientos, actitudes y Comportamientos responsables frente a la seguridad vial Promoviendo una cultura de prevención y respeto por las normas de transito y autocuidado

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Siendo las 8:am se da inicio al taller pedagógico con los estudiantes de la Institución Educativa Departamental Nacionalizado de Jerusalén Sede Alto del Trigo.

En la actividad Participaron 8 estudiantes, el taller Previo con una dinámica rompe hielos denominada "El baile del chicle Bombón" Cuyo objetivo fue generar un ambiente de Confianza, integración y Participación entre los estudiantes.

Una vez Realizado la actividad Se realiza la Socialización de las Principales Normas de transito y de las señales viales mas utilizadas dentro del Plan de Manejo de Tránsito (PMT) haciendo enfasis en las señales Preventivas reglamentarias informativas y Transitorias.

Dentro este espacio Pedagógico se utilizaron imágenes ilustrativos de las señales de tránsito y sus respectivos colores, con el propósito de facilitar su reconocimiento e identificación por parte de los estudiantes al momento de transitar por las vías que se encuentran en intervención debido a las obras del proyecto.

Se Continuo Con las dinamica de juego de Roles y el Semaforo de la Vida, en la que en la primera actividad, los estudiantes fueron divididos en dos equipos, donde cada uno representó situaciones relacionadas Con el Cruce de la vía, evidenciando acciones Prudentes e imprudentes. Al finalizar Cada representación, se requirió una retroalimentación Con el fin de reforzar la Conductas seguras que deben adoptarse como Peatones. Posteriormente, se desarrolló la dinámica el Semaforo de la vida, para la cual se eligieron tres capitanes. los niños elaboraron tres circulos Con colores del semaforo Rojo, Amarillo y Verde. En el Círculo rojo identificaron las acciones que no deben realizar por poner en riesgo su Seguridad vial; en el amarillo escribieron aquellas Conductas que deben Cambiar o mejorar y en el verde plasmaron los Habitos seguros que deben mantener para Contribuir a la prevención de accidentes y garantizar una movilidad Segura.

ICCU	FORMATO	CÓDIGO	SS-MC-FR-05
	GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA	VERSIÓN	1
	ACTA DE REUNIÓN	FECHA	23/02/2023

FECHA DE REUNIÓN :	28/07/2023	ACTA No.	
HORA DE INICIO:	8:00 am	HORA FINALIZACIÓN:	9:00 am
LUGAR DE REUNIÓN:	Institución Educativo Departamental Nacionalizado de Jerusalén		
DEPENDENCIA:	Componente Social		

OBJETO DE LA REUNIÓN

Fortalecer en los estudiantes Conocimiento actitudes y Comportamientos responsables frente a la seguridad vial promoviendo una cultura de prevención y respeto por las normas de tránsito y autocuidado

DESARROLLO DE LA REUNIÓN





CONCLUSIONES

El taller pedagogico desarrollado con los estudiantes, permitió fortalecer los conocimientos basicos sobre seguridad vial mediante actividades ludicas participativas y reflexivas. Atraves de las dinamicas realizadas, los estudiantes identificaron la importaña de reconocer las señales de transito, respetar las indicaciones de los auxiliares de transito y adoptar comportamientos seguros al momento de desplazarse por las vias.

COMPROMISOS ADQUIRIDOS:

COMPROMISO	FECHA DE CUMPLIMIENTO
No se adquirieron Compromisos	

ASISTENTES:

NOMBRE Y APELLIDOS	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
Andrea Carolina Ricardo Lozano	docente-ankrlo@hotmail.com	Andrea Ricardo
María Fernanda Quitián Rojas	Fernanda.quitian@procasult.co	Fernanda Quitián
Esther Suñen Flores	atnciudadania.cto140@gmail.com	Esther Suñen Flores

ANEXO 5:

SUBPROGRAMA DE MANO DE OBRA CONTRATADA

JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL
VEREDA PRADITO

Municipio de Nilo
Cundinamarca

NIT: 901142200

CERTIFICA

Que la señora **JEIMY ALEJANDRA CORREA PENAGOS,** identificada con cédula de ciudadanía No. **1.069.925.161** de Nilo, reside en la Vereda Pradito, jurisdicción del municipio de Nilo, Cundinamarca.

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada para los fines que estime convenientes.

Se expide en la Vereda Pradito, municipio de Nilo, Cundinamarca, a los 03 días del mes de julio de 2026.

Luz Miryam Escamilla

LUZ MIRYAM ESCAMILLA
Presidenta
Junta de Acción Comunal
Vereda Pradito
C.C. 52.809.671 de Bogotá

JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL
NILO
CUNDINAMARCA
VEREDA PRADITO

Unidos por nuestra vereda, trabajamos por un mejor futuro

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE RESIDENCIA

VEREDA De Palmar

A QUIEN INTERESE

Yo, Liliana Restrepo M. mayor de edad e identificado con Cédula de Ciudadanía No---- 40452752 de Granada Hela, actuando en nombre propio y como Presidente de la Junta de Acción Comunal de la Vereda de Palmar con Nit: 901016836-9 CERTIFICO que el señor Diego Armando Deza con Cédula de Ciudadanía No 1069759419. reside en la vereda con propiedad de la finca El Consuelo con No de Matrícula -- 166-3804 desde hace 20 años.

Certificación que se firma a los 10 días del mes de 07 de 2026 a solicitud del interesado.

Cordialmente;

Liliana Restrepo M.

C.C. No 40452752 **DE** Granada Hela

PRESIDENTE DE LA JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL

NIT: 901016836-9

Tel: 3106786137

Powered by CamScanner

EL SUSCRITO ALCALDE MUNICIPAL DE NILO CUNDINAMARCA

NIT. 899.999.707-8

CERTIFICA:

Que el Señor **MARIO ALEJANDRO DIAZ TORRES,** identificado CC N° 1.069.924.828, reside de toda la vida, en el Apto 403 Bloque 4 Barrio El Portal del Tamarindo, de este municipio. Esta certificación se expide de conformidad con el postulado de la buena fe consignada en el Artículo 83 de la Constitución Política de Colombia, y las facultades conferidas en el Artículo 315 de la Carta Magna

Dada en Nilo Cundinamarca, a los veintiún (21) días del mes de Julio de dos mil veintiséis (2026), a solicitud del interesado.

JUAN CARLOS MARTIN CAVIEDES
ALCALDE MUNICIPAL

Servidor Publico	Elaborado Por:	Revisado Por:	Aprobado Por:
Nombre:	Olga R. Pardo García	Juan Carlos Martin Caviedes	Juan Carlos Martin Caviedes
Cargo:	Técnico Administrativo D. Alcalde	Alcalde Municipal	Alcalde Municipal
Firma:			

JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL
VEREDA PRADITO

Municipio de Nilo
Cundinamarca

NIT: 901142200

CERTIFICA

Que la señora **ASTRIS ESCAMILLA CRIOLLO**, identificada con cédula de ciudadanía No. **20.761.831** de Nilo, reside en la Vereda Pradito, jurisdicción del municipio de Nilo, Cundinamarca.

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada para los fines que estime convenientes.

Se expide en la Vereda Pradito, municipio de Nilo, Cundinamarca, a los 03 días del mes de julio de 2026.

Luz Miryam Escamilla

LUZ MIRYAM ESCAMILLA
Presidenta
Junta de Acción Comunal
Vereda Pradito
C.C. 52.809.671 de Bogotá

JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL
NILO
CUNDINAMARCA
VEREDA PRADITO

Unidos por nuestra vereda,
trabajamos por un mejor futuro.

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE RESIDENCIA

VEREDA De Palmar

A QUIEN INTERESE

Yo, Liliana Restrepo mayor de edad e identificado con Cédula de Ciudadania No 40450750 de Granada Meta; actuando en nombre propio y como Presidente de la Junta de Acción Comunal de la Vereda de Palmar con Nit: 900176836-9 CERTIFICO que el señor Kevin Arley Montaño con Cédula de Ciudadanía No 1007473305 reside en la vereda con propiedad de la finca El ranchon con No de Matrícula ---------- desde hace 18 años.

Certificación que se firma a los 10 días del mes de 02 de 2026 a solicitud del interesado.

Cordialmente;

Liliana Restrepo M.

C.C. No 40450750 **DE** Granada Meta

PRESIDENTE DE LA JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL

NIT: 900176836-9

Tel: 3106786137

Powered by CamScanner

Junta De Acción Comunal

De la Vereda De Las Palmas

Resolución Nº 2998 28/09/1963 expedida por el MINISTERIO DE JUSTICIA

Viotá Cundinamarca

Consecutivo 001/2026

CERTIFICACIÓN DE RESIDENCIA Y RECOMENDACIÓN

EL SUSCRITO PRESIDENTE DE LA JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL DE LA VEREDA DE LAS PALMAS DEL MUNICIPIO DE VIOTÁ, CUNDINAMARCA

En uso de sus facultades legales y estatutarias,

HACE CONSTAR:

Que la señora **ANGIE LORENA PARRADO RUIZ**, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.004.037.144 expedida en Bogotá D.C., reside de manera permanente desde hace **siete (7) años** en el predio denominado **"CONDOMINIO LAS PALMAS"**, ubicado en la Vereda De Las Palmas del municipio de Viotá, Cundinamarca.

Que, a su vez, durante el tiempo que la distingo, ha demostrado ser una ciudadana con un excelente comportamiento, destacándose por su honestidad, espíritu de colaboración y sana convivencia, razón por la cual **la** recomiendo ampliamente para cualquier actividad o cargo que decida emprender.

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada a los diez (10) días del mes de julio de 2026, con fines estrictamente laborales.

Atentamente,

WILSON JAVIER CAPERA ALAPE
C.C. 1.068.927.681
Presidente de la Junta de Acción Comunal
Celular: 321 9322049

Junta de Acción Comunal Alto Palmar
Viotá Cundinamarca

CERTIFICACION

Que el señor ALBEIRO PEREZ CAPERA identificado con cedula de ciudadanía N ° 5.823.225 de Ibagué, vive de manera permanente en el predio TIBETANO de la vereda de alto Palmar, municipio de Viotá Cundinamarca desde hace más de 9 años.

Se expide al interesado a los 09 días del mes de Julio del 2026

Luz Katerine Rojas Hoyos
PRESIDENTE JAC
321-4140165

JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL
VEREDA PRADITO

Municipio de Nilo
Cundinamarca

NIT: 901142200

CERTIFICA

Que el señor **LUIS CARLOS RAMOS CORDERO**, identificado con cédula de ciudadanía No. **1.067.912.432** de Montería, Córdoba, reside en la Vereda Pradito, jurisdicción del municipio de Nilo, Cundinamarca.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado para los fines que estime convenientes.

Se expide en la Vereda Pradito, municipio de Nilo, Cundinamarca, a los 03 días del mes de julio de 2026.

Luz Miryam Escamilla

LUZ MIRYAM ESCAMILLA
Presidenta
Junta de Acción Comunal
Vereda Pradito
C.C. 52.809.671 de Bogotá

JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL
NILO
CUNDINAMARCA
VEREDA PRADITO

Unidos por nuestra vereda,
trabajamos por un mejor futuro.

Alcaldía de
NILO
Despacho Alcalde

EL SUSCRITO ALCALDE MUNICIPAL DE NILO CUNDINAMARCA
NIT. 899.999.707-8

CERTIFICA:

Que el Joven **WERNEL DANIEL REYES GOMEZ**, Identificado con la cedula de ciudadanía N° 1.003.568.843, reside en la vereda La Palmita, de este municipio. Esta certificación se expide de conformidad con el postulado de la buena fe consignada en el Artículo 83 de la Constitución Política de Colombia, y las facultades conferidas en el Artículo 315 de la Carta Magna

Dada en Nilo Cundinamarca, a los ocho (08) días del mes de Julio de dos mil veintiséis (2026).

JUAN CARLOS MARTIN CAVIEDES
ALCALDE MUNICIPAL

Servidor Publico:	Elaborado Por:	Revisado Por:	Aprobado Por:
Nombre:	Olga R. Parda Garcia	Elizabeth Villamizar Hernandez	Juan Carlos Martin Caviedes
Cargo:	Técnico Administrativo D. Alcalde	Secretaria de Gobierno	Alcalde Municipal
Firma:			

REPUBLICA DE COLOMBIA

MUNICIPIO DE NILO - DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA

Junta De Acción Comunal de la vereda San Gerónimo

EL SUSCRITA PRESIDENTE DE LA JUNTA DE ACCION COMUNAL (JAC) DE LA VEREDA SAN GERÓNIMO – NILO CUNDINAMARCA

CERTIFICA

Por medio de la presente hago constar que el señor **DUBAN ERNESTO RICO ESCOBAR**, de Nacionalidad Colombiano, Mayor de edad y portador de la Cedula de Ciudadanía No. **1.069.732.353**, reside en nuestra comunidad, Ubicado en la vereda San Geronimo sector el Cucharro, Casa de Guadua, en Nilo Cundinamarca hace más de 5 años hasta la fecha y según manifiesta seguirá siendo parte de esta comunidad.

Es una persona con buenas relaciones interpersonales y con buen desenvolvimiento, en la Comunidad, además no presta ningún riesgo ni peligro para la sociedad.

Constancia que se expide a petición de la parte interesada en el municipio de Nilo Cundinamarca, vereda San Gerónimo, a los **(09)** dias del mes de Julio del 2026.

Atentamente;

14 VII 2026
7.55 PM.
Recibido

Presidente J.A.C San Geronimo

Junta De Acción Comunal De La Vereda Pajas Blancas Personería Jurídica Mediante Resolución 200 De 27- 01- 1961

certifica que

El señor Luis Felipe Rodríguez Sierra identificado con cedula de ciudadanía número 1003523427 Nilo Cundinamarca**,** se encuentra afiliada al libro de la junta de acción comunal de la vereda pajas blancas, asiste a las asambleas convocadas por la directiva cada vez que se es necesario.

Dado a solicitud del interesado en el municipio de Nilo vereda pajas blancas, cinco (05) días del mes de Julio de dos mil veintiséis (2026).



Yeny Paola correa Penagos
Presidente de JAC vereda pajas blancas
Cel. 3232207383

CERTIFICADO DE RESIDENCIA

VEREDA De Palmar

A QUIEN INTERESE

Yo, Liliana Restrepo M. mayor de edad e identificado con Cédula de Ciudadanía No 40450750 de Granada Meta, actuando en nombre propio y como Presidente de la Junta de Acción Comunal de la Vereda de Palmar con Nit: 9010768836-9 CERTIFICO que el señor Andrey Bercasdo Romero con Cédula de Ciudadanía No 1026250212 reside en la vereda con propiedad de la finca El Payon con No de Matrícula -- 166-7991 desde hace 18 años.

Certificación que se firma a los 10 días del mes de 07 de 2026 a solicitud del interesado.

Cordialmente;

Liliana Restrepo M.

C.C. No 40450750 **DE** Granada Meta

PRESIDENTE DE LA JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL

NIT: 9010768836-9

Tel: 3106786137

Powered by CamScanner

JUNTA DE ACCION COMUNAL

Vereda Bajo Ceylán La Esperanza

Viotá-Cundinamarca

Resolución No 479 de fecha 18/10/1973 expedida por la

GOBERNACION DE CUNDINAMARCA

CERTIFICA QUE:

LAURA JULIETH TORRES CASTRO identificada con documento No 1078826670 de Viotá, vive en la vereda Bajo Ceylán La Esperanza desde hace 18 años en la finca El Progreso.

Se le conoce como una persona trabajadora y honesta.

La presente se expide en la vereda Bajo Ceylán la Esperanza el Dia 11 de Julio de 2026

Cordialmente,

OSCAR HERNANDEZ MUNERA

CC. 80.499.441 De Fusagasugá

CEL. 3125884067

Representante Legal

J.A.C. Bajo Ceylan La Esperanza

Powered by CamScanner

ANEXO 6:

COMITÉS DE SEGUIMIENTO SOCIAL

ICCU INSTITUTO DE CAMINOS Y CONSTRUCCIONES DE CUNDINAMARCA	**FORMATO**		**CÓDIGO**	**ES-MC-FR-06**
	GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA		**VERSIÓN**	**1**
	ACTA DE REUNIÓN		**FECHA**	**23/02/2025**

FECHA DE REUNIÓN:	09/07/2026		**ACTA No.**	15
HORA DE INICIO:	08:00am		**HORA FINALIZACIÓN:**	08:30 a.m.
LUGAR DE REUNIÓN:	Reunión virtual			
DEPENDENCIA:	Interventoría Componente social			

OBJETO DE LA REUNIÓN:

Realizar seguimiento al avance de las actividades del componente social ejecutadas por el contratista, verificando el estado de la identificación de predios, el desarrollo de las jornadas de divulgación y el levantamiento de actas de vecindad, así como conocer los ajustes realizados al cronograma de actividades y la programación prevista para los municipios de Anolaima y Viotá, con el fin de garantizar el cumplimiento de las obligaciones contractuales y la adecuada ejecución de la gestión social del proyecto.

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Durante el desarrollo del comité se realizó un barrido general de las actividades ejecutadas y programadas por el componente social del proyecto.

En primer lugar, la profesional social de la interventoría, Fernanda, solicitó un balance de la identificación de predios adelantada en el municipio de Anolaima. En respuesta, el contratista informó que inicialmente se identificaron 60 predios para el levantamiento de actas de vecindad. Asimismo, indicó que se efectuó una jornada de divulgación mediante la entrega de 12 piezas informativas (volantes) relacionadas con la actividad de actas de vecindad. Como resultado de las gestiones adelantadas, el 7 de julio se logró el levantamiento de 14 actas de vecindad en dicho municipio.

Posteriormente, las profesionales sociales del contratista informaron que, debido a un ajuste en el cronograma de actividades, el equipo se desplazó al municipio de Viotá para continuar con la ejecución de las actividades sociales programadas. En este sentido, señalaron que el 8 de julio se llevó a cabo el recorrido para la identificación de predios y que para el 9 de julio se tenía programada la jornada de volanteo y el acercamiento con la comunidad, con el propósito de adelantar el levantamiento de actas de vecindad en el municipio.

Finalmente, el comité concluyó de manera satisfactoria, permitiendo conocer el estado actual de las actividades desarrolladas por el componente social y el avance de la programación establecida para los municipios intervenidos.

CONCLUSIONES

Durante el desarrollo del comité se efectuó un seguimiento al estado de las actividades del componente social, revisando los avances relacionados con la identificación de predios, las jornadas de divulgación y el levantamiento de actas de vecindad en los municipios de Anolaima y Viotá. Asimismo, el contratista presentó el contexto actualizado de las actividades ejecutadas y de la programación prevista conforme a los ajustes realizados en el cronograma de trabajo.

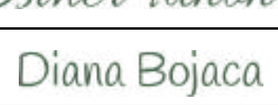
No siendo otro el objeto del comité y una vez agotados los temas del orden del día, se da por finalizada la reunión de manera satisfactoria, dejando constancia de la información presentada y del estado actual de las actividades en desarrollo por parte del componente social del proyecto.

COMPROMISOS ADQUIRIDOS:

COMPROMISO	**FECHA DE CUMPLIMIENTO**
Teniendo en cuenta que la sesión tuvo un carácter informativo y de seguimiento, no se establecieron compromisos ni tareas adicionales para las partes.	

DETALLE:	Soporte de Comité Social N°15

ASISTENTES:

NOMBRE Y APELLIDOS	**CARGO**	**CORREO ELECTRÓNICO**	**FIRMA**
Maria Fernanda Quitian	Profesional social Interventoria	fernanda.quitian@euroconsultsc.co	
Esther Tuñón Pérez	Profesional social Contratista	atnciudadania.cto140@gmail.com	
Diana Esperanza Bojaca Izquierdo	Profesional social Contratista	atnciudadania.cto140@gmail.com	

ICCU INSTITUTO DE CAMINOS Y CONSTRUCCIONES DE CUNDINAMARCA	**FORMATO**		**CÓDIGO**	**ES-MC-FR-06**
	GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA		**VERSIÓN**	**1**
	ACTA DE REUNIÓN		**FECHA**	**23/02/2025**

FECHA DE REUNIÓN:	17/07/2026		**ACTA No.**	16
HORA DE INICIO:	10:00am		**HORA FINALIZACIÓN:**	10:40 a.m.
LUGAR DE REUNIÓN:	Reunión virtual			
DEPENDENCIA:	Interventoría Componente social			

OBJETO DE LA REUNIÓN:

Realizar un barrido general del componente y solicitar cumplimiemto a los compromisos pendientes.

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Se da inicio al Comité de Seguimiento Social con la presentación de las asistentes. Por parte del Contratista de Obra participan las profesionales sociales Esther Tuñón y Diana Esperanza Bojacá; por parte de la Interventoría asiste la profesional social Fernanda Quitian.

Como primer punto del orden del día, la profesional social Fernanda Quitian solicita definir la fecha para la implementación del Taller Pedagógico correspondiente a la provincia de Alto Magdalena, siendo esta la única actividad pendiente por ejecutar dentro de dicho programa. En respuesta, la profesional Diana Esperanza Bojacá informa que el taller está proyectado para desarrollarse en el municipio de Jerusalén; sin embargo, manifiesta que su programación depende de la respuesta de la Administración Municipal, razón por la cual no establece una fecha específica para su ejecución. Frente a esta situación, la Interventoría informa que realizará seguimiento durante la siguiente semana con el fin de definir la fecha de cumplimiento de este compromiso.

Posteriormente, la Interventoría solicita información sobre el consolidado de las actas de vecindad ejecutadas y requiere conocer en qué municipios se ha culminado el levantamiento de la totalidad de estas. La profesional Diana Bojacá informa que, en el municipio de Viotá, no fue posible establecer algunos puntos de referencia para la identificación de determinados tramos, motivo por el cual aún no se conoce el número definitivo de actas que deberán elaborarse en dicho municipio. No obstante, manifiesta que los tramos 6 y 7 cuentan con la totalidad de las actas de vecindad levantadas. En atención a lo anterior, la profesional Fernanda Quitian solicita realizar una revisión documental que permita consolidar el número total de actas elaboradas en cada municipio. Así mismo, requiere que las actas pendientes de firma sean remitidas al municipio de Jerusalén para la suscripción por parte de la Interventoría y, posteriormente, sean cargadas al repositorio digital (Drive) del proyecto. Finalmente, se acuerda realizar una mesa de trabajo una vez la documentación se encuentre organizada, con el fin de revisar integralmente el archivo físico y digital correspondiente a todos los municipios intervenidos.

Seguidamente, la Interventoría solicita dar trámite a la realización del Comité de Participación Ciudadana en el municipio de Tibacuy, atendiendo el requerimiento efectuado por el ICCU para que dicha reunión se lleve a cabo el día 23 de julio de 2026, considerando además las solicitudes presentadas directamente por la comunidad. En este sentido, se solicita que el día 21 de julio de 2026 sean remitidos la presentación que será socializada y los volantes de convocatoria correspondientes.

Frente a esta solicitud, la profesional Diana Bojacá manifiesta que el Contratista ya realizó un Comité de Participación Ciudadana el día 22 de junio de 2026, motivo por el cual considera que la reunión programada por el ICCU debería desarrollarse como una reunión extraordinaria y no como un nuevo comité de participación ciudadana. Al respecto, la profesional Fernanda Quitian aclara que, al ser una reunión solicitada por el Instituto, esta debe atenderse en la fecha establecida y, adicionalmente, puede cumplir con los requisitos contractuales, toda vez que el contrato establece la realización de un Comité de Participación Ciudadana mensual en cada frente de obra activo. En consecuencia, considera procedente desarrollar la reunión bajo esta modalidad, permitiendo además generar un espacio de participación para la comunidad en presencia del Instituto y dar cumplimiento a los requerimientos contractuales del componente social.

No obstante, las profesionales sociales del Contratista manifiestan no estar de acuerdo con esta interpretación e indican que la actividad será desarrollada como una reunión extraordinaria y que posteriormente programarán el Comité de Participación Ciudadana correspondiente. Ante esta situación, la Interventoría solicita definir una fecha para dicho comité, comprometiéndose el Contratista a informar esta programación el día 21 de julio de 2026. Finalmente, la Interventoría solicita nuevamente la remisión de los soportes correspondientes al Comité de Participación Ciudadana realizado en Tibacuy, frente a lo cual el Contratista manifiesta que dicha información fue incluida dentro del informe mensual.

Posteriormente, la Interventoría solicita iniciar el trámite para la realización de las reuniones de avance en aquellas provincias que presenten un avance físico superior al 50 %, identificando que actualmente esta condición aplica para la provincia de Sumapaz. Así mismo, requiere la remisión de los soportes correspondientes a la reunión realizada en el municipio de Jerusalén, incluyendo las actas de socialización efectuadas con las diferentes veredas.

Continuando con el desarrollo del comité, la profesional Fernanda Quitian solicita la relación de los volantes elaborados y entregados durante la ejecución del contrato. En respuesta, el Contratista informa que esta información hace parte de los soportes contenidos en el informe mensual.

Posteriormente, la Interventoría consulta el estado de instalación de los buzones de atención a la comunidad. La profesional Esther Tuñón informa que actualmente se encuentran instalados nueve (9) buzones, quedando pendiente únicamente el correspondiente al municipio de El Colegio, cuya instalación se realizará una vez se autorice el inicio de actividades de obra, momento en el cual también se levantará el acta de instalación respectiva.

La profesional Fernanda Quitian informa que el día 14 de julio de 2026 realizó un recorrido de verificación en los municipios de Nariño y Jerusalén, evidenciando la correcta instalación de los buzones de atención y verificando que, a la fecha de la visita, estos no registraban solicitudes, peticiones, quejas o reclamos por parte de la comunidad.

Así mismo, la Interventoría solicita incluir dentro del cronograma de actividades sociales un espacio específico para la realización de las Jornadas de Atención a la Comunidad, con el propósito de garantizar el cumplimiento de esta actividad contractual. De igual manera, recomienda realizar la debida socialización de estas jornadas con las comunidades para promover su participación.

Posteriormente, la profesional de interventoría solicita nuevamente la remisión de las actas de reuniones pendientes que previamente fueron requeridas mediante correo electrónico. Frente a esta solicitud, la profesional Diana Bojacá manifiesta que no cuenta con acceso a la información generada con anterioridad a su vinculación al proyecto. La Interventoría reitera que la responsabilidad de entregar la documentación corresponde al Contratista de Obra, independientemente de los cambios de personal, razón por la cual solicita establecer una fecha para la entrega de las actas pendientes. En respuesta, las profesionales del Contratista indican que realizarán una revisión documental y remitirán únicamente la información que logren localizar, sin establecer una fecha concreta de cumplimiento.

Ante esta situación, la profesional de interventoría insiste en que la entrega de dicha documentación reviste carácter urgente, toda vez que corresponde a requerimientos efectuados tanto por la Interventoría como por la Supervisión del contrato. El Contratista manifiesta que actualmente se encuentra atendiendo múltiples actividades de manera simultánea y solicita que la Interventoría establezca un orden de prioridades. Frente a ello, la Interventoría aclara que no le corresponde definir la organización interna del Contratista ni priorizar sus actividades, sino realizar el seguimiento al cumplimiento de sus obligaciones contractuales. En consecuencia, reitera que la atención a los requerimientos documentales constituye una prioridad, dado que esta información ha sido solicitada por la Entidad y por la Supervisión del contrato.

Finalmente, la profesional Fernanda Quitian, en representación de la Interventoría, realiza un llamado al fortalecimiento del trabajo articulado entre las partes, resaltando la importancia de mejorar la planeación, la coordinación y la gestión documental, con el fin de optimizar el seguimiento, el acompañamiento y el desarrollo de las actividades propias del componente social.

Así mismo, informa que remitirá al Contratista de Obra el Acta del Comité de Seguimiento Social No. 15 para su revisión y posterior firma.

Como último punto del comité, la profesional Diana Bojacá solicita modificar el día establecido para la entrega del cronograma semanal de actividades sociales, argumentando que los días viernes no siempre es posible consolidar la programación de la semana siguiente debido a la dinámica propia del contrato. En respuesta, la profesional Fernanda Quitian manifiesta que es viable realizar el cambio para los días lunes, siempre que las actividades que requieran acompañamiento por parte de la Interventoría sean informadas con la suficiente anticipación, considerando la logística y coordinación necesarias para su atención. En consecuencia, se acuerda que, en adelante, el cronograma semanal de actividades sociales será remitido los días lunes.

No habiendo más asuntos por tratar, se da por finalizado el Comité de Seguimiento Social, dejando constancia de los temas tratados y los compromisos adquiridos por las partes.

CONCLUSIONES

Durante el Comité de Seguimiento Social se efectuó el seguimiento al estado de ejecución de las actividades correspondientes al componente social, revisando el cumplimiento de los compromisos adquiridos y la gestión documental asociada al contrato. La Interventoría reiteró la necesidad de fortalecer la planeación, la coordinación y la oportunidad en la entrega de la información, especialmente en lo relacionado con la remisión de actas, soportes de socialización, consolidado de actas de vecindad y programación de actividades, teniendo en cuenta que varios de estos requerimientos han sido solicitados de manera reiterada tanto por la Interventoría como por la Supervisión del contrato.

Así mismo, se resaltó la importancia de mantener una articulación permanente entre las partes para garantizar el adecuado seguimiento a las obligaciones contractuales, optimizar la gestión documental y facilitar el acompañamiento oportuno a las actividades del componente social. Finalmente, quedaron establecidos los compromisos y acciones de seguimiento orientados a subsanar los aspectos pendientes y asegurar el cumplimiento de los lineamientos contractuales y de los requerimientos formulados por la Entidad.

COMPROMISOS ADQUIRIDOS:

COMPROMISO	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Informar la fecha de realización del Comité de Participación Ciudadana en el municipio de Tibacuy.	**21 de julio de 2026**
Iniciar la gestión para la programación de la reunión de avance correspondiente a la provincia de Sumapaz, por superar el 50 % de ejecución de obra.	**Lo más pronto posible**
Instalar el buzón de atención a la comunidad en el municipio de El Colegio y elaborar el acta de instalación una vez inicien las actividades de obra.	**Cuando inicien actividades de obra en ese frente**
Incorporar en el cronograma semanal las Jornadas de Atención a la Comunidad y realizar la correspondiente socialización con la comunidad.	**En la proxima remision de cronograma social**
Remitir las actas de reuniones pendientes solicitadas por la Interventoría y la Supervisión del contrato.	**A la mayor brevedad posible**
Remitir el cronograma semanal de actividades sociales los días lunes, garantizando la programación anticipada de las actividades que requieran acompañamiento por parte de la Interventoría.	**Los lunes de cada semana**
Remitir el Acta del Comité de Seguimiento Social No. 15 para revisión y firma del Contratista de Obra.	**17 de julio de 2026**

DETALLE:	Soporte de Comité Social N°16

ASISTENTES:

NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Maria Fernanda Quitian	Profesional social Interventoria	fernanda.quitian@euroconsultsc.co	
Esther Tuñón Pérez	Profesional social Contratista	atnciudadania.cto140@gmail.com	
Diana Esperanza Bojaca Izquierdo	Profesional social Contratista	atnciudadania.cto140@gmail.com	

11.12 COMPONENTE SST

INFORME SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO # 7 DE OBRA

CONTRATO ICCU-140 DE 2025

"INTERVENCIÓN DE LAS VÍAS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE CAMINOS VECINALES, CAMINOS PARA QUEDARSE, EN LAS PROVINCIAS DE SUMAPAZ, TEQUENDAMA Y ALTO MAGDALENA, EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA."

VERSIÓN 2.0

BOGOTÁ D.C.

PROYECTO: INTERVENCIÓN DE LAS VÍAS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE CAMINOS VECINALES, CAMINOS PARA QUEDARSE, EN LAS PROVINCIAS DE SUMAPAZ, TEQUENDAMA Y ALTO MAGDALENA, EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA

CONTRATISTA: CONSROCIO VICGER 2021

Objeto del Contrato:

"INTERVENCIÓN DE LAS VÍAS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE CAMINOS VECINALES, CAMINOS PARA QUEDARSE, EN LAS PROVINCIAS DE SUMAPAZ, TEQUENDAMA Y ALTO MAGDALENA, EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA."

ESTADO DE REVISIÓN Y APROBACIÓN

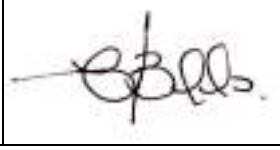
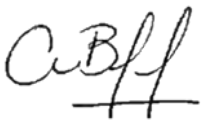
Elaboró		Revisó	Aprobó
(Nombre)	Ing. Claudia P. Ballestas.	Ing. Carlos Andrés Ballestas.	Ing. German Ballestas
(Cargo/Entidad)	Residente SST	Director de Consultoría	Representante Legal
(Firma)			

TABLA DE CONTENIDO.

INTRODUCCION 3

1. OBJETIVOS 4
1.1. Objetivo General 4
1.2. Objetivo Específicos 4
1.3. Alcance 4
2. LOCALIZACION DEL PROYECTO 4
3. COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (COPASST) 6
4. COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL 6
5. AFILIACIONES Y PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL 6
6. GESTION TALENTO HUMANO 6
6.1. Inducción, capacitación y entrenamiento 6
6.2. Medicina Preventiva y del Trabajo 7
6.2.1. Exámenes de Ingreso 7
6.2.2. Personal Retirado 8
7. ACCIDENTALIDAD 8
8. **MANEJO DE MAQUINARIA Y EQUIPOS** 8
9. INSPECCIONES 9
10. PLAN DE EMERGENCIAS 9
11. PLAN DE MANEJO DE TRAFICO 10
12. INDICADORES DE GESTION DEL SG-SST..... 12

ANEXOS 17

INTRODUCCION

El Contrato de Obra No. 140 del 2025 se celebró entre la Entidad (Instituto de Caminos y Construcciones de Cundinamarca ICCU) y el Contratista CONSORCIO VICGER 2021, y cuyo objeto es: "INTERVENCIÓN DE LAS VÍAS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE CAMINOS VECINALES, CAMINOS PARA QUEDARSE, EN LAS PROVINCIAS DE SUMAPAZ, TEQUENDAMA Y ALTO MAGDALENA, EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA.", LOTE 3

Por la importancia que reviste la Seguridad y Salud en el Trabajo dentro de los lineamientos generales trazados por la Dirección del **CONSORCIO VICGER 2021**, los cuales están descritos en el Sistema de Gestión y Seguridad en el Trabajo el Consorcio donde se establece la guía y los parámetros que contribuyan a crear un ambiente de trabajo saludable buscando el desarrollo integral de los trabajadores que laboren en la ejecución del proyecto a realizar

El presente documento presenta las actividades realizadas durante el periodo comprendido entre el 1 al 31 de julio de 2026 en el desarrollo de las actividades SST.

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo General

Dar cumplimiento a lo acordado en los términos de referencia del contrato, relacionando los soportes de las diferentes actividades realizadas por el área SST y que dan fe de las acciones a ejecutar en cumplimiento de la normatividad legal vigente y lo exigido en el apéndice SST-MA del presente contrato.

1.2. Objetivos Específicos

- Dar cumplimiento a las exigencias contractuales del Contrato en materia SST.
- Presentar el informe al 31 de julio de 2026.
- Ejecutar mecanismos de comunicación entre Contratista e interventoría, dando respuesta a las solicitudes presentadas durante el periodo a reportar.
- Ejecutar las diferentes acciones cumpliendo con el propósito de asegurar un adecuado seguimiento de las actividades realizadas en cumplimiento del objeto del contrato en materia de Seguridad y Seguridad en el trabajo.

1.3. Alcance

El Alcance incluye lo establecido en el contrato de Obra No.140 de acuerdo con las especificaciones técnicas señaladas en los documentos del proceso de contratación cuyo objeto consiste en “INTERVENCIÓN DE LAS VÍAS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE CAMINOS VECINALES, CAMINOS PARA QUEDARSE, EN LAS PROVINCIAS DE SUMAPAZ, TEQUENDAMA Y ALTO MAGDALENA, EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA.”, LOTE 3

Este informe incluye las actividades de Seguridad y Salud en el trabajo en la etapa de obra, donde se describen las actividades del presente período.

2. LOCALIZACION DEL PROYECTO

Se van a intervenir los caminos vecinales de algunos municipios de las provincias de Alto Magdalena, Sumapaz y Tequendama del departamento de Cundinamarca.



Ilustración 1 Provincias del Departamento de Cundinamarca.

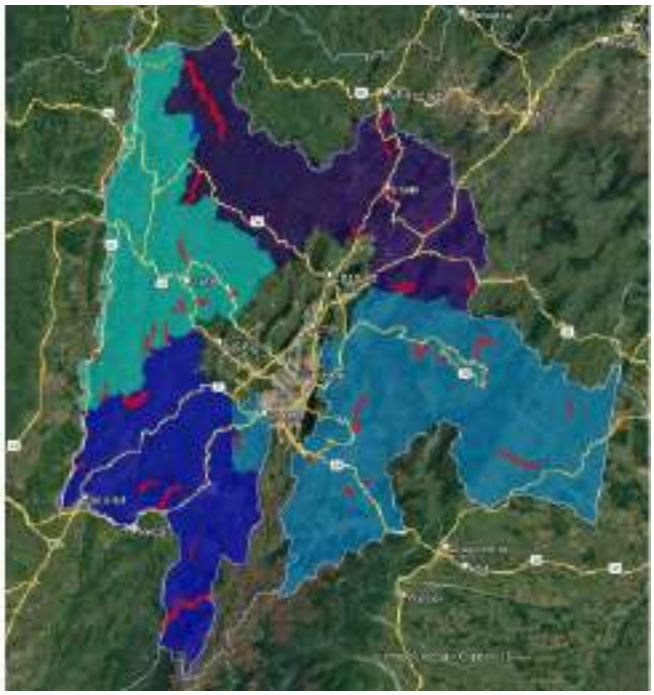


Ilustración 2 Localización. Vías a intervenir en el proyecto.

3. COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO (COPASST)

Se realiza la reunión No. 15 del COPASST el 21 de julio de 2026. No se reportan accidentes y/o incidentes en el período.

Ver anexo 10. COPASST Y CCL

4. COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL

Se realiza la reunión No. 13 del CCL el 21 de julio de 2026 teniendo en cuenta la Resolución 3461 de septiembre 2025 en donde se establece que el comité se reunirá mensualmente.

En el período no se reportaron casos de acoso Laboral o conflictos entre los trabajadores.

Ver anexo 10. Acta CCL No.13

5. AFILIACIONES Y PAGOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Todo el personal se encuentra afiliado al sistema general de seguridad social integral (SG-SSI). Mensualmente el Residente SST verifica el pago realizado al SG-SSI y parafiscales de cada uno de los trabajadores vinculados al proyecto directo y subcontratado. Los pagos de seguridad social son realizados dentro de los plazos establecidos por la legislación vigente.

En este período se tienen 39 trabajadores vinculados, los cuales se encuentran afiliados al Sistema de Seguridad Social a los que se le realizan los pagos correspondientes.

Ver Anexo 1. SEGURIDAD SOCIAL.

6. GESTION PARA EL TALENTO HUMANO

6.1. Inducción, Capacitación y Entrenamiento

La totalidad de los trabajadores adscritos al contrato han recibido la correspondiente inducción SST y notificación de riesgos, en dicha capacitación se socializa el reglamento de higiene y seguridad industrial, políticas SST, de tabaco, alcohol y drogas, COPASST, CCL, exámenes de ingreso, periódicos y de egreso, reporte accidentes de trabajo, plan de emergencias.

En el período del mes de junio ingresaron 16 trabajadores a quienes se les realizó la inducción.

Se realizó capacitación de MANEJO DE SUSTANCIAS QUIMICAS con los trabajadores los días 8,15,28 de julio en los diferentes frentes de obra. Se anexa formato de capacitación y evaluación en el Anexo No. 6

Ver anexo 6. CAPACITACION

6.2. Medicina Preventiva y del trabajo.

6.2.1. Exámenes de Ingreso

Teniendo en cuenta la normativa legal vigente, se estipula realizar exámenes de ingreso para todo el personal que hace parte del Consorcio, los cuales fueron revisados con el fin de evidenciar las condiciones de salud iniciales de los trabajadores y darles el seguimiento necesario para cada caso.

En el presente período ingresan 16 trabajadores a los cuales se les realizó el examen médico de ingreso. Ver Anexo 4.

Tabla 1. Exámenes Médicos de Ingreso

No.		DATOS DEL TRABAJADOR				FECHA EXAMENES	
	TIPO DE CONTRATO	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CEDULA	CARGO	FECHA DE INGRESO	EXAMEN DE INGRESO	VALORACION INGRESO
PERSONAL NUEVO							
1	OBRA LABOR	CRUZ ARAMBULA WENDY DANIELA	1.014.279.422	AUX TRAFICO JERUSALEN	30/0672026	25/6/2026	SIN RESTRICCIONES
2	OBRA LABOR	RAMOS LUIS CARLOS	1.067.912.432	AYUDANTE NILO	30/0672026	10/6/2026	SIN RESTRICCIONES
3	OBRA LABOR	ESCAMILLA ASTRIS	20.761.831	AUX TRAFICO NILO	30/0672026	12/6/2026	SIN RESTRICCIONES
4	OBRA LABOR	CORREA JEIMMY	1.069.925.161	AUX TRAFICO NILO	30/0672026	12/6/2026	SIN RESTRICCIONES
5	OBRA LABOR	RODRIGUEZ SIERRA LUIS FELIPE	1.003.523.427	AYUDANTE NILO	30/0672026	27/6/2026	SIN RESTRICCIONES
6	OBRA LABOR	RICO DUBAN ERNESTO	1.069.732.357	AYUDANTE NILO	1/7/2026	30/6/2026	SIN RESTRICCIONES
7	OBRA LABOR	DIAZ MARIO ALEJANDRO	1.069.924.828	AYUDANTE NILO	1/7/2026	27/6/2026	SIN RESTRICCIONES
8	OBRA LABOR	REYES GOMEZ WERNEL DANIEL	1.003.568.843	AYUDANTE NILO	1/7/2026	27/6/2026	SIN RESTRICCIONES
9	OBRA LABOR	VILLALBA ROJAS CARLOS ALBERO	1.033.792.250	AYUDANTE JERUSALEN	6/7/2026	3/7/2026	SIN RESTRICCIONES
10	OBRA LABOR	PARRADO RUIZ ANGIE LORENA	1.004.037.144	AUX. TRAFICO VIOTA	21/7/2026	14/7/2026	SIN RESTRICCIONES
11	OBRA LABOR	TORRES CASTRO LAURA YULIETH	1.078.826.670	AUX TRAFICO VIOTA	21/7/2026	16/7/2026	SIN RESTRICCIONES
12	OBRA LABOR	ROMERO RESTREPO ANDREY BERNARDO	1.026.250.212	AYUDANTE VIOTA	27/1/2026	11/7/2026	SIN RESTRICCIONES
13	OBRA LABOR	DAZA DIEGO ARMANDO	1.069.759.419	AYUDANTE VIOTA	27/1/2026	11/7/2026	SIN RESTRICCIONES
14	OBRA LABOR	PEREZ CAPERA ALBEIRO EUCLIDES	5.823.225	AYUDANTE VIOTA	27/1/2026	11/7/2026	SIN RESTRICCIONES
15	OBRA LABOR	MONTAÑO KEBIN ARBEY	1.007.413.305	AYUDANTE VIOTA	27/1/2026	15/7/2026	SIN RESTRICCIONES
16	OBRA LABOR	ESTEPA DIANA	52.968.492	SECRETARIA	4/7/2026	4/7/2026	SIN RESTRICCIONES

Fuente. Consorcio VICGER 2021

6.2.2. Personal Retirado.

En el período se retiran 2 trabajadores, todos los colaboradores fueron notificados de su derecho a realizarse el examen de egreso y no lo ejercieron.

No.		DATOS DEL TRABAJADOR					FECHA EXAMENES		
	TIPO DE CONTRATO	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CEDULA	CARGO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	EXAMEN DE INGRESO	EXAMEN DE EGRESO	VALORACION INGRESO
RETIRO DE PERSONAL									
1	OBRA LABOR	CRIATIAN CAMILO MORALES	1.069.763.750	AYUDANTE	5/5/2026	1/07/2026	30/4/2026	NOTIFICADO DE SU DERECHO	SIN RESTRICCIONES
2	OBRA LABOR	DIAZ AVILA LADY LIZETH	1.052.402.293	INGENIERA RESIDENTE	11/5/2026	21/07/2026	11/5/2026	NOTIFICADO DE SU DERECHO	SIN RESTRICCIONES

Fuente. Consorcio VICGER 2021

Ver anexo 2. Notificación Examen de Egreso.

7. ACCIDENTALIDAD Y AUSENTISMO

En el período no se reportaron Accidentes y/o Incidentes de Trabajo.

PERIODO	No. DE TRABAJADORES	NUMERO DE DIAS DE TRABAJO PROGRAMADOS AL MES	No. DE ACCIDENTES			DIAS DE INCAPACIDAD	DIAS PERDIDOS	DIAS CARGADOS	FA	SA	PROPORCION DE AT MORTALES	PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD LABORAL	INCIDENCIA ENFERMEDAD LABORAL	PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD LABORAL	AUSENTISMO
			Con Tiempo perdido	Sin tiempo perdido	Total										
julio 1 al 31 de 2026	39	836	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0,36

Ver Anexo 11. ACCIDENTALIDAD. Indicadores SST y Certificado Accidentalidad ARL

8. MANEJO DE MAQUINARIA EQUIPOS Y VEHÍCULOS

Los vehículos vinculados al contrato cuentan con los documentos correspondientes los cuales fueron remitidos a la interventoría al ingreso de los mismos y se realizan los pre operacionales respectivos de acuerdo con la disponibilidad y uso de los vehículos

La maquinaria tiene la documentación completa la cual fue remitida a la interventoría para su aprobación correspondiente relacionado en la tabla maquinaria y a la cual se realizan los preoperacionales y el mantenimiento pertinente.

Tabla 2. Vehículos

CLASE DE VEHICULO	PLACA	MODELO	REFERENCIA	SOAT VIGECIA	RTM VIGENCIA	TP	INGRESO	APROBACION
CAMIONETA	KQZ963	2022	NISSAN FRONTIER	13/10/2026	N/A	10027051594	ABRIL	CORREO 12 MARZO/26
CAMIONETA	HJT233	2014	NISSAN	9/06/2027	27/06/2027	10006110092	JUNIO	OFICIO 209 6 NOV/25
CAMION -TANQUE	SRP895	2011	INTERNACIONAL	25/04/2027	10/02/2027	10001101115	OCTUBRE	OFICIO 209 6 NOV/25
CAMION ESTACAS	ERL198	2019	HINO	27/04/2027	5/05/2027	10016592418	DICIEMBRE	CORREO 12 MARZO/26
CAMIONETA	RZO826	2010	CHEVROLET LUV D MAX	27/03/2027	7/04/2027	10035181161	DICIEMBRE	CORREO 12 MARZO/26

Fuente: Consorcio VICGER 2021

Tabla 3. Maquinaria

TIPO DE EQUIPO	MARCA	FRENTE DE OBRA	INGRESO	APROBACION
MOTONIVELADORA	KOMATSU MT 07	JERUSALEN	OCTUBRE	OFICIO 209 6 NOV/25
MOTONIVELADORA	KOMATSU MT 08	NILO	NOVIEMBRE	OFICIO 209 6 NOV/25
VIBROCOMPACTADOR	HAMM	NILO	OCTUBRE	OFICIO 209 6 NOV/25
VIBROCOMPACTADOR	HAMM	JERUSALEN	NOVIEMBRE	OFICIO 209 6 NOV/25
RETROEXCAVADORA	CATERPILLAR CC812	JERUSALEN	OCTUBRE	OFICIO 209 6 NOV/25
RETROEXCAVADORA	CATERPILLAR CC810	VIOTA	NOVIEMBRE	CORREO 12 MARZO/26
MOTONIVELADORA	CATERPILLAR 120 H	VIOTA	FEBRERO	SE REMITE DOCUMENTACION PARA APROBACION INTERVENTORIA MEDIANTE OFICIO 333 DEL 12 DE FEBRERO DEL 2026
VIBROCOMPACTADOR	CATERPILLAR CS-553E	VIOTA	FEBRERO	SE REMITE DOCUMENTACION PARA APROBACION INTERVENTORIA MEDIANTE OFICIO 333 DEL 12 DE FEBRERO DEL 2026

Fuente: Consorcio VICGER 2021

Ver Anexo 12. VEHICULOS Y MAQUINARIA

9. **INSPECCIONES**.

Se realizan las inspecciones planeadas de Botiquín, Camilla, Extintores, Orden y Aseo, equipos menores y EPP.

Ver Anexo 3. INSPECCIONES

10. PLAN DE EMERGENCIA.

Se cuenta con los elementos de emergencias: Camilla, Botiquín, Extintor Multipropósito los cuales están ubicados en el frente de obra.

Para este periodo se realizó inspección de los equipos de emergencias y realiza la reconformación de la Brigada de Emergencia teniendo en cuenta el personal vinculado.

Ver Anexo 9. CONFORMACION BRIGADAS DE EMERGENCIA

11. PLAN DE MANEJO DE TRAFICO

Se implementan los Planes de Manejo de Tráfico aprobados con las Alcaldías Municipales y sus respectivas secretarias de Planeación Municipal

ITEM	PMT	PROVINCIA	FECHA
1	TIPICO 5	SUMAPAZ MUNICIPIO TIBACUY	13/05/2026
2	TIPICO 5	ALTO MAGDALENA MUNICIPIO NARIÑO	10/10/2025
3	TIPICO 4	ALTO MAGDALENA MUNICIPIO JERUSALEN	29/05/2026

Fuente: Consorcio VICGER 2021

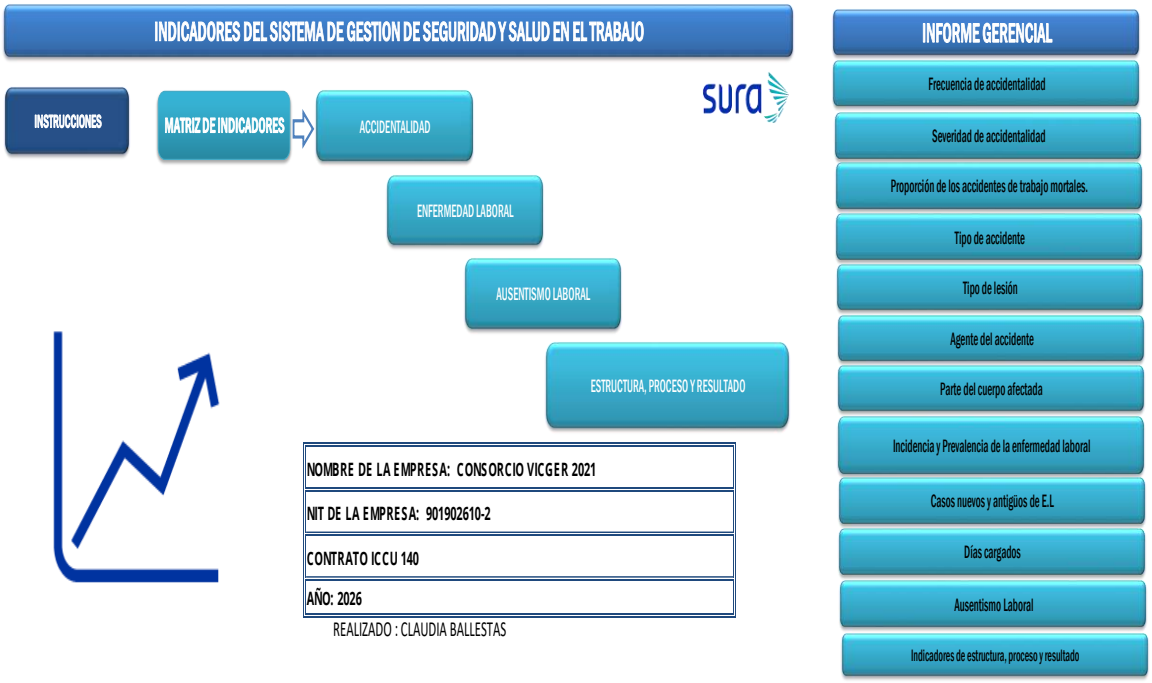
En el mes de julio se implementaron los PMT de los Municipios de Jerusalén, Nilo, Viotá.

	
IMPLEMENTACION PMT JERUSALEN	IMPLEMENTACION PMT JERUSALEN

	
IMPLEMENTACION PMT NILO	IMPLEMENTACION PMT NILO
	
IMPLEMENTACION PMT VIOTA	IMPLEMENTACION PMT VIOTA

Fuente: Consorcio VICGER 2021

12. INDICADORES DE GESTION SG-SST



Fuente: Consorcio VICGER 2021

sura

MATRIZ DE INDICADORES

Inicio

Información	Tipo	Nombre del Indicador	Fórmula o Metodo de calculo	Meta o limite del indicador		Responsable	Frecuencia de Medición	Resultado	Cumplimiento	Personal que debe conocer el resultado
PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	Accidente de Trabajo (AT)	Severidad de Accientalidad	Número de días Perdidos por AT en el mes + Número de días cargados en el mes / Numero de trabajadores en el mes *100	0%	0%	Coordinador SST	Mensual	0%	CUMPLE	Gerencia y trabajadores
		Frecuencia de Accidentalidad	Número de accidentes de trabajo en el periodo / Número de trabajadores en el Periodo * 100	0%	0%	Coordinador SST	Mensual	0%	CUMPLE	Gerencia y trabajadores
		Proporción de Accidentes de trabajo mortales	Número de accidentes de trabajo mortales que se presentaron en el periodo / Total de accidentes de trabajo que se presentaron en el periodo * 100	0	0%	Coordinador SST	Mensual	0%	CUMPLE	Gerencia y trabajadores
	Enfermadad Laboral (EL)	Prevalencia de la enfermadad laboral	Número de casos nuevos y antiguos de enfermedad laboral en el periodo / Promedio total de trabajadores en el periodo * 100.000	0%	0%	Coordinador SST	Anual	0	CUMPLE	Gerencia y trabajadores
		Incidencia de la enfermedad laboral	Número de casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo / Promedio Total de trabajadores en el periodo * 100.000	0%	0%	Coordinador SST	Anual	0	CUMPLE	Gerencia y trabajadores
	Ausentismo	Indicadores de Ausentismo por Incapacidades	Número de días de ausencia por incapacidad laboral y común / Numero de días de trabajo programados * 100	3%	3%	Coordinador SST	Mensual	0,51%	CUMPLE	Gerencia y trabajadores
	Estructura - proceso - Resultado (E-P-R) del SG-SST	Indicadores de Estructura	Total de Items Cumplidos de los indicadores de estructura / Total de Items a evaluar de los indicadores de estructura * 100	60%	60%	Coordinador SST	Anual	100%	CUMPLE	Gerencia y trabajadores
		Indicadores de Proceso	Total de Items Cumplidos de los indicadores de Proceso / Total de Items a evaluar de los indicadores de Proceso * 100		60%			100%	CUMPLE	
		Indicadores de Resultado	Total de Items Cumplidos de los indicadores de Resultado / Total de Items a evaluar de los indicadores de Resultado * 100		60%			100%	CUMPLE	

Fuente: Consorcio VICGER 2021

sura

ACCIDENTALIDAD

Inicio

MATRIZ DE INDICADORES

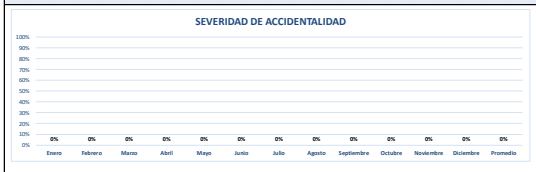
FICHA TECNICA DEL INDICADOR			
1. NOMBRE (descripción del indicador)	Severidad de accidentalidad	Frecuencia de accidentalidad	Proporción de los accidentes de trabajo mortales.
2. FÓRMULA (Metodo de calculo)	Número de días Perdidos por AT en el mes + Número de días cargados en el mes / Numero de trabajadores en el mes *100	Número de accidentes de trabajo en el periodo / Número de trabajadores en el Periodo * 100	Número de accidentes de trabajo mortales que se presentaron en el periodo / Total de accidentes de trabajo que se presentaron en el periodo * 100
3. INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	Por cada 100 trabajadores que laboran en el mes de **XX** se perdieron **X%** días por Accidentes de Trabajo.	Por cada 100 trabajadores que laboran en el mes de **XX** se presentaron **X%** Accidentes de Trabajo.	En el mes de XXX, el **x%** de accidentes de trabajo fueron mortales
4. META (Limite del indicador)	0%	0%	0%
	0%	0%	0%
5. PERIODICIDAD	Mensual	Mensual	Mensual
6. FUENTE DE LA INFORMACIÓN	- **Número de trabajadores en el mes** - **Número de accidentes de trabajo en el mes** - **Días de incapacidad en el mes por accidentes de trabajo.** - **Días cargados**		CARACTERIZACIÓN TABLA DÍAS CARGADOS
7. PERSONAS QUE DEBEN CONOCER EL RESULTADO	**Director y trabajadores**		
8. RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN	**Coordinador SST**		

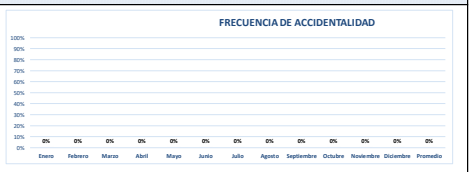
PERIODO	TIPO DE VINCULACION	NUMERO DE TRABAJADORES	Nº ACCIDENTES DE TRABAJO		DIAS DE INCAPACIDAD	DÍAS CARGADOS	INDICADOR	RESULTADO	CUMPLIMIENTO	INTERPRETACION O ANALISIS	OBSERVACIONES
			Total AT	At Mortales							
JULIO	Propios	39	0	0	0	0	LS	0,0%	CUMPLE	Por cada 100 trabajadores que laboran en el mes de JULIO se perdieron X dias por Accidentes de Trabajo.	
	Contratistas	0	0	0	0	0	LF	0,0%	CUMPLE	Por cada 100 trabajadores que laboran en el mes de JULIO se presentaron X Accidentes de Trabajo.	
	Total	39	0	0	0	0	PRO AT MORTALES	0%	CUMPLE	En el mes de JULIO, el x% de accidentes de trabajo fueron mortales.	

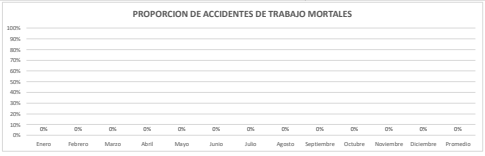
TOTAL ACCIDENTES DE TRABAJO	0
TOTAL ACCIDENTES MORTALES	0
TOTAL DIAS PERDIDOS	0
TOTAL DIAS CARGADOS	0
TOTAL TRABAJADORES	245

IS	0%	CUMPLE
IF	0%	CUMPLE
PRO. AT MORTALES	0%	CUMPLE

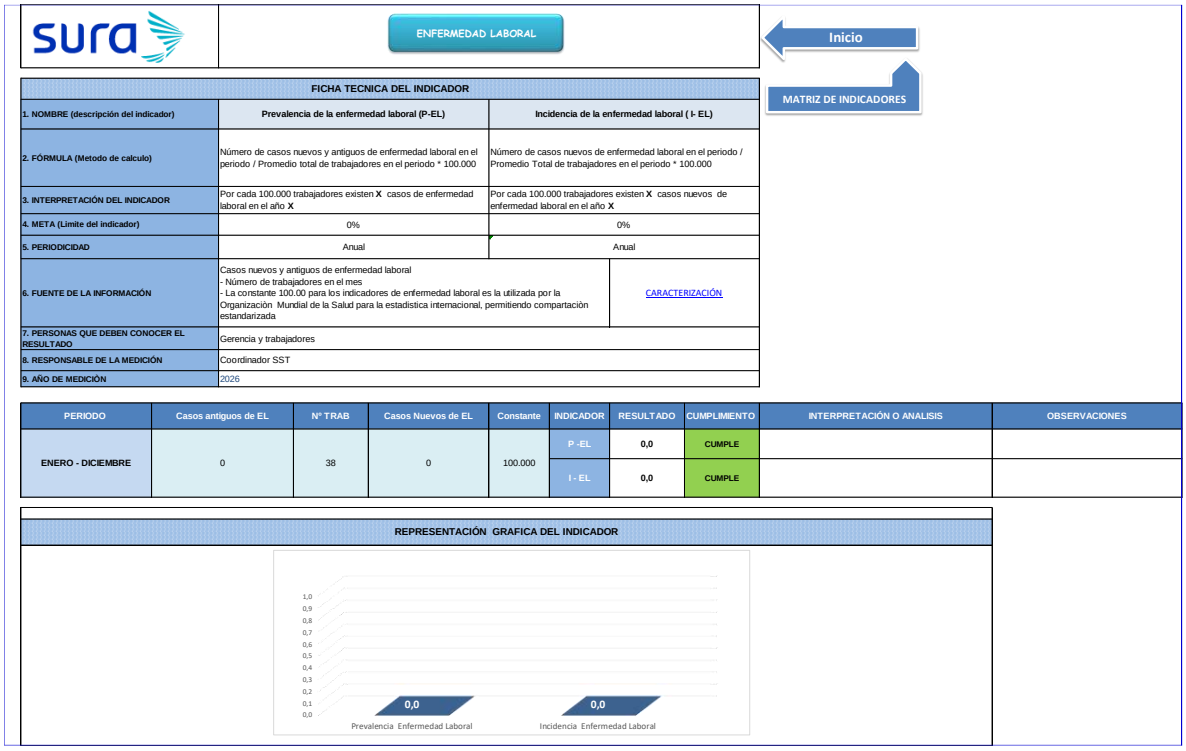
REPRESENTACIÓN GRAFICA DEL INDICADOR







Fuente: Consorcio VICGER 2021



ENFERMEDAD LABORAL

Inicio

MATRIZ DE INDICADORES

FICHA TECNICA DEL INDICADOR		
1. NOMBRE (descripción del indicador)	Prevalencia de la enfermedad laboral (P-EL)	Incidencia de la enfermedad laboral (I- EL)
2. FÓRMULA (Metodo de calculo)	Número de casos nuevos y antiguos de enfermedad laboral en el periodo / Promedio total de trabajadores en el periodo * 100.000	Número de casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo / Promedio Total de trabajadores en el periodo * 100.000
3. INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	Por cada 100.000 trabajadores existen **X** casos de enfermedad laboral en el año **X**	Por cada 100.000 trabajadores existen **X** casos nuevos de enfermedad laboral en el año **X**
4. META (Limite del indicador)	0%	0%
5. PERIODICIDAD	Anual	Anual
6. FUENTE DE LA INFORMACIÓN	Casos nuevos y antiguos de enfermedad laboral - Número de trabajadores en el mes - La constante 100.00 para los indicadores de enfermedad laboral es la utilizada por la Organización Mundial de la Salud para la estadistica internacional, permitiendo compartaciòn estandarizada	CARACTERIZACIÓN
7. PERSONAS QUE DEBEN CONOCER EL RESULTADO	Gerencia y trabajadores	
8. RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN	Coordinador SST	
9. AÑO DE MEDICIÓN	2026	

PERIODO	Casos antiguos de EL	N° TRAB	Casos Nuevos de EL	Constante	INDICADOR	RESULTADO	CUMPLIMIENTO	INTERPRETACIÓN O ANALISIS	OBSERVACIONES
ENERO - DICIEMBRE	0	38	0	100.000	P -EL	0,0	CUMPLE		
					I - EL	0,0	CUMPLE		

REPRESENTACIÓN GRAFICA DEL INDICADOR

Fuente: Consorcio VICGER 2021

AUSENTISMO LABORAL

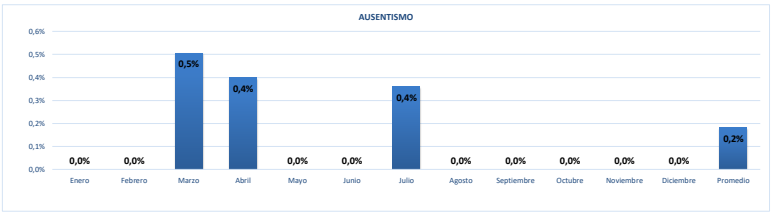
Inicio

MATRIZ DE INDICADORES

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

DATOS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
DIAS DE AUSENCIA POR INCAPACIDAD LABORAL Y COMÚN PERSONAL PROPIO	0	0	5	3	0	0	3	0	0	0	0	0	11
DIAS DE AUSENCIA POR INCAPACIDAD LABORAL Y COMÚN PERSONAL CONTRATISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL DÍAS DE INCAPACIDAD	**0**	**0**	**5**	**3**	**0**	**0**	**3**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**11**
NÚMERO DE DIAS LABORALES EN EL MES	561	820	983	751	782	682	833	0	0	0	0	0	5412
NÚMERO DE TRABAJADORES EN EL MES	33	41	38	29	34	31	39	0	0	0	0	0	245
NÚMERO DE DÍAS DE TRABAJO PROGRAMADOS	561	820	988	754	782	682	836	0	0	0	0	0	1325940
AUSENTISMO LABORAL	0,0%	0,0%	0,5%	0,4%	0,0%	0,0%	0,36%	-	-	-	-	-	0,0%
CUMPLIMIENTO	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE						CUMPLE
INTERPRETACIÓN o ANALISIS	En el mes de Enero se perdio 0% de días programados de trabajo por incapacidad medica	En el mes de febrero se perdio 0% de días programados de trabajo por incapacidad medica	En el mes de marzo se perdio 0,5% de días programados de trabajo por incapacidad medica por EG inferior a la 3% de la meta establecida	En el mes de MARZO se perdio 0,4% de días programados de trabajo por incapacidad medica por EG inferior a la 3% de la meta establecida	En el mes de mayo se perdio 0% de días programados de trabajo por incapacidad medica	En el mes de junio se perdio 0% de días programados de trabajo por incapacidad medica	En el mes de JULIO se perdio 0,36% de días programados de trabajo por incapacidad medica por EG inferior a la 3% de la meta establecida						En total en el año se perdieron X% de los días programados de trabajo por la empresa por incapacidad medica

REPRESENTACIÓN GRAFICA DEL INDICADOR



Fuente: Consorcio VICGER 2021

sura

INDICADORES DE ESTRUCTURA, PROCESO Y RESULTADO

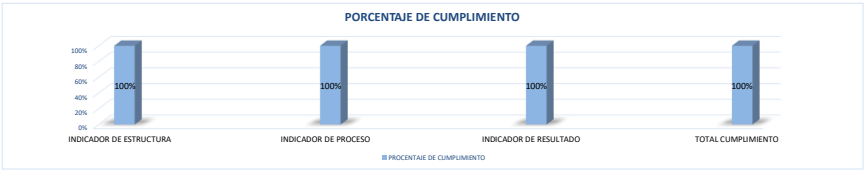
Inicio

MATRIZ DE INDICADORES

FICHA TECNICA DEL INDICADOR		
1. NOMBRE (descripción del indicador)	Cumplimiento de los indicadores de estructura proceso y resultado del SG-SST	
2. FÓRMULA (Metodo de calculo)	(Numero de items Cumplidos/ Número de ítems Evaluados) * 100	
3. INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	La empresa cumple con un X% de los items evaluados de los indicadores de estructura proceso y resultado del SG SST	
4. META (Limite del indicador)	60%	
5. PERIODICIDAD	Anual	
6. FUENTE DE LA INFORMACIÓN	Soporte de cumplimieto de cada uno de los items solicitados en los indicadores	Evaluación de indicadores
7. PERSONAS QUE DEBEN CONOCER EL RESULTADO	Gerencia y trabajadores	
8. RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN	Coordinador SST	

	INDICADOR DE ESTRUCTURA	INDICADOR DE PROCESO	INDICADOR DE RESULTADO	TOTAL CUMPLIMIENTO
TOTAL ÍTEMS CUMPLIDOS	10	10	5	25
TOTAL ÍTEMS EVALUADOS	10	10	5	25
PROCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%
CUMPLIMIENTO	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE

REPRESENTACIÓN GRAFICA DEL INDICADOR



Fuente: Consorcio VICGER 2021

ANEXOS

1. SEGURIDAD SOCIAL.
2. EGRESOS
3. INDUCCIONES
4. EXAMENES MEDICOS
5. NOTIFICACION DE RIESGOS
6. CAPACITACIONES
7. ENTREGA EPP
8. INSPECCIONES
9. CONFORMACION BRIGADAS DE EMERGENCIA
10. COPASST Y COMITÉ DE CONVIVENCIA
11. ACCIDENTALIDAD
12. VEHICULOS Y MAQUINARIA
13. MATRIZ DE RIESGOS Y PELIGROS
14. ATS
15. NOMINA
16. CONTRATOS
17. REGISTRO FOTOGRAFICO
18. DOCULMENTOS IPS ASSOMET ASESORES SAS

ANEXO 1
SEGURIDAD SOCIAL

FORMATO RELACION DE PERSONAL CONTRATO ICCU 140 - 2025

No.		DATOS DEL TRABAJADOR					ARL		EPS	AFP	CCF	FECHA EXAMENES		
	TIPO DE CONTRATO	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CEDULA	CARGO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	Nombre	FECHA AFILIACION	Nombre	Nombre	Nombre	EXAMEN DE INGRESO	EXAMEN DE EGRESO	VALORACION INGRESO
PERSONAL NUEVO														
1	OBRA LABOR	CRUZ ARAMBULA WENDY DANIELA	1.014.279.422	AUX TRAFICO JERUSALEN	30/0672026		SURA	30/6/2026	SALUD TOTAL	PORVENIR	COMPENSAR	25/6/2026		SIN RESTRICCIONES
2	OBRA LABOR	RAMOS LUIS CARLOS	1.067.912.432	AYUDANTE NILO	30/0672026		SURA	16/6/2026	NUEVA EPS	PROTECCION	COMPENSAR	10/6/2026		SIN RESTRICCIONES
3	OBRA LABOR	ESCAMILLA ASTRIS	20.761.831	AUX TRAFICO NILO	30/0672026		SURA	22/6/2026	NUEVA EPS	PORVENIR	COMPENSAR	12/6/2026		SIN RESTRICCIONES
4	OBRA LABOR	CORREA JEIMMY	1.069.925.161	AUX TRAFICO NILO	30/0672026		SURA	22/6/2026	SALUD TOTAL	PROTECCION	COMPENSAR	12/6/2026		SIN RESTRICCIONES
5	OBRA LABOR	RODRIGUEZ SIERRA LUIS FELIPE	1.003.523.427	AYUDANTE NILO	30/0672026		SURA	30/7/2026	NUEVA EPS	PORVENIR	COMPENSAR	27/6/2026		SIN RESTRICCIONES
6	OBRA LABOR	RICO DUBAN ERNESTO	1.069.732.357	AYUDANTE NILO	1/7/2026		SURA	30/6/2026	FAMISANAR	PORVENIR	COMPENSAR	30/6/2026		SIN RESTRICCIONES
7	OBRA LABOR	DIAZ MARIO ALEJANDRO	1.069.924.828	AYUDANTE NILO	1/7/2026		SURA	30/6/2026	SALUD TOTAL	PORVENIR	COMPENSAR	27/6/2026		SIN RESTRICCIONES
8	OBRA LABOR	REYES GOMEZ WERNEL DANIEL	1.003.568.843	AYUDANTE NILO	1/7/2026		SURA	30/6/2026	SALUD TOTAL	PROTECCION	COMPENSAR	27/6/2026		SIN RESTRICCIONES
9	OBRA LABOR	VILLALBA ROJAS CARLOS ALBERO	1.033.792.250	AYUDANTE JERUSALEN	6/7/2026		SURA	6/7/2026	FAMISANAR	PROTECCION	COMPENSAR	3/7/2026		SIN RESTRICCIONES
10	OBRA LABOR	PARRADO RUIZ ANGIE LORENA	1.004.037.144	AUX. TRAFICO VIOTA	21/7/2026		SURA	21/7/2026	SALUD TOTAL	PORVENIR	COMPENSAR	14/7/2026		SIN RESTRICCIONES
11	OBRA LABOR	TORRES CASTRO LAURA YULIETH	1.078.826.670	AUX TRAFICO VIOTA	21/7/2026		SURA	21/7/2026	SALUD TOTAL	PROTECCION	COMPENSAR	16/7/2026		SIN RESTRICCIONES
12	OBRA LABOR	ROMERO RESTREPO ANDREY BERNARDO	1.026.250.212	AYUDANTE VIOTA	27/1/2026		SURA	27/7/2026	NJEVA EPS	PROTECCION	COMPENSAR	11/7/2026		SIN RESTRICCIONES
13	OBRA LABOR	DAZA DIEGO ARMANDO	1.069.759.419	AYUDANTE VIOTA	27/1/2026		SURA	27/7/2026	SALUD TOTAL	COLPENSIONES	COMPENSAR	11/7/2026		SIN RESTRICCIONES
14	OBRA LABOR	PEREZ CAPERA ALBEIRO EUCLIDES	5.823.225	AYUDANTE VIOTA	27/1/2026		SURA	27/7/2026	SANIDAD MILITAR	PORVENIR	COMPENSAR	11/7/2026		SIN RESTRICCIONES
15	OBRA LABOR	MONTAÑO KEBIN ARBEY	1.007.413.305	AYUDANTE VIOTA	27/1/2026		SURA	27/7/2026	NUEVA EPS	PROTECCION	COMPENSAR	15/7/2026		SIN RESTRICCIONES
16	OBRA LABOR	ESTEPA DIANA	52.968.492	SECRETARIA	4/7/2026		SURA	1/7/2026	COMPENSAR	PORVENIR	COMPENSAR	4/7/2026		SIN RESTRICCIONES

No.		DATOS DEL TRABAJADOR					ARL		EPS	AFP	CCF	FECHA EXAMENES		
	TIPO DE CONTRATO	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CEDULA	CARGO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	Nombre	FECHA AFILIACION	Nombre	Nombre	Nombre	EXAMEN DE INGRESO	EXAMEN DE EGRESO	VALORACION INGRESO
PERSONAL ANTIGUO														
1	OBRA LABOR	BALLESTAS CARLOS	80.023.146	DIRECTOR	2/04/2025		SURA	2/04/2025	SURA	COLPENSIONES	CAFAM	24/04/2025		SIN RESTRICCIONES
2	OPS	GUTIERREZ CARLOS IVAN	19.165.638	ESPECIALISTA	2/04/2025		POSITIVA	N/A	REGIMEN ESPECIAL UNIVERSIDAD NACIONAL	N/A	N/A	27/05/2025		SIN RESTRICCIONES
3	OBRA LABOR	BALLESTAS CLAUDIA	1.019.022.615	SST	2/04/2025		SURA	1/02/2023	FAMISANAR	COLPENSIONES	CAFAM	4/04/2025		SIN RESTRICCIONES
4	OBRA LABOR	CASAS GARCIA BRAYAN FELIPE	1.016.082.534	INGENIERO AMBIENTAL	4/11/2025		SURA	3/11/2025	SURA	PORVENIR	COMPENSAR	28/10/2025		SIN RESTRICCIONES
5	OBRA LABOR	NUÑEZ GUILLERMO	1.052.616	INGENIERO RESIDENTE	20/1/2025		SURA	19/1/2026	COMPENSAR	COLPENSIONES	COMPENSAR	16/1/2026		SIN RESTRICCIONES
6	OBRA LABOR	ESTHER TUÑON	1.048.609.602	RESIDENTE SOCIAL	11/2/2026		SURA	10/2/2026	MUTUAL SER	PORVENIR	COMPENSAR	6/2/2026		SIN RESTRICCIONES
7	OBRA LABOR	BOJACA DIANA ESPERANZA	52.154.882	RESIDENTE SOCIAL	27/4/2026		SURA	26/4/2026	SANITAS	PORVENIR	COMPENSAR	23/4/2026		SIN RESTRICCIONES
8	OBRA LABOR	CARDOZO ANDRES FERNANDO	10.105.688.025	INGENIERO RESIDENTE	2/01/2026		SURA	1/02/2026	SALUD TOTAL	PORVENIR	COMPENSAR	26/01/2026		APTO CON RESTRICCION QUE NO INTERVIENE EN LA LABOR
9	OBRA LABOR	GORDILLO GOMEZ ANGELA	52.394.442	RESINENTE SST	15/5/2026		SURA	15/1/2026	SANITAS	COLPENSIONES	COMPENSAR	14/5/2026		SIN RESTRICCIONES
10	OBRA LABOR	MATEUS PARDO GILBERTH	1.096.906.644	INENIERO RESIDENTE	2/5/2026		SURA	26/4/2026	SANITAS	PORVENIR	COMPENSAR	17/4/2026		SIN RESTRICCIONES
11	OBRA LABOR	HENAO CRISTIIAN	1.018.505.287	INENIERO RESIDENTE	2/5/2026		SURA	24/5/2026	SURA	PROTECCION	COMPENSAR	25/5/2026		SIN RESTRICCIONES
12	OBRA LABOR	APONTE MARIBEL	52.416.390	RESIDENTE AMBIENTAL	2/7/2026		SURA	3/11/2025	COMPENSAR	COLPENSIONES	COMPENSAR	20/93/2026		SIN RESTRICCIONES
13	OBRA LABOR	SOLER JOHAN STIVEN	1.070.004.440	OPERADOR RETRO	30/9/2025		SURA	29/9/2025	COOPSALUD	PORVENIR	COMPENSAR	29/9/2025		SIN RESTRICCIONES
14	OBRA LABOR	GONZALEZ RAMIRO HERNANDO	3.361.126	OPERADOR VIBRO NILO	1/10/2025		SURA	30/9/2025	SANITAS	NA	COMPENSAR	30/9/2025		APTO CON RESTRICCION QUE NO INTERVIENE EN LA LABOR
15	OBRA LABOR	PEDRAZA JORGE DILMAR	79.820.750	CONDUCTOR CARROTANQUE	3/10/2025		SURA	2/10/2025	SANITAS	PORVENIR	COMPENSAR	1/10/2025		APTO CON RECOMENDACIONES
16	OBRA LABOR	RICO RICO HECTOR ISAIAS	3.155.071	OPERADOR RETROEXCAVADORA	19/1/2026		SURA	18/1/2026	NUEVA EPS	COLPENSIONES	COMPENSAR	13/1/2026		APTO CON RESTRICIONES
17	OBRA LABOR	FORIGUA CARLOS HERNANDO	79.238.199	OPERADOR MOTONIVELADORA JERUSALEN	9/2/2026		SURA	8/2/2026	SALUD TOTAL	NA	COMPENSAR	6/2/2026		APTO CON RESTRICCIIONES QUE NO INTERVIENEN CON LA LABOR
18	OBRA LABOR	BONILLA JUAN ALFONSO	2.969.563	OPERADOR VIBRO	16/2/2026		SURA	15/2/2026	SANTAS	COLPENSIONES	COMPENSAR	13/2/2026		APTO CON RESTRICCIIONES QUE NO INTERVIENEN CON LA LABOR
19	OBRA LABOR	RODRIGUEZ AMAYA CIRO	14.105.469	OPERADOR MOTONIVELADORA	17/3/2026		SURA	16/3/2026	NUEVA EPS	PORVENIR	COMPENSAR	14/3/2026		SIN RESTRICCIONES
20	OBRA LABOR	ALEJO CRUZ EDISON ALBERTO	1.022.351.814	AYUDANTE	13/4/2025		SURA	12/4/2026	SANITAS	COLPENSIONES	COMPENSAR	7/04/2026		SIN RESTRICCIONES
21	OBRA LABOR	PUIN HERNANDEZ JOHN EDISON	413.525	OPERADOR VIBROCOMPACTADOR	16/4/2026		SURA	15/4/2026	NUEVA EPS	COLPENSIONES	COMPENSAR	11/4/2026		SIN RESTRICCIONES

No.		DATOS DEL TRABAJADOR					ARL		EPS	AFP	CCF	FECHA EXAMENES		
	TIPO DE CONTRATO	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CEDULA	CARGO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	Nombre	FECHA AFILIACION	Nombre	Nombre	Nombre	EXAMEN DE INGRESO	EXAMEN DE EGRESO	VALORACION INGRESO
22	OBRA LABOR	VARELA RODRIGUEZ JESUS EDUARSO	93.461.471	AYUDANTE JERUSALEN	3/01/2026		SURA	2/02/2026	SALUD TOTAL	COLPENSIONES	COMPENSAR	30/01/2026		APTO CON RECOMENDACINES
23	OBRA LABOR	VARELA MORENO LUIS FELIPE	1.070.751.279	AYUDANTE JERUSALEN	3/1/2026		SURA	2/2/2026	SALUD TOTAL	COLPENSIONES	COMPENSAR	30/1/2026		APTO CON RECOMENDACINES
24	OBRA LABOR	ROMERO GONZALEZ JIMMY DARIO	1.069.230.091	AYUDANTE JERUSALEN	3/10/2025		SURA	2/10/2025	SANITAS	PORVENIR	COMPENSAR	1/10/2025		SIN RESTRICCIONES
25	OBRA LABOR	ROMERO JOSE MIGUEL	79.869.713	OPERADOR MOTONIVELADORA NILO	11/5/2026		SURA	10/5/2026	COMPENSAR	PORVENIR	COMPENSAR	9/4/2026		SIN RESTRICCIONES
26	OBRA LABOR	REYES LUIS CARLOS	3.102.127	AUX TRAFICO NARIÑO	18/6/2026		SURA	18/6/2026	SANITAS	COLPENSIONES	COMPENSAR	17/6/2026		SIN RESTRICCIONES
27	OBRA LABOR	REYES ROJAS YULEIDY	1.003.748.724	AUX TRAFICO NARIÑO	18/6/2026		SURA	18/6/2026	SALUD TOTAL	PORVENIR	COMPENSAR	17/6/2026		SIN RESTRICCIONES
28	OBRA LABOR	CARVAJAR LAURA CAMILA	1.010.089.873	AUX TRAFICO JERUSALEN	25/6/2026		SURA	16/6/2026	SALUD TOTAL	PROTECCION	COMPENSAR	12/6/2026		SIN RESTRICCIONES
29	OBRA LABOR	FARA VICTOR DANILO	1.073.558.668	AYUDANTE JERUSALEN	23/6/2026		SURA	16/6/2026	SALUD TOTAL	PORVENIR	COMPENSAR	10/6/2026		SIN RESTRICCIONES
30	OBRA LABOR	CHAVEZ CLAUDIA LILI	52.811.371	AUX TRAFICO JERUSALEN	24/6/2026		SURA	16/6/2026	NUEVA EPS	PROTECCION	COMPENSAR	12/6/2026		SIN RESTRICCIONES
RETIRO DE PERSONAL														
1	OBRA LABOR	CRIATIAN CAMILO MORALES	1.069.763.750	AYUDANTE	5/5/2026	1/07/2026	SURA	3/5/2026	NUEVA EPS	PORVENIR	COMPENSAR	30/4/2026	NOTIFICADO DE SU DERECHO	SIN RESTRICCIONES
2	OBRA LABOR	DIAZ AVILA LADY LIZETH	1.052.402.293	INGENIERA RESIDENTE	11/5/2026	21/07/2026	SURA	10/5/2026	SANITAS	COLPENSIONES	COMPENSAR	11/5/2026	NOTIFICADO DE SU DERECHO	SIN RESTRICCIONES

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901902610	2	CONSORCIO VICGER	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	VICGER	CRA 70A No 110 10	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2539531	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-08	542906157	9509188377	E	2026/08/05	2026/08/05	BANCOLOMBIA		$27,945,400

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: VICGER (1 Afiliados)						$3,200,000	$512,000			$3,200,000	$128,000			$3,200,000	$128,000			$3,200,000	$16,800		$0	$0
Centro de Trabajo: RIESGO 1 (1 Afiliados)						$3,200,000	$512,000			$3,200,000	$128,000			$3,200,000	$128,000			$3,200,000	$16,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$3,200,000	$512,000			$3,200,000	$128,000			$3,200,000	$128,000			$3,200,000	$16,800		$0	$0
1	CC	52968492	ESTEPA MORA DIANA JAZMIN	230301	30	$3,200,000	$512,000	EPS008	30	$3,200,000	$128,000	CCF24	30	$3,200,000	$128,000	14-11	30	$3,200,000	$16,800	30	$0	$0

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: VICGER-OPERATIVO (40 Afiliados)						$85,117,300	$13,696,400			$90,380,287	$3,616,600			$90,380,287	$3,594,400			$90,380,287	$6,253,200		$0	$0
Centro de Trabajo: OPERATIVO-CUNDINAMARCA (40 Afiliados)						$85,117,300	$13,696,400			$90,380,287	$3,616,600			$90,380,287	$3,594,400			$90,380,287	$6,253,200		$0	$0
Ciudad: CHIA Depto: CUNDINAMARCA (40 Afiliados)						$85,117,300	$13,696,400			$90,380,287	$3,616,600			$90,380,287	$3,594,400			$90,380,287	$6,253,200		$0	$0
2	CC	1022351814	ALEJO CRUZ EDISON ALBERTO	25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	$121,900	30	$0	$0
3	CC	52154882	BOJACA IZQUIERDO DIANA ESPERANZA	230301	30	$3,000,000	$480,000	EPS005	30	$3,000,000	$120,000	CCF24	30	$3,000,000	$120,000	14-11	30	$3,000,000	$208,800	30	$0	$0
4	CC	2969563	BONILLA FIQUE JUAN ALFONSO	25-14	30	$2,152,056	$344,400	EPS005	30	$2,152,056	$86,100	CCF24	30	$2,152,056	$86,100	14-11	30	$2,152,056	$149,800	30	$0	$0
5	CC	1105688025	CARDOSO ROMERO ANDRES FERNANDO	230301	30	$5,000,000	$800,000	EPS002	30	$5,000,000	$200,000	CCF24	30	$5,000,000	$200,000	14-11	30	$5,000,000	$348,000	30	$0	$0
6	CC	1010089873	CARVAJAL WELFAR LAURA CAMILA	230201	30	$1,881,654	$301,100	EPS002	30	$1,881,654	$75,300	CCF24	30	$1,881,654	$75,300	14-11	30	$1,881,654	$131,000	30	$0	$0
7	CC	52811371	CHAVEZ TRIANA CLAUDIA LILI	230301	30	$1,881,654	$301,100	EPS041	30	$1,881,654	$75,300	CCF24	30	$1,881,654	$75,300	14-11	30	$1,881,654	$131,000	30	$0	$0
8	CC	1069925161	CORREA PENAGOS JEIMY ALEJANDRA	230201	30	$1,894,682	$303,200	EPS002	30	$1,894,682	$75,800	CCF24	30	$1,894,682	$75,800	14-11	30	$1,894,682	$131,900	30	$0	$0
9	CC	1014279422	CRUZ ARAMBULA WENDY DANIELA	230301	30	$1,854,178	$296,700	EPS002	30	$1,854,178	$74,200	CCF24	30	$1,854,178	$74,200	14-11	30	$1,854,178	$129,100	30	$0	$0
10	CC	1069759419	DAZA CUBILLOS DIEGO ARMANDO	25-14	4	$233,454	$37,400	EPS002	4	$233,454	$9,400	CCF24	4	$233,454	$9,400	14-11	4	$233,454	$16,300	4	$0	$0
11	CC	1052402293	DIAZ AVILA LADY LIZETH	25-14	19	$3,650,474	$584,100	EPS005	19	$3,650,474	$146,100	CCF24	19	$3,650,474	$146,100	14-11	19	$3,650,474	$254,100	19	$0	$0
12	CC	1052402293	DIAZ AVILA LADY LIZETH	25-14	2	$333,334	$53,400	EPS005	2	$333,334	$13,400	CCF24	2	$333,334	$0	14-11	2	$333,334	$0	2	$0	$0
13	CC	1069924828	DIAZ TORRES MARIO ALEJANDRO	230301	30	$1,894,682	$303,200	EPS002	30	$1,894,682	$75,800	CCF24	30	$1,894,682	$75,800	14-11	30	$1,894,682	$131,900	30	$0	$0
14	CC	20761831	ESCAMILLA CRIOLLO ASTRIS	230301	30	$1,894,682	$303,200	EPS037	30	$1,894,682	$75,800	CCF24	30	$1,894,682	$75,800	14-11	30	$1,894,682	$131,900	30	$0	$0
15	CC	1073558668	FARA FORERO VICTOR DANILO	230301	30	$2,046,512	$327,500	EPS002	30	$2,046,512	$81,900	CCF24	30	$2,046,512	$81,900	14-11	30	$2,046,512	$142,500	30	$0	$0
16	CC	79238199	FORIGUA SILVA CARLOS HERNANDO		0	$0	$0	EPS002	30	$3,051,136	$122,100	CCF24	30	$3,051,136	$122,100	14-11	30	$3,051,136	$212,400	30	$0	$0
17	CC	3361126	GONZALEZ TABARES RAMIRO HERNANDO		0	$0	$0	EPS005	30	$2,211,851	$88,500	CCF24	30	$2,211,851	$88,500	14-11	30	$2,211,851	$154,000	30	$0	$0
18	CC	52394442	GORDILLO GOMEZ ANGELA VICTORIA	25-14	30	$4,000,000	$640,000	EPS005	30	$4,000,000	$160,000	CCF24	30	$4,000,000	$160,000	14-11	30	$4,000,000	$278,400	30	$0	$0
19	CC	1096906644	MATEUS PARDO GILBERTH	230301	30	$5,529,627	$884,800	EPS005	30	$5,529,627	$221,200	CCF24	30	$5,529,627	$221,200	14-11	30	$5,529,627	$384,900	30	$0	$0
20	CC	1007413305	MONTAÑO MOYA KEBIN ARBEY	230201	4	$254,298	$40,700	EPS037	4	$254,298	$10,200	CCF24	4	$254,298	$10,200	14-11	4	$254,298	$17,700	4	$0	$0
21	CC	1052616	NUÑEZ CARREÑO GUILLERMO	25-14	30	$7,600,000	$1,292,000	EPS008	30	$7,600,000	$304,000	CCF24	30	$7,600,000	$304,000	14-11	30	$7,600,000	$529,000	30	$0	$0
22	CC	1004037144	PARRADO RUIZ ANGIE LORENA	230301	10	$604,479	$96,800	EPS002	10	$604,479	$24,200	CCF24	10	$604,479	$24,200	14-11	10	$604,479	$42,100	10	$0	$0
23	CC	79820750	PEDRAZA MORENO JORGE DILMAN	230201	30	$1,840,440	$294,500	EPS005	30	$1,840,440	$73,700	CCF24	30	$1,840,440	$73,700	14-11	30	$1,840,440	$128,100	30	$0	$0
24	CC	5823225	PEREZ CAPERA ALBEIRO EUCLIDES	230301	4	$233,454	$37,400	MIN001	4	$233,454	$9,400	CCF24	4	$233,454	$9,400	14-11	4	$233,454	$16,300	4	$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

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
25	CC	413525	PUIN HERNANDEZ JOHN EDISON	25-14	30	$2,059,524	$329,600	EPS041	30	$2,059,524	$82,400	CCF24	30	$2,059,524	$82,400	14-11	30	$2,059,524	$143,400	30	$0	$0
26	CC	1067912432	RAMOS CORDERO LUIS CARLOS	230201	30	$1,894,682	$303,200	EPS037	30	$1,894,682	$75,800	CCF24	30	$1,894,682	$75,800	14-11	30	$1,894,682	$131,900	30	$0	$0
27	CC	3102127	REYES PARAMO LUIS CARLOS	25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	$121,900	30	$0	$0
28	CC	1003568843	REYES GOMEZ WERNEL DANIEL	230201	30	$1,894,682	$303,200	EPS002	30	$1,894,682	$75,800	CCF24	30	$1,894,682	$75,800	14-11	30	$1,894,682	$131,900	30	$0	$0
29	CC	1003748724	REYES ROJAS YULEIDY	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	$121,900	30	$0	$0
30	CC	1069732353	RICO ESCOBAR DUBAN ERNESTO	230301	30	$1,905,104	$304,900	EPS017	30	$1,905,104	$76,300	CCF24	30	$1,905,104	$76,300	14-11	30	$1,905,104	$132,600	30	$0	$0
31	CC	3155071	RICO RICO HECTOR ISAIAS	25-14	30	$2,000,000	$320,000	EPS005	30	$2,000,000	$80,000	CCF24	30	$2,000,000	$80,000	14-11	30	$2,000,000	$139,200	30	$0	$0
32	CC	14105469	RODRIGUEZ AMAYA CIRO	230301	30	$3,178,571	$508,600	EPS037	30	$3,178,571	$127,200	CCF24	30	$3,178,571	$127,200	14-11	30	$3,178,571	$221,300	30	$0	$0
33	CC	1003523427	RODRIGUEZ SIERRA LUIS FELIPE	230301	30	$1,894,682	$303,200	EPS041	30	$1,894,682	$75,800	CCF24	30	$1,894,682	$75,800	14-11	30	$1,894,682	$131,900	30	$0	$0
34	CC	1026250212	ROMERO RESTREPO ANDREY BERNARDO	230201	4	$254,298	$40,700	EPS037	4	$254,298	$10,200	CCF24	4	$254,298	$10,200	14-11	4	$254,298	$17,700	4	$0	$0
35	CC	1069230091	ROMERO GONZALEZ JIMMY DARIO	230301	30	$2,036,564	$325,900	EPS005	30	$2,036,564	$81,500	CCF24	30	$2,036,564	$81,500	14-11	30	$2,036,564	$141,800	30	$0	$0
36	CC	79869713	ROMERO ALMONACID JOSE MIGUEL	230301	30	$3,299,919	$528,000	EPS008	30	$3,299,919	$132,000	CCF24	30	$3,299,919	$132,000	14-11	30	$3,299,919	$229,700	30	$0	$0
37	CC	1070004440	SOLER ORDUZ JOHAN STIVEN	230301	27	$2,188,929	$350,300	ESSC24	27	$2,188,929	$87,600	CCF24	27	$2,188,929	$87,600	14-11	27	$2,188,929	$152,400	27	$0	$0
38	CC	1070004440	SOLER ORDUZ JOHAN STIVEN	230301	3	$220,000	$35,200	ESSC24	3	$220,000	$8,800	CCF24	3	$220,000	$0	14-11	3	$220,000	$0	3	$0	$0
39	CC	1078826670	TORRES CASTRO LAURA YULIETH	230201	10	$604,479	$96,800	EPS002	10	$604,479	$24,200	CCF24	10	$604,479	$24,200	14-11	10	$604,479	$42,100	10	$0	$0
40	CC	1048609602	TUÑON PEREZ ESTHER	230301	30	$3,000,000	$480,000	ESSC07	30	$3,000,000	$120,000	CCF24	30	$3,000,000	$120,000	14-11	30	$3,000,000	$208,800	30	$0	$0
41	CC	93461471	VARELA RODRIGUEZ JESUS EDUARDO	230301	30	$2,026,616	$324,300	EPS002	30	$2,026,616	$81,100	CCF24	30	$2,026,616	$81,100	14-11	30	$2,026,616	$141,100	30	$0	$0
42	CC	1070751279	VARELA MORENO LUIS FELIPE	25-14	30	$2,016,667	$322,700	EPS002	30	$2,016,667	$80,700	CCF24	30	$2,016,667	$80,700	14-11	30	$2,016,667	$140,400	30	$0	$0
43	CC	1033792250	VILLALBA ROJAS CARLOS ALBERTO	230201	25	$1,610,208	$257,700	EPS017	25	$1,610,208	$64,500	CCF24	25	$1,610,208	$64,500	14-11	25	$1,610,208	$112,100	25	$0	$0
Total			**Afiliados(41)**			**$88,317,300**	**$14,208,400**			**$93,580,287**	**$3,744,600**			**$93,580,287**	**$3,722,400**			**$93,580,287**	**$6,270,000**		**$0**	**$0**

Resumen General de Pago

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				39	$14,208,400	$0	$14,208,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	10	$4,484,000	$0	$4,484,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	20	$7,783,300	$0	$7,783,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	9	$1,941,100	$0	$1,941,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				41	$6,270,000	$0	$6,270,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	41	$6,270,000	$0	$6,270,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				41	$3,722,400	$0	$3,722,400
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	41	$3,722,400	$0	$3,722,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 9)				41	$3,744,600	$0	$3,744,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	3	$564,000	$0	$564,000
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	$96,400	$0	$96,400
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	$140,800	$0	$140,800
FOSYGA	MIN001	901,037,916	1	1	$9,400	$0	$9,400
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	$120,000	$0	$120,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	5	$299,200	$0	$299,200
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	3	$233,500	$0	$233,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	14	$1,070,600	$0	$1,070,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	11	$1,210,700	$0	$1,210,700
TOTAL				**41**	**$27,945,400**	**$0**	**$27,945,400**

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-08-05, 11:23:55 a. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1082529937

Periodo Cotización 202607 **Periodo Servicio** 202607

PAGADA 2026-07-02 14:30:27.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CARLOS IVAN GUTIERREZ GUEVARA				
Documento	CC 19165638	**Dirección**	CR 53 #104 B - 22 INT 2 APTO 302		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	8134487		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 19165638		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	02					GUTIERREZ GUEVARA CARLOS IVAN	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
								X							0	0	30	30	0			$ 2.500.000	NIN-AF		0 %	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	RES008		12,5 %	$ 5.300.000	$ 662.500	$ 0	14-23	1	0,522 %	$ 5.300.000	$ 27.700	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
NINGUNA AFP	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	U Nacional	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 0	$ 0	$ 0	$ 662.500	$ 27.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 690.200

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!

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
NIT 900591649	9	GAB INGENIERIA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL1	CRA 70 a #110-10	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2539531	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-08	575037326	9509544786	E	2026/08/13	2026/08/18	BANCO FALABELLA		$15,166,000

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: PRINCIPAL1 (8 Afiliados)						$47,768,143	$7,961,600			$47,768,143	$1,910,800			$47,768,143	$1,910,800			$47,768,143	$3,324,900		$0	$0
Centro de Trabajo: ADMINISTRACION (8 Afiliados)						$47,768,143	$7,961,600			$47,768,143	$1,910,800			$47,768,143	$1,910,800			$47,768,143	$3,324,900		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (8 Afiliados)						$47,768,143	$7,961,600			$47,768,143	$1,910,800			$47,768,143	$1,910,800			$47,768,143	$3,324,900		$0	$0
1	CC	52416390	APONTE RINCON MARIBEL	25-14	30	$7,287,000	$1,239,000	EPS008	30	$7,287,000	$291,500	CCF21	30	$7,287,000	$291,500	14-11	30	$7,287,000	$507,200	30	$0	$0
2	CC	80023146	BALLESTAS BARANDICA CARLOS ANDRES	25-14	30	$9,060,000	$1,540,200	EPS010	30	$9,060,000	$362,400	CCF21	30	$9,060,000	$362,400	14-11	30	$9,060,000	$630,600	30	$0	$0
3	CC	1019022615	BALLESTAS BARANDICA CLAUDIA PATRICIA	25-14	30	$7,287,000	$1,239,000	EPS017	30	$7,287,000	$291,500	CCF21	30	$7,287,000	$291,500	14-11	30	$7,287,000	$507,200	30	$0	$0
4	CC	1016082534	CASAS GARCIA BRAYAN FELIPE	230301	30	$5,510,000	$881,600	EPS010	30	$5,510,000	$220,400	CCF21	30	$5,510,000	$220,400	14-11	30	$5,510,000	$383,500	30	$0	$0
5	CC	1013654764	DELGADO CASTILLO DANIEL FELIPE	231001	30	$3,555,000	$568,800	EPS010	30	$3,555,000	$142,200	CCF21	30	$3,555,000	$142,200	14-11	30	$3,555,000	$247,500	30	$0	$0
6	CC	1018505287	HENAO PALACIOS CRISTIAN CAMILO	230201	30	$4,357,143	$697,200	EPS010	30	$4,357,143	$174,300	CCF21	30	$4,357,143	$174,300	14-11	30	$4,357,143	$303,300	30	$0	$0
7	CC	52834714	QUINCHE COBOS FRANCY PAOLA	25-14	30	$8,172,000	$1,389,400	EPS001	30	$8,172,000	$326,900	CCF21	30	$8,172,000	$326,900	14-11	30	$8,172,000	$568,800	30	$0	$0
8	CC	1007558093	ROCHA FANDIÑO MARIA ISABEL	230301	30	$2,540,000	$406,400	EPS005	30	$2,540,000	$101,600	CCF21	30	$2,540,000	$101,600	14-11	30	$2,540,000	$176,800	30	$0	$0
Total			**Afiliados(8)**			$47,768,143	$7,961,600			$47,768,143	$1,910,800			$47,768,143	$1,910,800			$47,768,143	$3,324,900		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				8	$7,961,600	$0	$7,992,100
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$568,800	$0	$571,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	4	$5,407,600	$0	$5,428,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$1,288,000	$0	$1,292,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$697,200	$0	$699,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				8	$3,324,900	$0	$3,337,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	8	$3,324,900	$0	$3,337,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				8	$1,910,800	$0	$1,918,100
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	8	$1,910,800	$0	$1,918,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				8	$1,910,800	$0	$1,918,300
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$326,900	$0	$328,200
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$291,500	$0	$292,700
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	4	$899,300	$0	$902,700
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$291,500	$0	$292,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$101,600	$0	$102,000
TOTAL				**8**	**$15,108,100**	**$0**	**$15,166,000**

MES DE JULIO DE 2026

SALARIO MINIMO LEGAL VIGENTE	2.026	$ 1.750.000

CANTIDAD	PERSONAL MINIMO REQUERIDO	NOMBRE DEL TRABAJADOR	DÍAS TRABAJADOS	SUELDO SEGÚN PROPUESTA	PORCENTAJE DE DEDICACIÓN	VALOR MENSUAL DEVENGADO PROPUESTA ECONOMICA	TOTAL IBC SEGURIDAD SOCIAL	SALUD PATRONAL 8,5%	SALUD TRABAJADOR 4%	PENSION PATRONAL 12%	PENSION TRABAJADOR 4%	TOTAL IBC PARAFISCALES	CAJA DE COMPENSACIÓN 4%	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF 3%	SENA 2%	IBC RIESGOS	TARIFA SISTEMA	ARL
1	DIRECTOR DE OBRA	BALLESTAS CARLOS	30	9.500.000	50%	$ 4.750.000,00	$ 9.060.000,00	$ -	$ 362.400,00	$ 1.177.800,00	$ 362.400,00	$ 9.060.000,00	$ 362.400,00	-	-	$ 9.060.000,00	0,0696	$ 630.600,00
1	RESIDENTE DE OBRA	NUÑEZ GUILLERMO	30	7.600.000	100%	$ 7.600.000,00	$ 7.600.000,00	$ -	$ 304.000,00	$ 912.000,00	$ 304.000,00	$ 7.600.000,00	$ 304.000,00	-	-	$ 7.600.000,00	0,0696	$ 529.000,00
1	PROFESIONAL SST	BALLESTAS CLAUDIA	30	5.000.000	100%	$ 5.000.000,00	$ 7.287.000,00	$ -	$ 291.500,00	$ 947.300,00	$ 291.500,00	$ 7.287.000,00	$ 291.500,00	-	-	$ 7.287.000,00	0,0696	$ 507.200,00
1	RESIDENTE AMBIENTAL	CASAS BRAYAN FELIPE	30	4.000.000	100%	$ 4.000.000,00	$ 5.510.000,00	$ -	$ 220.400,00	$ 661.200,00	$ 220.400,00	$ 5.510.000,00	$ 220.400,00	-	-	$ 5.510.000,00	0,0696	$ 383.500,00
1	RESIDENTE DE OBRA	MATEUS GILBERTH	30	5.000.000	100%	$ 5.000.000,00	$ 5.000.000,00	$ -	$ 200.000,00	$ 600.000,00	$ 200.000,00	$ 5.000.000,00	$ 200.000,00	-	-	$ 5.000.000,00	0,0696	$ 348.000,00
1	RESIDENTE DE OBRA	DIAZ LADY LIZETH	19	5.000.000	100%	$ 5.000.000,00	$ 3.650.474,00	$ -	$ 146.000,00	$ 438.100,00	$ 146.000,00	$ 3.650.474,00	$ 146.000,00	-	-	$ 3.650.474,00	0,0696	$ 254.100,00
1	RESIDENTE DE OBRA	CARDOSO ANDRES	30	5.000.000	100%	$ 5.000.000,00	$ 5.000.000,00	$ -	$ 200.000,00	$ 600.000,00	$ 200.000,00	$ 5.000.000,00	$ 200.000,00	-	-	$ 5.000.000,00	0,0696	$ 348.000,00
1	RESIDENTE AMBIENTAL	APONTE MARIBEL	30	4.000.000	100%	$ 4.000.000,00	$ 7.287.000,00	$ -	$ 291.500,00	$ 947.300,00	$ 291.500,00	$ 7.287.000,00	$ 291.500,00	-	-	$ 7.287.000,00	0,0696	$ 507.200,00
1	GESTOR SOCIAL	BOJACA DIANA ESPERANZA	30	3.000.000	100%	$ 3.000.000,00	$ 3.000.000,00	$ -	$ 120.000,00	$ 360.000,00	$ 120.000,00	$ 3.000.000,00	$ 120.000,00	-	-	$ 3.000.000,00	0,0696	$ 208.800,00
1	GESTOR SOCIAL	TUÑON ESTHER	30	3.000.000	100%	$ 3.000.000,00	$ 3.000.000,00	$ -	$ 120.000,00	$ 360.000,00	$ 120.000,00	$ 3.000.000,00	$ 120.000,00	-	-	$ 3.000.000,00	0,0696	$ 208.800,00
1	RESIDENTE SST	GORDILLO ANGELA	30	4.000.000	100%	$ 4.000.000,00	$ 4.000.000,00	$ -	$ 160.000,00	$ 480.000,00	$ 160.000,00	$ 4.000.000,00	$ 160.000,00	-	-	$ 4.000.000,00	0,0696	$ 278.400,00
1	RESIDENTE DE OBRA	HENAO CRISTIAN	30	4.000.000	100%	$ 4.000.000,00	$ 4.000.000,00	$ -	$ 160.000,00	$ 480.000,00	$ 160.000,00	$ 4.000.000,00	$ 160.000,00	-	-	$ 4.000.000,00	0,0696	$ 278.400,00
1	SECRETARIA	DIANA ESTEPA	30	3.000.000	100%	$ 3.000.000,00	$ 3.200.000,00	$ -	$ 128.000,00	$ 384.000,00	$ 128.000,00	$ 3.200.000,00	$ 128.000,00	-	-	$ 3.200.000,00	0,00522	$ 16.800,00
13	TOTAL			62.100.000	100%	57.350.000	67.594.474	0	2.703.800	8.347.700	2.703.800	67.594.474	2.703.800	0	0	67.594.474	1	4.498.800
	TOTALES							$ 2.703.800		$ 11.051.500			$ 2.703.800	$ -	$ -			$ 4.498.800
																		$ 20.957.900

Contrato N° : 140

Nombre del Supervisor:

Firma de Revisión:

Fecha: jul-26

MES DE JULIO 2026

SALARIO MINIMO LEGAL VIGENTE	2.026	$ 1.750.000

CANTIDAD	PERSONAL MINIMO REQUERIDO	Nombre_Completo	DÍAS TRABAJADOS	PORCENTAJE DE DEDICACIÓN	VALOR MENSUAL DEVENGADO PROPUESTA ECONOMICA	VALOR TOTAL DEVENGADO	40% DEL VALOR MENSUAL DEL CONTRATO	IBC SEGURIDAD SOCIAL	TOTAL PENSION 16%	TOTAL SALUD 12;5%	IBC RIESGOS	TARIFA SISTEMA	ARL	TOTAL APORTES
1	ESPECIALISTA PAV Y GEOTECNIA	CARLOS GUTIERREZ	30	50%	6.500.000	3.250.000	1.300.000	5.300.000	0	662.500	5.300.000	0,00522	28.800	691.300
1	TOTAL				$ 6.500.000,00	$ 3.250.000,00	$ 1.300.000,00	$ 5.300.000,00	$ -	$ 662.500,00	$ 5.300.000,00		$ 28.800,00	$ 691.300,00

Contrato N° : 140

Nombre del Supervisor:

Firma de Revisión:

Fecha: jul-26

CERTIFICADO DE PAGOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES LEGALES

GERMAN ANTONIO BALLESTAS BERDEJO, identificado con 19138735, en mi condición de representante legal de **CONSORCIO VICGER 2021**, identificada con NIT 901.902.610-2, bajo la gravedad de juramento, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y al Servicio Nacional de Aprendizaje, (Articulo 65 Ley 1819 de 2016), así como nóminas y honorarios fueron pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir de la fecha de cierre del presente proceso de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

En constancia, se firma en Bogotá, a los 3 días del mes de agosto de 2026.

ING. CARLOS BALLESTAS
C.C. 80.023.146
R.L. CONSORCIO VICGER 2021

Medellín, 29 de June de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO VICGER 2021.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000004 OPERATIVO-CUNDINAMARCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1014279422	CRUZ ARAMBULA WENDY DANIELA	30/06/2026		z2251391	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 29/06/2026 22:54:06 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.49.77, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 15 de June de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO VICGER 2021.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000004 OPERATIVO-CUNDINAMARCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1067912432	RAMOS CORDERO LUIS CARLOS	16/06/2026		23692512	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 15/06/2026 22:38:34 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.48.212, 192.230.104.14, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 21 de June de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO VICGER 2021.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000004 OPERATIVO-CUNDINAMARCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C20761831	ESCAMILLA CRIOLLO ASTRIS	22/06/2026		14124016	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 21/06/2026 21:23:16 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.54.204, 192.230.104.15, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 21 de June de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO VICGER 2021.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000004 OPERATIVO-CUNDINAMARCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1069925161	CORREA PENAGOS JEIMY ALEJANDRA	22/06/2026		47191236	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 21/06/2026 21:27:31 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.54.204, 192.230.104.15, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 29 de June de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO VICGER 2021.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000004 OPERATIVO-CUNDINAMARCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1003523427	RODRIGUEZ SIERRA LUIS FELIPE	30/06/2026		23218981	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 29/06/2026 22:47:45 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.49.77, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 30 de June de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO VICGER 2021.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000004 OPERATIVO-CUNDINAMARCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1069732353	RICO ESCOBAR DUBAN ERNESTO	01/07/2026		135Y096[3]	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 30/06/2026 23:43:41 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.48.68, 192.230.104.18, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 30 de June de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO VICGER 2021.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000004 OPERATIVO-CUNDINAMARCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1069924828	DIAZ TORRES MARIO ALEJANDRO	01/07/2026		x15L42B1	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 30/06/2026 23:46:22 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.48.68, 192.230.104.18, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 30 de June de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO VICGER 2021.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000004 OPERATIVO-CUNDINAMARCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1003568843	REYES GOMEZ WERNEL DANIEL	01/07/2026		248el148	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 30/06/2026 23:50:32 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.48.68, 192.230.104.18, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 04 de July de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO VICGER 2021.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000004 OPERATIVO-CUNDINAMARCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1033792250	VILLALBA ROJAS CARLOS ALBERTO	06/07/2026		24146136	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 04/07/2026 14:34:12 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.15.184, 192.230.104.13, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 20 de July de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO VICGER 2021.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000004 OPERATIVO-CUNDINAMARCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1004037144	PARRADO RUIZ ANGIE LORENA	21/07/2026		25415717	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 20/07/2026 23:07:30 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.52.80, 192.230.104.17, 172.16.42.57

Medellín, 20 de July de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO VICGER 2021.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000004 OPERATIVO-CUNDINAMARCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1078826670	TORRES CASTRO LAURA YULIETH	21/07/2026		15015934	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 20/07/2026 23:24:46 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.52.80, 192.230.104.17, 172.16.42.57

Medellín, 26 de July de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO VICGER 2021.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000004 OPERATIVO-CUNDINAMARCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1026250212	ROMERO RESTREPO ANDREY BERNARDO	27/07/2026		160T2451	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 26/07/2026 23:28:29 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.54.197, 198.143.52.2, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 26 de July de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO VICGER 2021.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000004 OPERATIVO-CUNDINAMARCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1069759419	DAZA CUBILLOS DIEGO ARMANDO	27/07/2026		22531322	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 26/07/2026 23:40:07 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.54.197, 198.143.52.2, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 26 de July de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO VICGER 2021.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000004 OPERATIVO-CUNDINAMARCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C5823225	PEREZ CAPERA ALBEIRO EUCLIDES	27/07/2026		21915916	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 26/07/2026 23:33:03 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.54.197, 198.143.52.2, 172.16.42.57

Medellín, 26 de July de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO VICGER 2021.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000004 OPERATIVO-CUNDINAMARCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1007413305	MONTAÑO MOYA KEBIN ARBEY	27/07/2026		19318916	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 26/07/2026 23:36:14 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.54.197, 198.143.52.2, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 29 de julio 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 DIANA JAZMIN ESTEPA MORA identificado(a) con C52968492 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:C529684922621040894

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.19

Bogotá, Julio 29 de 2026

Señora:
CRUZ ARAMBULA WENDY DANIELA
CC. 1014279422
VRD GALLINAZO JERUSALEN 3112439513 - 8872
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Septiembre 26 de 2022. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
CRUZ ARAMBULA WENDY DANIELA	1014279422	C	Sep-26-2022	0	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
URQUIJO CRUZ JESUS ESLEYDER	1073558795	R	Feb-27-2023	0	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
CRUZ ARAMBULA ITZEL GUADALUPE	1141137084	R	Sep-26-2022	0	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CONSORCIO VICGER O	1014279422	Dependiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total 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. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,
GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Leidy Tatiana Delgado Castillo - Auxiliar de Apoyo Comercial

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, 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

30310554

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

No.Radicación: 436714

FECHA DE RADICACIÓN: 20 06 2026

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea orientativamente 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 [ ]	N0017

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
RAMOS	CORDERO	LUIS	CARLOS

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	11. SEXO BIOLÓGICO	12. SEXO IDENTIFICACIÓN
CC	1067912432	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	CORDOBA	MONTERIA	13 / 10 / 2006

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA	17. CONSEJERO INDÍGENA	18. DISCAPACIDAD	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	19. TIENE ENCUESTA SISBÉN?	20. CLASIFICACIÓN SISBÉN	NIVEL	GRUPO	21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	22. ARL
6		SI [ ] NO [X]		SI [ ] NO [X]					COLPATRIA

23. APP	24. IBC	25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	26. RESIDENCIA	DIRECCIÓN
PORVENIR	$1,750,905.00	$0.00		VDA BELLA VISTA

TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO
	3244242375	luisramocordero@gmail.com	CUNDINAMARCA

MUNICIPIO/ DISTRITO	LOCALIDAD/COMUNA	ZONA	IPS
NILO		CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]	11492

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 DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	30. SEXO BIOLÓGICO	31. SEXO IDENTIFICACIÓN
		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	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO	42. FECHA DE NACIMIENTO
01								
02								
03								
04								
05								

	Datos complementarios del Beneficiario			46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN?		48. CLASIFICACIÓN SISBÉN		49. DISCAPACIDAD		50. DESPLAZADO FORZOSAMENTE		51. Datos de residencia		ZONA			
	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. CONSEJERO INDÍGENA		SI	NO	NIVEL	GRUPO	SI	NO	SI	NO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO				
01																		
02																		
03																		
04																		
05																		

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC (EL AFILIADO APORTARÁ)	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
01							
02							
03							
04							
05							

V. DATOS 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 y grupo de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO VICGER 2021	NIT [X]	901902610	

59. Dirección		60. Teléfono y celular		61. Municipio	62. Departamento
KR 70A 110 10		3002089435	oficinamb516@hotmail.com	DISTRITO CAPITAL	BOGOTA

B. REPORTE DE NOVEDADES

63. 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. DESCRIPCIÓN EPS RETIRADO AL PAR-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. MOVILIZADO
    a) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
    b) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO
    a) MISMO REGIMEN [ ]
    b) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
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

64. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

65. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	66. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	67. SEXO BIOLÓGICO	68. SEXO IDENTIFICACIÓN
		F [ ] M [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

69. FECHA NACIMIENTO	70. EPS ANTERIOR	71. FECHA DE NOVEDAD	72. MOTIVO DE TRASLADO Código	73. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR A PAGARÍA DE PENSIONES
DÍA / MES / AÑO		16 / 06 / 2026		

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 mí.	X
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	X
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. 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.	X
73. Autorización para que la EPS acceda y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.	X
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran.	X
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.	X
76. a). Autorizo mi consentimiento expreso 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 acerca la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE).	
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.	
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.	

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

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

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 [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ] Cantidad: [ ] Total: [ ]

83. Copia del dictamen de invalidez permanente emitido por la autoridad competente.	
84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencias 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 las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.	Total Anexos:

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

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL	Código del Municipio	Código del departamento	93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	Número del documento de identidad	95. FIRMA DEL FUNCIONARIO	96. FECHA DE RADICACIÓN DÍA / MES / AÑO	97. FECHA DE VALIDACIÓN DÍA / MES / AÑO
CC [ ] CE [ ] RC [ ] CD [ ] PT [ ]				

OBSERVACIONES:

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

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

Yo, LUIS CARLOS RAMOS CORDERO identificado (a) con R.C. | T.I. | C.C. | C.E. | CC | S.C. | C.D. | P.E. | P.T.

número 1067912432 de MONTERIA, 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. 3244242375

y/o correo electrónico: luisramocordero@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, Luis Ramos

Firma: _____

Tipo ID: CC No. ID: 1067912432

Fecha de Solicitud: 20/06/2026

Dirección: VDA BELLA VISTA

Tel: 3244242375 Municipio: NILO

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.

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

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA		PRODUCTOR AGROPECUARIO	
	COLPATRIA	PORVENIR	$1750905	SÍ		SÍ	
				NO		NO	

Nivel de Escolaridad								
Ninguno ☐	Secundaria ☐	Normalista ☐	Profesional ☐	Doctorado ☐
Preescolar ☐	Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐	Técnica Profesional ☐	Especialización ☐	Último Grado
Básico Primaria ☐	Media técnica (bachillerato básico) ☐	Tecnológica ☐	Maestría ☐	Aprobado _____

Posición Ocupacional	Patrón/Empleador ☐	Contratista ☐	Trabaja por su Cuenta ☐
Inicio Contrato		Fin Contrato	

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación	NIT	C.C.	C.E.	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV
			P.A.	T.I.	C.D.		

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	
Andrea Jaimes Quintero	N0017		CIUDAD Y FECHA

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 1.067.912.432

Apellidos
RAMOS CORDERO

Nombres
LUIS CARLOS

Nacionalidad
COL

Estatura
1.68

Sexo
M

Fecha de nacimiento
13 OCT 2006

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
MONTERIA (CORDOBA)

Fecha y lugar de expedición
10 DIC 2024, NILO

Firma
Luis Carlos Ramos

Fecha de expiración
10 DIC 2034

.CO

070481020

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL070481020015178<<<<<<<<<<<
0610135M3412101COL1067912432<1
RAMOS<CORDERO<<LUIS<CARLOS<<<<

CERTIFICA

El(La) Señor(a) ASTRIS ESCAMILLA CRIOLLO identificado(a) con CC 20761831 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**01/06/2024**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**SUBSIDIADO-PUESTO DE SALUD NILO**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 28 días del mes de julio del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

CERTIFICA

El(La) Señor(a) CRISTIAN DAVID GUERRERO ESCAMILLA identificado(a) con CC 1069924518 se encuentra afiliado a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de	**01/06/2024**
Estado de la Afiliación:	**CANCELADO**
IPS:	
Categoría:	**SISBEN-1**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 28 días del mes de julio del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Nueva EPS S.A

CERTIFICA

El(La) Señor(a) KAREN TATIANA ESCAMILLA CRIOLLO identificado(a) con TI 1072103334 se encuentra afiliado a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de	**01/06/2024**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**SUBSIDIADO-PUESTO DE SALUD NILO**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 28 días del mes de julio del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

CERTIFICA

El(La) Señor(a) JHOJAN ANDRES LOZANO ESCAMILLA identificado(a) con TI 1069925439 se encuentra afiliado a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de	**01/06/2024**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**SUBSIDIADO-PUESTO DE SALUD NILO**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 28 días del mes de julio del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Nueva EPS S.A

CERTIFICA

El(La) Señor(a) SHAIRA SOFIA LOZANO ESCAMILLA identificado(a) con TI 1069925440 se encuentra afiliado a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de	**01/06/2024**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**SUBSIDIADO-PUESTO DE SALUD NILO**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 28 días del mes de julio del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Nueva EPS S.A

Bogotá, Julio 29 de 2026

Señora:
CORREA PENAGOS JEIMY ALEJANDRA
CC. 1069925161
VRD PRADITO FCA EL EDEN1235 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Agosto 15 de 2018. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
CORREA PENAGOS JEIMY ALEJANDRA	1069925161	C	Ago-15-2018	11	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CONSORCIO VICGER O	1069925161	Dependiente	VIGENTE
DISTRIBUCIONES JARR SAS	1069925161	Dependiente	CERRADO
JEIMY ALEJANDRA CORREA PENAGOS	1069925161	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total 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. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,
GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Leidy Tatiana Delgado Castillo - Auxiliar de Apoyo Comercial

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, 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

CERTIFICA

El(La) Señor(a) LUIS FELIPE RODRIGUEZ SIERRA identificado(a) con CC 1003523427 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**01/06/2026**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**SUBSIDIADO-PUESTO DE SALUD NILO**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 28 días del mes de julio del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9013010045
9013010045

No. de Radicación SAT: 30825588

Fecha de Radicación: 27 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:	SI:	A. Cotizante: X	A. Dependiente: X	
B. Reporte de Novedades: X	- Cotizante o cabeza de familia: X	B. Subsidiado: X	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			
Primer Apellido: RICO	Segundo Apellido: ESCOBAR	Primer Nombre: DUBAN	Segundo Nombre: ERNESTO

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1069732353	Femenino: Masculino: X	F: M: T: NB: Otro: Cual:	

14. Lugar de nacimiento	Pais	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
				03 D 05 M A 1990 A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
SEGUROS 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:	F: M: T: NB: Otro: Cual:	

33. Lugar de nacimiento	Pais	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	Pais	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 SISBEN		48. Clasificación SISBEN		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)
CONSORCIO VICGER DOS MIL	NT	901902610	

59. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
KM 2 5 VIA COTA CHIA VRDA	30056707		CHIA	CUNDINAMARCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	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 01 M 07 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	
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: AUXILIAR ADMINISTRATIVO

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

Versión Especial

Cambio Empleo

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4017174704	2|5|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			
DIAZ Primer apellido	TORRES Segundo apellido	MARIO Primer nombre	ALEJANDRO Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1069924828	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☒ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento:	CUNDINAMARCA	Municipio: NILO	2|3|0|4|1|9|9|1

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

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 23 1 23		3150725090	MARIOALEJANDRODIAZTORRES761@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
CUNDINAMARCA	GIRARDOT	170	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 GRANADA - VS GRANADA	vsgranada - vsgranada
B		-	-
B		-	-
B		-	-

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSORCIO VICGER O	NIT	901902610	01

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
KM 25 VIA COTA CHIA VRD CERCA DE PIEDRA VIA LA	3005670	LICITACIONESGAB2@GMAIL.COM	CUNDINAMARCA	CHIA

No de Radicacion
4017174704

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|1|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

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.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4017174557	2|5|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	2.Tipo afiliacion	3.Regimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	Si ☐ No ☒

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

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
REYES Primer apellido	GOMEZ Segundo apellido	WERNEL Primer nombre	DANIEL Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1003568843	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:		
COLOMBIA	COLOMBIA	CUNDINAMARCA	GIRARDOT		2|5|1|2|2|0|0|2

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

26.Residencia						
Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico	Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna
CR 10 8 90		3152055834	WERNELDANIELREYESGOMEZ@GMAIL.COM	CUNDINAMARCA	GIRARDOT	OCCIDENTE

zona: 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 GRANADA - VS GRANADA	vsgranada - vsgranada
B		-	-
B		-	-
B		-	-

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSORCIO VICGER O	NIT	901902610	01

59.Ubicación				
Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
KM 25 VIA COTA CHIA VRD CERCA DE PIEDRA VIA LA	3005670	LICITACIONESGAB2@GMAIL.COM	CUNDINAMARCA	CHIA

No de Radicacion
4017174557

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|1|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

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
REYES	**GOMEZ**	**WERNEL**	**DANIEL**

No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
1003568843	RC TI **X** CE PA	**2002 12 25**	**X** F	**2026 07 25**

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: WERNEL DANIEL REYES GOMEZ identificado con el documento de identidad: C No. 1003568843, doy mi consentimiento para que Salud Total EPSS envíe al correo electrónico werneldanielreyesgomez@gmail.com la Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño

Firma del afiliado (Cotizante):

Nombres y Apellidos: WERNEL DANIEL REYES GOMEZ
Número de identificación: 1003568843

Fecha de diligenciamiento
2026 25 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: _____1003568843_____

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





Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9013010089
9013010089

No. de Radicación SAT: 30825648

Fecha de Radicación: 27 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:	SI:	A. Cotizante: X	A. Dependiente: X	
B. Reporte de Novedades: X	- Cotizante o cabeza de familia: X	B. Subsidiado: X	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			
VILLALBA	ROJAS	CARLOS	ALBERTO
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	1033792250	Femenino: Masculino: X	F: M: T: NB: Otro: Cual:	

14. Lugar de nacimiento	Pais	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
				05 D 07 M A 1996 A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
SEGUROS 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:	F: M: T: NB: Otro: Cual:	

33. Lugar de nacimiento	Pais	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 SISBEN		48. Clasificación SISBEN		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)
CONSORCIO VICGER DOS MIL	NT	901902610	

59. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
KM 2 5 VIA COTA CHIA VRDA	30056707		CHIA	CUNDINAMARCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	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 06 M 07 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	
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: AUXILIAR ADMINISTRATIVO

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

Versión Especial

Cambio Empleo

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4017174747	2|5|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
PARRADO	RUIZ	ANGIE	LORENA

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1004037144	Femenino ☒ Masculino ☐	F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:		
COLOMBIA	COLOMBIA	CUNDINAMARCA	VIOTA		3|1|0|1|2|0|0|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

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 27 6 85		3142084745	PARRADO836@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
CUNDINAMARCA	GIRARDOT	170	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 GRANADA - VS GRANADA	vsgranada - vsgranada
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSORCIO VICGER O	NIT	901902610	01

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
KM 25 VIA COTA CHIA VRD CERCA DE PIEDRA VIA LA	3005670	LICITACIONESGAB2@GMAIL.COM	CUNDINAMARCA	CHIA

No de Radicacion
4017174747

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|1|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

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.

Bogotá, 28/07/2026

Señor(a)
LAURA YULIETH TORRES CASTRO
C – 1078826670

Referencia: certificado radicación de afiliación
Formulario No.: 4017174735
Fecha Radicación: 07/27/2026

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 CONSORCIO VICGER O N 901902610, 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
LAURA YULIETH TORRES CASTRO	C	08/14/2006	COTIZANTE	F	

Información Afiliación
EPS Anterior: Salud Total S.A. E.P.S.
Posible inicio vigencia afiliación: 08/27/2026 **(sujeto a autorización de traslado)**

Información Laboral
Dirección Empleador: KM 25 VIA COTA CHIA VRD CERCA DE PIEDRA VIA LA
Dirección Laboral: KM 25 VIA COTA CHIA VRD CERCA DE PIEDRA VIA LA
Fondo de Pensiones: 3
Administradora Riesgos Profesionales: SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.
Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 07/21/2026

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) SONIA ESPERANZA GONZALEZ HAMON Código: N769, 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.

30385681

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

No.Radicación: 522640

FECHA DE RADICACIÓN: 29 07 2026

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea orientativamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO: N0017

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: ROMERO | SEGUNDO APELLIDO: RESTREPO | PRIMER NOMBRE: ANDREY | SEGUNDO NOMBRE: BERNARDO

9. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC
10. NÚMERO DE IDENTIDAD: 1026250212
11. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

13. NACIONALIDAD: COLOMBIA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA | DISTRITO CAPITAL | BOGOTA
15. FECHA NACIMIENTO: 29 09 1997

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. CERTIFICADO INDÍGENA:
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] — CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD:
19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBÉN — NIVEL — GRUPO:
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL:
22. ARL: COLPATRIA
23. AFP: PROTECCIÓN
24. IBC: $1,750,905.00
29. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: $0.00
26. RESIDENCIA — DIRECCIÓN: VDA BAJO PALMAR
TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO CELULAR: 3106786137
CORREO ELECTRÓNICO: sandraliliana1726@gmail.com
DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
MUNICIPIO/ DISTRITO: VIOTA
LOCALIDAD/COMUNA:
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS: 2693

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 DOCUMENTO DE IDENTIDAD
29. NÚMERO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: 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	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO	42. FECHA DE NACIMIENTO
01							PAÍS / DEPARTAMENTO / MUNICIPIO	DÍA MES AÑO
02								
03								
04								
05								

	Datos complementarios del Beneficiario: 43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. CERTIFICADO	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN SI	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN NO	47. SISBÉN NIVEL	47. SISBÉN GRUPO	48. DISCAPACIDAD SI	48. DISCAPACIDAD NO	49. CONDICIONES TEMPORALES SI	49. CONDICIONES TEMPORALES NO	51. Datos de residencia: DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA
01															
02															
03															
04															
05															

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC (EL AFILIADO APORTARÁ)	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
01							
02							
03							
04							
05							

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

55. Nombre o razón social: CONSORCIO VICGER 2021
56. Tipo documento de identificación: X
57. Número del documento de identificación: 901902610
58. Dígito de verificación (si registra en la DIAN)
59. Dirección: KR 70A 110 10
Teléfono fijo y/o celular: 3002089435
Correo electrónico: oficinamb516@hotmail.com
Departamento: DISTRITO CAPITAL
Municipio/ Distrito: 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. SUSCRIPCIÓN EPS RETIRADO AL PAÍS / 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. MOVILIZADO [ ]
a) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
b) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO [ ]
a) MISMO REGIMEN [ ]
b) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
Otro [ ]

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: F [ ] M [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: 27 07 2026
67. MOTIVO DE TRASLADO Código:
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR A PAGARÍA DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [X]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [X]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. 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. [X]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la Historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [X]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran. [X]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [X]
76. a). Autorizo mi consentimiento expreso 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 acerca la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE).
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

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

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

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ] Cantidad: Total:
83. Copia del dictamen de invalidez permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencias 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 las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]
Total Anexos:

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

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL — Código del Municipio: | Código del departamento:
93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES
Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre
TIPO 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:

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

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

Yo, ANDREY BERNARDO ROMERO RESTREPO identificado (a) con R.C. | T.I. | C.C. CC | C.E. | S.C. | C.D. | P.E. | P.T.

número 1026250212 de BOGOTA, 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. 3106786137

y/o correo electrónico: sandraliliana1726@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, Andrey Romero

Firma: _____

Tipo ID: CC No. ID: 1026250212

Fecha de Solicitud: 29/07/2026

Dirección: VDA BAJO PALMAR

Tel: 3106786137 Municipio: VIOTA

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.

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

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA		PRODUCTOR AGROPECUARIO	
	COLPATRIA	PROTECCIÓN	$1750905	SÍ		SÍ	
				NO		NO	

Nivel de Escolaridad									
	Ninguno ☐	Secundaria ☐	Normalista ☐	Profesional ☐	Doctorado ☐
	Preescolar ☐	Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐	Técnica Profesional ☐	Especialización ☐	Último Grado
	Básico Primaria ☐	Media técnica (bachillerato básico) ☐	Tecnológica ☐	Maestría ☐	Aprobado _____

Posición Ocupacional	Patrón/Empleador ☐	Contratista ☐	Trabaja por su Cuenta ☐
Inicio Contrato		Fin Contrato	

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación	NIT ☐	C.C. ☐	C.E. ☐	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV
			P.A. ☐	T.I. ☐	C.D. ☐		

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	
Andrea Jaimes Quintero	N0017		CIUDAD Y FECHA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.026.250.212
ROMERO RESTREPO

APELLIDOS
ANDREY BERNARDO

NOMBRES
Andrey Romero R.

FIRMA





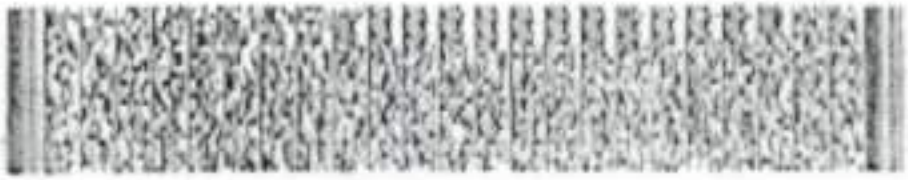
FECHA DE NACIMIENTO 29-SEP-1997
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

04-NOV-2015 SOACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEJANDRO VELA BARON



P-1024700-0126819[illegible]-M-1026250212-20220314 0079279740A 1 [illegible]

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4017195587	2|9|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			
DAZA Primer apellido	CUBILLOS Segundo apellido	DIEGO Primer nombre	ARMANDO Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1069759419	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento: CUNDINAMARCA	Municipio: FUSAGASUGA		0|7|0|1|1|9|9|7

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.	INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL	1750905	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 15 4 19		3204269058	DAZA6383@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
CUNDINAMARCA	VIOTA	170	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	ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VIOTA - ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VIOTA	HFRANVIOTA - HFRANVIOTA
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSORCIO VICGER O	NIT	901902610	01

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
KM 25 VIA COTA CHIA VRD CERCA DE PIEDRA VIA LA	3008625	LICITACIONESGAB2@GMAIL.COM	CUNDINAMARCA	CHIA

No de Radicacion
4017195587

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|7|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

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.

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
DIGSA SUBDIRECCIÓN TÉCNICA Y DE GESTIÓN

EL SUSCRITO COORDINADOR DEL GRUPO DE AFILIACIÓN Y VALIDACIÓN DE DERECHOS

CERTIFICA

Consecutivo: 2160002

Que el (la) señor(a) SLP. ALBEIRO EUCLIDES PEREZ CAPERA identificado(a) con Cédula de ciudadanía 5823225 pertenece al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (EJC) a través de CAJA DE RETIRO DE LAS FUERZAS MILITARES, su estado es Activo y como tal goza de los servicios médicos asistenciales aprobados en el Plan Integral de Salud mediante Acuerdo No. 002 del 27 de abril de 2001.

La presente certificación se expide como constancia de que el (la) mencionado(a) usuario(a) se encuentra ACTIVO en la Base de Datos de afiliados y beneficiarios.

Dada en Bogotá D.C., el día 14 de julio de 2026.

Mayor JEUDIEL ESTEBAN ARAQUE PULIDO
Coordinador Grupo Gestión de la Afiliación
Dirección General de Sanidad Militar

ELABORÓ: PORTALSIS

30385603

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

No.Radicación: 522573

FECHA DE RADICACIÓN: 29 07 2026

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea orientativamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]

2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

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

4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]

5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]

6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

7. CÓDIGO: N0137

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MONTANO	MOYA	KEBIN	ARBEY

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC

10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1007413305

11. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [X]

12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

13. NACIONALIDAD: COLOMBIA

14. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA / CUNDINAMARCA / FUSAGASUGA

15. FECHA NACIMIENTO: 08 01 2001

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6

17. CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD

18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] — CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

19. TIENE ENCUESTA SISBEN?: SI [ ] NO [X]

20. CLASIFICACIÓN SISBEN — NIVEL — GRUPO

21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL

22. ARL: COLPATRIA

23. APP: COLPENSIONES

24. IBC: $1,750,905.00

25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: $0.00

26. RESIDENCIA — DIRECCIÓN: VDA BAJO PALMAR

TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR: 3001395272

CORREO ELECTRÓNICO: santiagomontano283@gmail.com

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO/ DISTRITO: VIOTA

LOCALIDAD/COMUNA

ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]

IPS: 2693

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 DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]

31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

32. NACIONALIDAD — 33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS / DEPARTAMENTO / MUNICIPIO

34. FECHA NACIMIENTO: 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	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO	42. FECHA DE NACIMIENTO
01								
02								
03								
04								
05								

	Datos complementarios del Beneficiario			46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBEN? SI	47. TIENE ENCUESTA SISBEN? NO	47. NIVEL	47. GRUPO	48. DISCAPACIDAD SI	48. DISCAPACIDAD NO	49. CONDICIÓN DE PERMANENCIA SI	49. CONDICIÓN DE PERMANENCIA NO	51. Datos de residencia: DEPARTAMENTO	51. Datos de residencia: MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA
	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. CONDICIÓN												
01															
02															
03															
04															
05															

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC (EL AFILIADO APORTARÁ)	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. GRUPO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
01							
02							
03							
04							
05							

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 y cotizante de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO VICGER 2021	X	901902610	

59. Dirección		60. Teléfono y celular	61. Correo electrónico	62. Departamento	63. Municipio/ Distrito
KR 70A 110 10		3002089435	oficinamb516@hotmail.com	DISTRITO CAPITAL	BOGOTA

B. REPORTE DE NOVEDADES

64. TIPO DE NOVEDAD

1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/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. SUSCRIPCIÓN EPS RETIRADO AL PAÍS / 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. MOVILIZADO: A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO: A) MISMO REGIMEN [ ] B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
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

65. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

66. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]

67. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

68. FECHA NACIMIENTO: DÍA / MES / AÑO

69. EPS ANTERIOR

70. FECHA DE NOVEDAD: 27 07 2026

71. MOTIVO DE TRASLADO Código

72. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

73. 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 mí. [X]
74. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [X]
75. 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. [ ]
76. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [X]
77. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la Historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [X]
78. 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 lo requieran. [X]
79. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [X]
80. a). Autorizo mi consentimiento expreso 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 acerca la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE).
81. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
82. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

84. El cotizante, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

85. El empleador, aportante, entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

86. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ] — Cantidad — Total

87. Copia del dictamen de invalidez permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
88. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
89. 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. [ ]
90. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
91. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
92. 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. [ ]
93. 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. [ ]
94. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
95. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

Total Anexos

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

96. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL — Código del Municipio — Código del departamento — 97. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

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

98. APELLIDOS Y NOMBRES

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC [ ] CE [ ] RC [ ] CD [ ] PT [ ] — Número del documento de identidad

99. FIRMA DEL FUNCIONARIO

100. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA / MES / AÑO

101. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA / MES / AÑO

OBSERVACIONES:

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

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

Yo, KEBIN ARBEY MONTANO MOYA identificado (a) con R.C. | T.I. | C.C. CC | C.E. | S.C. | C.D. | P.E. | P.T.

número 1007413305 de FUSAGASUGA, 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. 3001395272

y/o correo electrónico: santiagomontano283@gmail.com

SÍ☐ No☐

Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SÍ☐ No☐

Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes

Evitando impresiones para ser amigable con el planeta SI ☐ NO ☐

Declaración juramentada de convivencia: Declarar que convivo con el(la) señor(a) _____ Identificado(a) con _____

No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente,

Firma: Kebin Montano

Tipo ID: CC No. ID: 1007413305

Fecha de Solicitud: 29/07/2026

Dirección: VDA BAJO PALMAR

Tel: 3001395272 Municipio: VIOTA

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.

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

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA		PRODUCTOR AGROPECUARIO	
	COLPATRIA	COLPENSIONES	$1750905	SÍ		SÍ	
				NO		NO	

Nivel de Escolaridad									
	Ninguno ☐	Secundaria ☐	Normalista ☐	Profesional ☐	Doctorado ☐
	Preescolar ☐	Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐	Técnica Profesional ☐	Especialización ☐	Último Grado
	Básico Primaria ☐	Media técnica (bachillerato básico) ☐	Tecnológica ☐	Maestría ☐	Aprobado _____

Posición Ocupacional	Patrón/Empleador ☐	Contratista ☐	Trabaja por su Cuenta ☐
Inicio Contrato		Fin Contrato	

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación	NIT	C.C.	C.E.	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV
			P.A.	T.I.	C.D.		

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	
Jeimy Paola Pisco Barreto	N0137		CIUDAD Y FECHA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.007.413.305
MONTAÑO MOYA

APELLIDOS
KEBIN ARBEY

NOMBRES
Kebin Montaño
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 08-ENE-2001
FUSAGASUGA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

21-ENE-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN



Powered by CamScanner

Copia

compensar | salud eps

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

22/06/2026

22 JUN 2026
Cc. 518 Diana Carolina Guevara Caballero
SUJETO A VERIFICACIÓN

A. AFILIACION / B. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION

Estepa | Mora | Diana | Jazmin
CC | 52'968.492
Colombiano | Colombia | Cundinamarca | Bogotá | 14-03-1984

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Arriendo | 3'100.000 | Sura
Cra 74 # 65 B - 14
3008625599 | diana.jazmin.1@gmail.com | Cundinamarca
Bogotá | Soltero

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

V. DATOS LABORALES

Vigilado Supersalud

Auxiliar Contable — 1 Junio

Vigilado Supersalud

2022

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

Consorcio Vicyer 3031.

NIT 901402610-2

Km 1.5 Auto-Ibia Vrd Barcode Piedra Vio Los Abutinos 3005670725

@claudiaajotrocinio16@gmail.com @unidinamarca @hiu.

VI. REPORTE DE NOVEDADES

X

VII. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

01-06-2026.

Compensar

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

X

X

IX. CONSTANCIA DE LA MORA

X. FIRMAS

Jerin E.

XI. ANEXOS

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

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

22/06/2026

Aportado.

22 JUN 2026

SUJETO A VERIFICACIÓN

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersalud

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:

WENDY DANIELA CRUZ ARAMBULA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.014.279.422**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 4 de Julio 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.

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RAMOS CORDERO LUIS CARLOS** identificado(a) con **CC** número **1.067.912.432** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 04 de julio de 2026 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 06 de julio 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**

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:

ASTRIS ESCAMILLA CRIOLLO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **20.761.831**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Junio 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.

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CORREA PENAGOS JEIMY ALEJANDRA** identificado(a) con **CC** número **1.069.925.161** se encuentra afiliado (a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 21 de febrero de 2017 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 22 de junio 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**

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:

LUIS FELIPE RODRIGUEZ SIERRA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.003.523.427**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 4 de Julio 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.

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:

DUBAN ERNESTO RICO ESCOBAR, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.069.732.353**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 4 de Julio 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.

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:

MARIO ALEJANDRO DIAZ TORRES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.069.924.828**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 4 de Julio 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.

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **REYES GOMEZ WERNEL DANIEL** identificado(a) con **CC** número **1.003.568.843** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 04 de julio de 2026 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 04 de julio 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**

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **VILLALBA ROJAS CARLOS ALBERTO** identificado(a) con **CC** número **1.033.792.250** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 30 de octubre de 2014 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 julio 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**

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:

ANGIE LORENA PARRADO RUIZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.004.037.144**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Julio 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.

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **TORRES CASTRO LAURA YULIETH** identificado(a) con **CC** número **1.078.826.670** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 25 de julio de 2026 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 julio 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**

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ROMERO RESTREPO ANDREY BERNARDO** identificado(a) con **CC** número **1.026.250.212** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 15 de julio de 2020 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 27 de julio 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**

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DIEGO ARMANDO DAZA CUBILLOS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1069759419,** se encuentra afiliado/a desde **13/05/2025** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 27 de julio 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

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:

ALBEIRO EUCLIDES PEREZ CAPERA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **5.823.225**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Julio 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.

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MONTAÑO MOYA KEBIN ARBEY** identificado(a) con **CC** número **1.007.413.305** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 24 de noviembre de 2020 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

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

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 09 de agosto 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**

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:

DIANA JAZMIN ESTEPA MORA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **52.968.492**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 4 de Julio 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.

ANEXO 2
EGRESOS



ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

CONTRATO DE OBRA ICCU 140 DE 2025

Descripción: Notificación de riesgos a los cuales van a estar expuestos los trabajadores durante las actividades a realizar en el proyecto

Plan Básico Legal: *Politicas de Seguridad y Salud en el Trabajo y alcohol y drogas* COPASST* brigada de emergencia* afiliaciones al sistema Social Integral* exámenes médicos ocupacionales-ingreso, periódicos, reubicación y egreso

Elementos de protección personal del cargo:
Botas de cuero o caucho con punta de acero, casco de seguridad, Overol , tapa-oídos de inserción

Riesgos existentes:

- ☑ Eléctrico: Electrocución
- ☑ Locativo: Golpes, caídase
- ☑ Seguridad: Accidentes de transito
- ☑ Seguridad: Robos
- ☑ Trabajo en alturas
- ☑ Físico: Ruido
- ☑ Ergonómico: Posturas de pie y/o sentado
- ☑ Psicolaboral: Estrés, cansancio físico
- ☑ Psicolaboral: Gestión
- ☑ Mecánico: Herramientas, maquinaria y equipos

Acciones preventivas:

- Mantenga el orden el área de trabajo.
- No olvide verificar la señalización del área antes de iniciar actividades y cuando termine las mismas.
- No olvide tener en cuenta las normas de seguridad y señales preventivas; así como verificar que sus compañeros o el personal a su cargo las cumpla.
- Consulte con el personal de SST cualquier duda con respecto a las normas y procedimientos de seguridad y salud ocupacional vigentes para realizar las actividades.
- Supervise que el área de trabajo esta ordenada, esto evitara accidentes e incidentes.
- No permita que el personal a su cargo manipule ningún tipo de maquinaria o herramienta si no conoce su funcionamiento.
- Cumplir con todas las normas y procedimientos de Seguridad y Salud en el Trabajo vigentes en la realización de sus actividades.
- Por su seguridad nunca se retire los elementos de protección en su actividad.
- No olvide las rutas de evacuación en caso de emergencia.
- No olvide tomar medidas preventivas cuando haya paso de peatones o tránsito vehicular.
- Se prohíbe fumar dentro de las instalaciones
- No olvide utilizar adecuadamente los elementos de protección personal.
- Reporte oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
- Tome las medidas de seguridad personales correspondientes.
- **Recuerde que tiene derecho a examen de retiro.**

Nombre: CRISTIAN CAMILO MORALES
CC. 1069763750
Firma:

Cristian Camilo Morales

Powered by CamScanner



ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

CONTRATO DE OBRA ICCU 140 DE 2025

Descripción: Notificación de riesgos a los cuales van a estar expuestos los trabajadores durante las actividades a realizar en el proyecto

Plan Básico Legal: *Políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo y alcohol y drogas* COPASST* brigada de emergencia* afiliaciones al sistema Social Integral* exámenes médicos ocupacionales-ingreso, periódicos, reubicación y egreso

Elementos de protección personal del cargo:
Botas de cuero o caucho con punta de acero, casco de seguridad. Overol , tapa-oídos de inserción

Riesgos existentes:

- ☑ Eléctrico: Electrocución
- ☑ Locativo: Golpes, caídas.
- ☑ Seguridad: Accidentes de transito
- ☑ Seguridad: Robos
- ☑ Físico: Ruido
- ☑ Ergonómico: Posturas de pie y/o sentado
- ☑ Psicolaboral: Estrés, cansancio físico
- ☑ Psicolaboral: Gestión
- ☑ Mecánico: Herramientas, maquinaria y equipos

Acciones preventivas:

- Mantenga el orden el área de trabajo.
- No olvide verificar la señalización del área antes de iniciar actividades y cuando termine las mismas.
- No olvide tener en cuenta las normas de seguridad y señales preventivas, así como verificar que sus compañeros o el personal a su cargo las cumpla.
- Consulte con el personal de SST cualquier duda con respecto a las normas y procedimientos de seguridad y salud ocupacional vigentes para realizar las actividades.
- Supervise que el área de trabajo esta ordenada, esto evitara accidentes e incidentes.
- No permita que el personal a su cargo manipule ningún tipo de maquinaria o herramienta si no conoce su funcionamiento.
- Cumplir con todas las normas y procedimientos de Seguridad y Salud en el Trabajo vigentes en la realización de sus actividades.
- Por su seguridad nunca se retire los elementos de protección en su actividad.
- No olvide las rutas de evacuación en caso de emergencia.
- No olvide tomar medidas preventivas cuando haya paso de peatones o tránsito vehicular.
- Se prohíbe fumar dentro de las instalaciones
- No olvide utilizar adecuadamente los elementos de protección personal.
- Reporte oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
- Tome las medidas de seguridad personales correspondientes.
- **Recuerde que tiene derecho a examen de retiro.**

Nombre LADY LIZETH DIAZ AVILA
CC. 1.052.402.293
Firma:

Powered by CamScanner

CONSORCIO VICGER 2021 *LIQUIDACION DE PRESTACIONES SOCIALES*							
Cédula del Trabajador							1069763750
Nombre del Trabajador							CRISTHIAN CAMILO MORALES MORENO
Cargo Desempeñado							AYUDANTE DE OBRA
Motivo del retiro							**TERMINACIÓN DEL CONTRATO**
Salario del trabajador						$	1.750.905
Auxilio de transporte si tiene derecho a él						$	249.095
Promedio Horas Extras						$	-
Bonos no salariales						$	-
Salario Base Liquidación						**$**	**2.000.000**
Fecha de Ingreso						**5/05/2026**	
Fecha de Retiro						**30/06/2026**	
Total días Laborados							56
Días de Licencia No Remunerada LNR							0
Días Disfrutados de Vacaciones							0
Neto días Laborados							56
LIQUIDACION PRESTACIONES SOCIALES							
Concepto	**Base**	**Desde**	**Hasta**	**Días liquidados**	**Días Disfrutados**	**Valor**	
Cesantias	$ 2.000.000	5/05/2026	30/06/2026	56		$	311.111
Intereses Cesantías	311.111	5/05/2026	30/06/2026	56		$	5.807
Vacaciones	$ 1.750.905	5/05/2026	30/06/2026	2,33	0	$	135.987
Total Devengos Prestaciones Sociales 2026						**$**	**452.905**
SALARIOS PENDIENTES							
Concepto	**Base**	**Desde**	**Hasta**	**Días liquidados**	**Días Disfrutados**	**Valor**	
Salarios Pendientes	$ -					$	-
HED	$ -					$	-
HEN	$ -					$	-
HEDF	$ -					$	-
Otros Ingresos BNS	$ -					$	-
Total Salarios pendientes						**$**	**-**
DESCUENTOS/DEDUCCIONES							
Salud 4%						$	-
Pensión 4%						$	-
Fondo Solidaridad P						$	-
Retención en la Fuente						$	-
Descuentos Libranza						$	-
Otros Descuentos						$	-
Total Deducciones de Ley						**$**	**-**
VALOR TOTAL A PAGAR						**$**	**452.905**

Se hace constar expresamente lo siguiente:

1. Que el patrono ha incorporado en la anterior liquidación, en lo pertinente, la totalidad de los valores correspondientes a salarios, horas extras, recargos nocturnos, descansos remunerados, cesantías, vacaciones, auxilio por enfermedad, accidentes de trabajo, primas, calzado y overoles y en general todo concepto relacionado con salarios, prestaciones o indemnizaciones que tenga por causa de su labor.

2. Que no obstante la anterior declaración, se hace constar por las partes que con el pago de la suma de dinero a que hace referencia la presente liquidación, que transada cualquier diferencia relativa al contrato que ha terminado, pues ha sido su común animo transar definitivamente como en efecto se transa, todo reclamo pasado, presente o futuro que tenga por causa del mencionado contrato. Por consiguiente, esta transacción tiene como efecto la extinción de las obligaciones provenientes de la relación de existió entre el patrono y el trabajador quienes recíprocamente se declaran en paz y salvo por los conceptos expresados, excepto en cuanto de derechos ciertos e indiscutibles del trabajador que, por cualquier circunstancia, estén pendientes de reconocimiento o pago (Art. 15, C.S.T.)

EL EMPLEADOR:

CONSORCIO VICGER 2021

EL TRABAJADOR

CRISTHIAN CAMILO MORALES MORENO

CC 1069763750

CONSORCIO VICGER 2021 *LIQUIDACION DE PRESTACIONES SOCIALES*							
Cédula del Trabajador							1052402293
Nombre del Trabajador						LADY LIZETH DIAZ AVILA	
Cargo Desempeñado						RESIDENTE TECNICO	
Motivo del retiro						**RENUNCIA**	
Salario del trabajador						$	5.000.000
Auxilio de transporte si tiene derecho a él						$	-
Promedio Horas Extras						$	161.269
Bonos de éxito						$	1.000.000
Salario Base Liquidación						**$**	**6.161.269**
Fecha de Ingreso						**11/05/2026**	
Fecha de Retiro						**21/07/2026**	
Total días Laborados							71
Días de Licencia No Remunerada LNR							0
Días Disfrutados de Vacaciones							0
Neto días Laborados							71
LIQUIDACION PRESTACIONES SOCIALES							
Concepto	**Base**	**Desde**	**Hasta**	**Días liquidados**	**Días Disfrutados**	**Valor**	
Cesantias	$ 5.161.269	11/05/2026	21/07/2026	71		$	1.017.917
Intereses Cesantías	1.017.917	11/05/2026	21/07/2026	71		$	24.091
Prima	$ 5.161.269	1/07/2026	21/07/2026	21		$	301.074
Vacaciones	$ 5.161.269	11/05/2026	21/07/2026	2,96	0	$	509.245
Total Devengos Prestaciones Sociales 2026						**$**	**1.852.327**
SALARIOS PENDIENTES							
Concepto	**Base**	**Desde**	**Hasta**	**Días liquidados**	**Días Disfrutados**	**Valor**	
Salarios Pendientes	$ 5.000.000	1/07/2026	21/07/2026	21		$	3.500.000
HEDiurnas	$ 5.000.000			1		$	28.409
HENocturnas	$ 5.000.000			11,45		$	455.398
HEDFestivas	$ -					$	-
Otros Ingresos BNS	$ 1.000.000	1/07/2026	21/07/2026	21		$	700.000
Total Salarios pendientes						**$**	**4.683.807**
DESCUENTOS/DEDUCCIONES							
Salud 4%						$	159.352
Pensión 4%						$	159.352
Fondo Solidaridad P						$	-
Retención en la Fuente						$	-
Descuentos Libranza						$	-
Otros Descuentos	VIATICOS CONSIGNADOS					$	100.000
Total Deducciones de Ley						**$**	**418.705**
VALOR TOTAL A PAGAR						**$**	**6.117.429**

Se hace constar expresamente lo siguiente:

1. Que el patrono ha incorporado en la anterior liquidación, en lo pertinente, la totalidad de los valores correspondientes a salarios, horas extras, recargos nocturnos, descansos remunerados, cesantías, vacaciones, auxilio por enfermedad, accidentes de trabajo, primas, calzado y overoles y en general todo concepto relacionado con salarios, prestaciones o indemnizaciones que tenga por causa de su labor.

2. Que no obstante la anterior declaración, se hace constar por las partes que con el pago de la suma de dinero a que hace referencia la presente liquidación, que transada cualquier diferencia relativa al contrato que ha terminado, pues ha sido su común animo transar definitivamente como en efecto se transa, todo reclamo pasado, presente o futuro que tenga por causa del mencionado contrato. Por consiguiente, esta transacción tiene como efecto la extinción de las obligaciones provenientes de la relación de existió entre el patrono y el trabajador quienes recíprocamente se declaran en paz y salvo por los conceptos expresados, excepto en cuanto de derechos ciertos e indiscutibles del trabajador que, por cualquier circunstancia, estén pendientes de reconocimiento o pago (Art. 15, C.S.T.)

EL EMPLEADOR:

CONSORCIO VICGER 2021

EL TRABAJADOR

LADY LIZETH DIAZ AVILA

CC 1052402293

ANEXO 3
INDUCCIONES

REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

LUGAR Y FECHA: 21 DE JULIO DE 2026 - JERUSALEN

CAPACITADOR: ANGELA GORDILLO GÓMEZ

EMPRESA: CONSORCIO VICGER 2021

TEMA ESPECIFICO: INDUCCION SGSS, SGSST, NOTIFICACION DE RIESGOS,COPASST , CCL POLITICAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, POLITICA DE ALCOHOL Y DROGAS, REGLAMENTO DE HIGIENE, REPORTE ACCIDENTE DE TRABAJO PLAN DE EMERGENCIAS, NOTIFICACION DERECHO EXAMEN DE EGRESO

HORA DE INICIO: 4:00PM HORA TERMINACION: 4:50PM

TIPO

INDUCCIÓN [X] CAPACITACION [ ]

CHARLA INFORMATIVA [ ] ENTRENAMIENTO [ ]

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Carlos Alberto	1033792250	Ayudante	Carlos
Wendy Daniela Cruz	1014779477	Ayudante	Wendy Cruz

REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

LUGAR Y FECHA: NILO -

CAPACITADOR: ANELLA VICTORIA CORDILLO GOMEZ

EMPRESA: CONSORCIO VICGER 2021

TEMA ESPECIFICO: INDUCCION SGSS, SGSST, NOTIFICACION DE RIESGOS,COPASST , CCL,POLITICAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, POLITICA DE ALCOHOL Y DROGAS, REGLAMENTO DE HIGIENE, REPORTE ACCIDENTE DE TRABAJO, PLAN DE EMERGENCIAS, NOTIFICACION DERECHO EXAMEN DE EGRESO

HORA DE INICIO: 7:00 AM HORA TERMINACION: 8:00 AM

TIPO

INDUCCIÓN	X	CAPACITACION	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Adris Escamilla	20761831	Controladora	Adris E
Luis Felipe Rodriguez	1003523427	Ayudante	Luis Felipe R.
Duvan Ricoterchi	1069732353	Ayudante	Duvan
Luis carlos Ramos	1067912432	Ayudante	Luis Ramos
Mario Pinaloza	1069924829	Ayudante	
Jeimy Correa	1069925161	Controladora	Jeimy Correa.
Wilmer Reyes	1003568943	Ayudante	Daniel reyes

FRENTE VIDA

REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

LUGAR Y FECHA: 28 DE JULIO DE 2026

CAPACITADOR: ANGELA VICTORIA CORDILLO GOMEZ

EMPRESA: CONSORCIO VICGER 2021

TEMA ESPECIFICO: INDUCCION SGSS, SGSST, NOTIFICACION DE RIESGOS,COPASST , CCL POLITICAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, POLITICA DE ALCOHOL Y DROGAS, REGLAMENTO DE HIGIENE, REPORTE ACCIDENTE DE TRABAJO, PLAN DE EMERGENCIAS, NOTIFICACION DERECHO EXAMEN DE EGRESO

HORA DE INICIO: 7:00 AM HORA TERMINACION: 8:00AM

TIPO

INDUCCIÓN	X	CAPACITACION	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Andrey Romero	1026250212	Ayudante	Andrey R.
Kebin Montaño	1007413303	Ayudante	Kebin M.
Laura Torres	1078826670	Controladora	Laura Torres
Elena Parrado	1004037744	Controladora	
ALBEIRO PEREZ	5823225	Ayudante	
D. [illegible]	1061757419	AYUDANTE	

REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

LUGAR Y FECHA: JULIO DE 2026

CAPACITADOR: CLAUDIA PATRICIA BALLESTAS

EMPRESA: CONSORCIO VICGER 2021

TEMA ESPECIFICO: INDUCCION SGSS, SGSST, NOTIFICACION DE RIESGOS,COPASST , CCL,POLITICAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, POLITICA DE ALCOHOL Y DROGAS, REGLAMENTO DE HIGIENE, REPORTE ACCIDENTE DE TRABAJO, PLAN DE EMERGENCIAS, NOTIFICACION DERECHO EXAMEN DE EGRESO

HORA DE INICIO: 8:00 AM HORA TERMINACION: 9:00 AM

TIPO

INDUCCIÓN [X] CAPACITACION [ ]

CHARLA INFORMATIVA [ ] ENTRENAMIENTO [ ]

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
DIANA ESTEPA	52.968.492	SECRETARIA	Diana E.

EVALUACION INDUCCION

SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA

Son Politicas de la empresa:

1. Seguridad y salud en el Trabajo	
2. Cero tolerancia al consumo de alcohol y drogas	
3. Politica de convivencia y acoso laboral	
4. Todas las anteriores	X

Un Accidente de trabajo

1. Es el que ocurre por causa o en ocasión del trabajo	X
2. ocurre cuando estoy jugando con mis amigos fútbol	

En mi trabajo estoy expuesto a

1. Ruido	
2. Golpes, caídas	
3. Posturas prolongadas de pie	
4. Exposición al sol y cambios de temperatura	
5. todas las anteriores	X

Es mi responsabilidad

1. Uso Elementos de protección personal	
2. Reportar los accidentes de trabajo	
3. Cumplir con las normas de seguridad de la obra	
4. Asistir a capacitaciones	
5. Todas las anteriores	X

TRABAJADOR ALBEIRO PEREZ

5028225

EVALUACION INDUCCION

SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA

Son Politicas de la empresa:

1. Seguridad y salud en el Trabajo
2. Cero tolerancia al consumo de alcohol y drogas
3. Politica de convivencia y acoso laboral
4. Todas las anteriores

[ ]
[ ]
[ ]
[X]

Un Accidente de trabajo

1. Es el que ocurre por causa o en ocasión del trabajo
2. ocurre cuando estoy jugando con mis amigos fútbol

[X]
[ ]

En mi trabajo estoy expuesto a

1. Ruido
2. Golpes, caídas
3. Posturas prolongadas de pie
4. Exposición al sol y cambios de temperatura
5. todas las anteriores

[ ]
[ ]
[ ]
[ ]
[X]

Es mi responsabilidad

1. Uso Elementos de protección personal
2. Reportar los accidentes de trabajo
3. Cumplir con las normas de seguridad de la obra
4. Asistir a capacitaciones
5. Todas las anteriores

[ ]
[ ]
[ ]
[ ]
[X]

TRABAJADOR LAURA YULIETH TORRES

1078826670

Laura yulieth Torres

1078826670

EVALUACION INDUCCION

SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA

Son Politicas de la empresa:

1. Seguridad y salud en el Trabajo
2. Cero tolerancia al consumo de alcohol y drogas
3. Politica de convivencia y acoso laboral
4. Todas las anteriores [X]

Un Accidente de trabajo

1. Es el que ocurre por causa o en ocasión del trabajo [X]
2. ocurre cuando estoy jugando con mis amigos fútbol [ ]

En mi trabajo estoy expuesto a

1. Ruido [ ]
2. Golpes, caídas [ ]
3. Posturas prolongadas de pie [ ]
4. Exposición al sol y cambios de temperatura [ ]
5. todas las anteriores [X]

Es mi responsabilidad

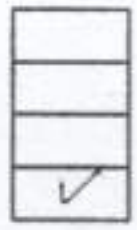
1. Uso Elementos de protección personal [ ]
2. Reportar los accidentes de trabajo [ ]
3. Cumplir con las normas de seguridad de la obra [ ]
4. Asistir a capacitaciones [ ]
5. Todas las anteriores [X]

TRABAJADOR Wendy Daniela Cruz
1014279427

EVALUACION INDUCCION

SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA

Son Politicas de la empresa:
1. Seguridad y salud en el Trabajo
2. Cero tolerancia al consumo de alcohol y drogas
3. Politica de convivencia y acoso laboral
4. Todas las anteriores



OK

Un Accidente de trabajo
1. Es el que ocurre por causa o en ocasión del trabajo
2. ocurre cuando estoy jugando con mis amigos fútbol



OK

En mi trabajo estoy expuesto a
1. Ruido
2. Golpes, caídas
3. Posturas prolongadas de pie
4. Exposición al sol y cambios de temperatura
5. todas las anteriores



OK

Es mi responsabilidad
1. Uso Elementos de protección personal
2. Reportar los accidentes de trabajo
3. Cumplir con las normas de seguridad de la obra
4. Asistir a capacitaciones
5. Todas las anteriores



OK

TRABAJADOR

Mario Alejandro Diaz Torres

C.C 1069474828

EVALUACION INDUCCION

SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA

Son Politicas de la empresa:
1. Seguridad y salud en el Trabajo
2. Cero tolerancia al consumo de alcohol y drogas
3. Politica de convivencia y acoso laboral
4. Todas las anteriores

Un Accidente de trabajo
1. Es el que ocurre por causa o en ocasión del trabajo
2. ocurre cuando estoy jugando con mis amigos fútbol

En mi trabajo estoy expuesto a
1. Ruido
2. Golpes, caídas
3. Posturas prolongadas de pie
4. Exposición al sol y cambios de temperatura
5. todas las anteriores

Es mi responsabilidad
1. Uso Elementos de protección personal
2. Reportar los accidentes de trabajo
3. Cumplir con las normas de seguridad de la obra
4. Asistir a capacitaciones
5. Todas las anteriores

TRABAJADOR

Jocelin E.
cc. 521968.492

EVALUACION INDUCCION

SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA

Son Politicas de la empresa:

1. Seguridad y salud en el Trabajo
2. Cero tolerancia al consumo de alcohol y drogas
3. Politica de convivencia y acoso laboral
4. Todas las anteriores [X]

Un Accidente de trabajo

1. Es el que ocurre por causa o en ocasión del trabajo [X]
2. ocurre cuando estoy jugando con mis amigos fútbol [ ]

En mi trabajo estoy expuesto a

1. Ruido [ ]
2. Golpes, caídas [ ]
3. Posturas prolongadas de pie [ ]
4. Exposición al sol y cambios de temperatura [ ]
5. todas las anteriores [X]

Es mi responsabilidad

1. Uso Elementos de protección personal [ ]
2. Reportar los accidentes de trabajo [ ]
3. Cumplir con las normas de seguridad de la obra [ ]
4. Asistir a capacitaciones [ ]
5. Todas las anteriores [X]

TRABAJADOR

Andrey Bernardo Romero Restrepo

1026250212

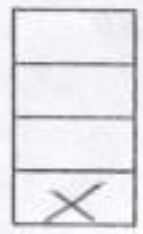
Andrey R.

EVALUACION INDUCCION

SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA

Son Politicas de la empresa:

1. Seguridad y salud en el Trabajo
2. Cero tolerancia al consumo de alcohol y drogas
3. Politica de convivencia y acoso laboral
4. Todas las anteriores



Un Accidente de trabajo

1. Es el que ocurre por causa o en ocasión del trabajo
2. ocurre cuando estoy jugando con mis amigos fútbol



En mi trabajo estoy expuesto a

1. Ruido
2. Golpes, caídas
3. Posturas prolongadas de pie
4. Exposición al sol y cambios de temperatura
5. todas las anteriores



Es mi responsabilidad

1. Uso Elementos de protección personal
2. Reportar los accidentes de trabajo
3. Cumplir con las normas de seguridad de la obra
4. Asistir a capacitaciones
5. Todas las anteriores



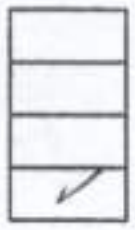
TRABAJADOR Angie Lorena Parrado

1004037144

EVALUACION INDUCCION

SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA

Son Politicas de la empresa:
1. Seguridad y salud en el Trabajo
2. Cero tolerancia al consumo de alcohol y drogas
3. Politica de convivencia y acoso laboral
4. Todas las anteriores



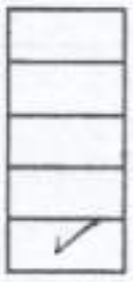
Un Accidente de trabajo
1. Es el que ocurre por causa o en ocasión del trabajo
2. ocurre cuando estoy jugando con mis amigos fútbol



En mi trabajo estoy expuesto a
1. Ruido
2. Golpes, caídas
3. Posturas prolongadas de pie
4. Exposición al sol y cambios de temperatura
5. todas las anteriores



Es mi responsabilidad
1. Uso Elementos de protección personal
2. Reportar los accidentes de trabajo
3. Cumplir con las normas de seguridad de la obra
4. Asistir a capacitaciones
5. Todas las anteriores



TRABAJADOR Daniel Reyes Gomes - 1003568843

EVALUACION INDUCCION

SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA

Son Politicas de la empresa:

1. Seguridad y salud en el Trabajo
2. Cero tolerancia al consumo de alcohol y drogas
3. Politica de convivencia y acoso laboral
4. Todas las anteriores [X]

Un Accidente de trabajo

1. Es el que ocurre por causa o en ocasión del trabajo [X]
2. ocurre cuando estoy jugando con mis amigos fútbol

En mi trabajo estoy expuesto a

1. Ruido
2. Golpes, caídas
3. Posturas prolongadas de pie
4. Exposición al sol y cambios de temperatura
5. todas las anteriores [X]

Es mi responsabilidad

1. Uso Elementos de protección personal
2. Reportar los accidentes de trabajo
3. Cumplir con las normas de seguridad de la obra
4. Asistir a capacitaciones
5. Todas las anteriores [X]

TRABAJADOR

Kobin Montaño

Kobin Abey montaño moya

1001415305

EVALUACION INDUCCION

SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA

Son Politicas de la empresa:

1. Seguridad y salud en el Trabajo
2. Cero tolerancia al consumo de alcohol y drogas
3. Politica de convivencia y acoso laboral
4. Todas las anteriores ✓

Un Accidente de trabajo

1. Es el que ocurre por causa o en ocasión del trabajo ✓
2. ocurre cuando estoy jugando con mis amigos fútbol

En mi trabajo estoy expuesto a

1. Ruido
2. Golpes, caídas
3. Posturas prolongadas de pie
4. Exposición al sol y cambios de temperatura
5. todas las anteriores ✓

Es mi responsabilidad

1. Uso Elementos de protección personal
2. Reportar los accidentes de trabajo
3. Cumplir con las normas de seguridad de la obra
4. Asistir a capacitaciones
5. Todas las anteriores ✓

TRABAJADOR Audre
20761831

EVALUACION INDUCCION

LE LA RESPUESTA CORRECTA

n Politicas de la empresa:
1. Seguridad y salud en el Trabajo
2. Cero tolerancia al consumo de alcohol y drogas
3. Politica de convivencia y acoso laboral
4. Todas las anteriores



ok

Un Accidente de trabajo
1. Es el que ocurre por causa o en ocasión del trabajo
2. ocurre cuando estoy jugando con mis amigos fútbol



ok

En mi trabajo estoy expuesto a
1. Ruido
2. Golpes, caídas
3. Posturas prolongadas de pie
4. Exposición al sol y cambios de temperatura
5. todas las anteriores



ok

Es mi responsabilidad
1. Uso Elementos de protección personal
2. Reportar los accidentes de trabajo
3. Cumplir con las normas de seguridad de la obra
4. Asistir a capacitaciones
5. Todas las anteriores



ok

TRABAJADOR

Duvan Rico Escobar

1069732353

EVALUACION INDUCCION

SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA

Son Politicas de la empresa:

1. Seguridad y salud en el Trabajo
2. Cero tolerancia al consumo de alcohol y drogas
3. Politica de convivencia y acoso laboral
4. Todas las anteriores ✓

Un Accidente de trabajo

1. Es el que ocurre por causa o en ocasión del trabajo ✓
2. ocurre cuando estoy jugando con mis amigos fútbol

En mi trabajo estoy expuesto a

1. Ruido
2. Golpes, caídas
3. Posturas prolongadas de pie
4. Exposición al sol y cambios de temperatura
5. todas las anteriores ✓

Es mi responsabilidad

1. Uso Elementos de protección personal
2. Reportar los accidentes de trabajo
3. Cumplir con las normas de seguridad de la obra
4. Asistir a capacitaciones
5. Todas las anteriores ✓

TRABAJADOR

Luis Felipe Rodriguez S.
1003523427

EVALUACION INDUCCION

SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA

Son Politicas de la empresa:

1. Seguridad y salud en el Trabajo
2. Cero tolerancia al consumo de alcohol y drogas
3. Politica de convivencia y acoso laboral
4. Todas las anteriores ✓

Un Accidente de trabajo

1. Es el que ocurre por causa o en ocasión del trabajo ✓
2. ocurre cuando estoy jugando con mis amigos fútbol

En mi trabajo estoy expuesto a

1. Ruido
2. Golpes, caídas
3. Posturas prolongadas de pie
4. Exposición al sol y cambios de temperatura
5. todas las anteriores ✓

Es mi responsabilidad

1. Uso Elementos de protección personal
2. Reportar los accidentes de trabajo
3. Cumplir con las normas de seguridad de la obra
4. Asistir a capacitaciones
5. Todas las anteriores ✓

TRABAJADOR

Jeimy Alejandra Correa

Jeimy Correa. P.

1069925161

EVALUACION INDUCCION

SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA

Son Politicas de la empresa:

1. Seguridad y salud en el Trabajo
2. Cero tolerancia al consumo de alcohol y drogas
3. Politica de convivencia y acoso laboral
4. Todas las anteriores

✓

Un Accidente de trabajo

1. Es el que ocurre por causa o en ocasión del trabajo
2. ocurre cuando estoy jugando con mis amigos fútbol

✓

En mi trabajo estoy expuesto a

1. Ruido
2. Golpes, caídas
3. Posturas prolongadas de pie
4. Exposición al sol y cambios de temperatura
5. todas las anteriores

✓

Es mi responsabilidad

1. Uso Elementos de protección personal
2. Reportar los accidentes de trabajo
3. Cumplir con las normas de seguridad de la obra
4. Asistir a capacitaciones
5. Todas las anteriores

✓

TRABAJADOR Luis carlos Ramos cordero
1067 912 432

EVALUACION INDUCCION

SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA

Son Politicas de la empresa:

1. Seguridad y salud en el Trabajo
2. Cero tolerancia al consumo de alcohol y drogas
3. Politica de convivencia y acoso laboral
4. Todas las anteriores ✓

Un Accidente de trabajo

1. Es el que ocurre por causa o en ocasión del trabajo ✓
2. ocurre cuando estoy jugando con mis amigos fútbol

En mi trabajo estoy expuesto a

1. Ruido
2. Golpes, caídas
3. Posturas prolongadas de pie
4. Exposición al sol y cambios de temperatura
5. todas las anteriores ✓

Es mi responsabilidad

1. Uso Elementos de protección personal
2. Reportar los accidentes de trabajo
3. Cumplir con las normas de seguridad de la obra
4. Asistir a capacitaciones
5. Todas las anteriores ✓

TRABAJADOR Carlos Alberto Villalba Rojas

ANEXO 4
EXAMENES MEDICOS

Assomet Asesores
En Seguridad y Salud en el Trabajo

CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2026-06-25

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	CONSORCIO VICGER 2021	Actividad económica:	Servicios
Nombre:	WENDY DANIELA CRUZ ARAMBULA	Documento:	CC 1014279422
Fecha de nacimiento:	1996-07-18	Lugar de nacimiento:	JERUSALEN (CUNDINAMARCA)
Edad:	29 años	Identidad de Género:	Femenino
Estado civil:	Soltero	No. hijos vivos:	2
Dirección actual:	BARRIO EL COMERCIO	Municipio:	JERUSALEN
Teléfono:	3227926972	Escolaridad:	Secundaria_completa
Ocupación:	Auxiliar de tráfico- BOAL	EPS:	SALUD TOTAL EPS
AFP:	NO SABE	ARL:	NO SABE
RH:	A+		
Responsable**:	ISNEIDY URQUIJO (ESPOSO)	Teléfono:	3112439513
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría:	Su capacidad visual es adecuada para la ocupación
Audiometría:	Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación
Espirometría computarizada:	Su capacidad respiratoria es adecuada para la ocupación.

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a WENDY DANIELA CRUZ ARAMBULA con documento de identificación No. 1014279422 se considera No presenta restricciones para desempeñar la ocupación de Auxiliar de tráfico- BOAL del sector económico Servicios

RECOMENDACIONES MEDICAS Y TERAPEUTICAS (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

No se generan recomendaciones médicas

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

OBSERVACIONES FINALES

CLASIFICACIóN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR: De acuerdo con la información disponible y el examen realizado, se clasifica como NO CASO.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

Margelys Rodríguez Granados
CC 39049991 de Santa Marta
Médico Cirujano
Universidad Metropolitana de Barranquilla
Especialista en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo
Fundación U

Firma para identificación de usuario
WENDY DANIELA CRUZ ARAMBULA
Documento: 1014279422

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES MéDICOS: La Resolución 1843 de 2025 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MéDICO correspondiente del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1843 de 2025 el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Impreso por: angelly.ortiz
Fecha: 2026-06-25 Hora: 14:32

Assomet Asesores
En Seguridad y Salud en el Trabajo

CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2026-06-10

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	CONSORCIO VICGER 2021	Actividad económica:	Servicios
Nombre:	LUIS CARLOS RAMOS CORDERO	Documento:	CC 1067912432
Fecha de nacimiento:	2006-10-13	Lugar de nacimiento:	MONTERIA (CORDOBA)
Edad:	19 años	Identidad de Género:	Masculino
Estado civil:	Union_libre	No. hijos vivos:	1
Dirección actual:	VEREDA BELLA VISTA	Municipio:	NILO
Teléfono:	3244242375	Escolaridad:	Primaria_completa
Ocupación:	AYUDANTE OBRA	EPS:	NUEVA EPS
AFP:	NO SABE	ARL:	NO SABE
RH:	A+		
Responsable**:	LUIS RAMOS (PADRE)	Teléfono:	3244240566
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría:	Su capacidad visual es adecuada para la ocupación
Audiometría:	Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación
Espirometría computarizada:	Su capacidad respiratoria es adecuada para la ocupación.

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a LUIS CARLOS RAMOS CORDERO con documento de identificación No. 1067912432 se considera No presenta restricciones para desempeñar la ocupación de AYUDANTE OBRA del sector económico Servicios

RECOMENDACIONES MEDICAS Y TERAPEUTICAS (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

No se generan recomendaciones médicas

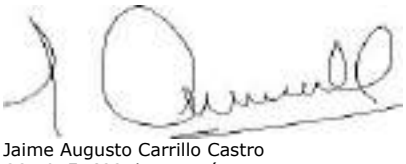
CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

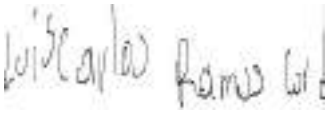
OBSERVACIONES FINALES

CLASIFICACIóN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR: De acuerdo con la información disponible y el examen realizado, se clasifica como NO CASO.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.



Jaime Augusto Carrillo Castro
CC 19454633 de Bogotá
Médico Cirujano
Escuela de Medicina Juan N. Corpas
Especialista en Salud Ocupacional
Universidad el Bosque
RES. 0574 del 22 de Oct



Firma para identificación de usuario
LUIS CARLOS RAMOS CORDERO
Documento: 1067912432

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES MéDICOS: La Resolución 1843 de 2025 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MéDICO correspondiente del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1843 de 2025 el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Impreso por: angelly.ortiz
Fecha: 2026-06-10 Hora: 13:56

CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2026-06-12

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	CONSORCIO VICGER 2021	Actividad económica:	Servicios
Nombre:	ASTRIS ESCAMILLA CRIOLLO	Documento:	CC 20761831
Fecha de nacimiento:	1980-01-09	Lugar de nacimiento:	NILO (CUNDINAMARCA)
Edad:	46 años	Identidad de Género:	Femenino
Estado civil:	Soltero	No. hijos vivos:	6
Dirección actual:	VRD PAJAS BLANCAS	Municipio:	NILO
Teléfono:	3115584234	Escolaridad:	Primaria_incompleta
Ocupación:	AUXILIAR DE TRAFICO	EPS:	NUEVA EPS
AFP:	NO SABE	ARL:	NO SABE
RH:	A+		
Responsable**:	JESICA GUERRERO (HIJA)	Teléfono:	3118914036
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría:	Su capacidad visual es deficiente pero no le genera restricciones para la ocupación. Requiere ser corregida.
Audiometría:	Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación
Espirometría computarizada:	Su capacidad respiratoria es adecuada para la ocupación

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a ASTRIS ESCAMILLA CRIOLLO con documento de identificación No. 20761831 se considera No presenta restricciones para desempeñar la ocupación de AUXILIAR DE TRAFICO del sector económico Servicios

RECOMENDACIONES MEDICAS Y TERAPEUTICAS (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Solicitar en su entidad de salud valoración de su defecto de refracción por Optometría..

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

OBSERVACIONES FINALES

CLASIFICACIóN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR: De acuerdo con la información disponible y el examen realizado, se clasifica como NO CASO.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

Jaime Augusto Carrillo Castro
CC 19454633 de Bogotá
Médico Cirujano
Escuela de Medicina Juan N. Corpas
Especialista en Salud Ocupacional
Universidad el Bosque
RES. 0574 del 22 de Oct

Firma para identificación de usuario
ASTRIS ESCAMILLA CRIOLLO
Documento: 20761831

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES MéDICOS: La Resolución 1843 de 2025 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MéDICO correspondiente del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1843 de 2025 el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Impreso por: angelly.ortiz
Fecha: 2026-06-12 Hora: 14:11

Assomet Asesores
En Seguridad y Salud en el Trabajo

CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2026-06-12

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	CONSORCIO VICGER 2021	Actividad económica:	Servicios
Nombre:	JEIMY ALEJANDRA CORREA PENAGOS	Documento:	CC 1069925161
Fecha de nacimiento:	1992-12-19	Lugar de nacimiento:	NILO (CUNDINAMARCA)
Edad:	33 años	Identidad de Género:	Femenino
Estado civil:	Union_libre	No. hijos vivos:	1
Dirección actual:	VDA. PRADITO	Municipio:	NILO
Teléfono:	3133047290	Escolaridad:	Tecnico_completo
Ocupación:	AUXILIAR DE TRAFICO	EPS:	SALUD TOTAL EPS
AFP:	NO SABE	ARL:	NO SABE
RH:	O+		
Responsable**:	LEIDY SALAAMANCA (AMIGA)	Teléfono:	3135550484
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría:	Su capacidad visual es adecuada para la ocupación
Audiometría:	Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación
Espirometría computarizada:	Su capacidad respiratoria es adecuada para la ocupación

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a JEIMY ALEJANDRA CORREA PENAGOS con documento de identificación No. 1069925161 se considera No presenta restricciones para desempeñar la ocupación de AUXILIAR DE TRAFICO del sector económico Servicios

RECOMENDACIONES MEDICAS Y TERAPEUTICAS (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

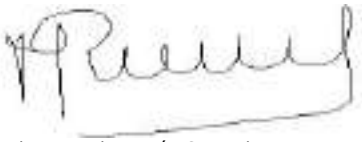
No se generan recomendaciones médicas

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

Clasifiación PVE:
CLASIFICACIóN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR: De acuerdo con la información disponible y el examen realizado, se clasifica como NO CASO.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.



Sandra Marcela Pinzón Saavedra
CC 51876956 de Bogotá
Médico Cirujano
Especialista en SST Area Andina
RES. 25-0079 - 24 de Enero de 2018
TP. No. 01 15094/1991



Firma para identificación de usuario
JEIMY ALEJANDRA CORREA PENAGOS
Documento: 1069925161

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES MéDICOS: La Resolución 1843 de 2025 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MéDICO correspondiente del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1843 de 2025 el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Impreso por: angelly.ortiz
Fecha: 2026-06-12 Hora: 14:10

Assomet Asesores
En Seguridad y Salud en el Trabajo

CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2026-06-26

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	CONSORCIO VICGER 2021	Actividad económica:	Servicios
Nombre:	LUIS FELIPE RODRIGUEZ SIERRA	Documento:	CC 1003523427
Fecha de nacimiento:	2001-04-20	Lugar de nacimiento:	NILO (CUNDINAMARCA)
Edad:	25 años	Identidad de Género:	Masculino
Estado civil:	Union_libre	No. hijos vivos:	1
Dirección actual:	MZ A CASA 21 BARRIO TAMARINDO	Municipio:	NILO
Teléfono:	3244229938	Escolaridad:	Secundaria_completa
Ocupación:	AYUDANTE DE OBRA	EPS:	NUEVA EPS
AFP:	PORVENIR	ARL:	NO SABE
RH:	B+		
Responsable**:	MIRIAM ORTENCIA (MADRE)	Teléfono:	3133077769
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.
1. Vacuna:Covid-19 - Dosis 1 -

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría:	Su capacidad visual es adecuada para la ocupación
Audiometría:	Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación
Espirometría computarizada:	Su capacidad respiratoria es adecuada para la ocupación

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a LUIS FELIPE RODRIGUEZ SIERRA con documento de identificación No. 1003523427 se considera No presenta restricciones para desempeñar la ocupación de AYUDANTE DE OBRA del sector económico Servicios

RECOMENDACIONES MEDICAS Y TERAPEUTICAS (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

No se generan recomendaciones médicas

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

OBSERVACIONES FINALES

CLASIFICACIóN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR: De acuerdo con la información disponible y el examen realizado, se clasifica como NO CASO.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.



Margelys Rodríguez Granados
CC 39049991 de Santa Marta
Médico Cirujano
Universidad Metropolitana de Barranquilla
Especialista en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo
Fundación U



Firma para identificación de usuario
LUIS FELIPE RODRIGUEZ SIERRA
Documento: 1003523427

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES MéDICOS: La Resolución 1843 de 2025 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MéDICO correspondiente del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1843 de 2025 el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Impreso por: tifany.cortes
Fecha: 2026-06-26 Hora: 16:04

Assomet Asesores
En Seguridad y Salud en el Trabajo

CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2026-06-30

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	CONSORCIO VICGER 2021	Actividad económica:	Servicios
Nombre:	DUBAN ERNESTO RICO ESCOBAR	Documento:	CC 1069732353
Fecha de nacimiento:	1990-05-03	Lugar de nacimiento:	FUSAGASUGA (CUNDINAMARCA)
Edad:	36 años	Identidad de Género:	Masculino
Estado civil:	Soltero	No. hijos vivos:	0
Dirección actual:	BARRIO CUCHARO	Municipio:	NILO
Teléfono:	3246279289	Escolaridad:	Secundaria_completa
Ocupación:	Ayudante de obra	EPS:	FAMISANAR EPS
AFP:	PORVENIR	ARL:	NO SABE
RH:	A+		
Responsable**:	MARIA ESCOBAR (MADRE)	Teléfono:	3118264878
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría:	Su capacidad visual es adecuada para la ocupación.
Audiometría:	Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.
Espirometría computarizada:	Su capacidad respiratoria es adecuada para la ocupación

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a DUBAN ERNESTO RICO ESCOBAR con documento de identificación No. 1069732353 se considera No presenta restricciones para desempeñar la ocupación de Ayudante de obra del sector económico Servicios

RECOMENDACIONES MEDICAS Y TERAPEUTICAS (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

No se generan recomendaciones médicas

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

OBSERVACIONES FINALES

CLASIFICACIóN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR: De acuerdo con la información disponible y el examen realizado, se clasifica como NO CASO.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

Margelys Rodríguez Granados
CC 39049991 de Santa Marta
Médico Cirujano
Universidad Metropolitana de Barranquilla
Especialista en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo
Fundación U

Firma para identificación de usuario
DUBAN ERNESTO RICO ESCOBAR
Documento: 1069732353

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES MéDICOS: La Resolución 1843 de 2025 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MéDICO correspondiente del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1843 de 2025 el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Impreso por: angelly.ortiz
Fecha: 2026-07-01 Hora: 13:51

Assomet Asesores
En Seguridad y Salud en el Trabajo

CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2026-06-27

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	CONSORCIO VICGER 2021	Actividad económica:	Servicios
Nombre:	MARIO ALEJANDRO DIAZ TORRES	Documento:	CC 1069924828
Fecha de nacimiento:	1991-04-23	Lugar de nacimiento:	NILO (CUNDINAMARCA)
Edad:	35 años	Identidad de Género:	Masculino
Estado civil:	Union_libre	No. hijos vivos:	0
Dirección actual:	MZ 10 CS 8 / EL PROGRESO	Municipio:	NILO
Teléfono:	3150725090	Escolaridad:	Secundaria_completa
Ocupación:	Ayudante de obr	EPS:	SALUD TOTAL EPS
AFP:	PORVENIR	ARL:	NO SABE
RH:	O+		
Responsable**:	HERENCIA TORRES (MADRE)	Teléfono:	3134915103
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

no se ha vacunado contra covid 19

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría:	Su capacidad visual es adecuada para la ocupación
Audiometría:	Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.
Espirometría computarizada:	Su capacidad respiratoria es adecuada para la ocupación

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a MARIO ALEJANDRO DIAZ TORRES con documento de identificación No. 1069924828 se considera No presenta restricciones para desempeñar la ocupación de Ayudante de obr del sector económico Servicios

RECOMENDACIONES MEDICAS Y TERAPEUTICAS (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

No se generan recomendaciones médicas

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

OBSERVACIONES FINALES

CLASIFICACIóN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR: De acuerdo con la información disponible y el examen realizado, se clasifica como NO CASO.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

Jaime Augusto Carrillo Castro
CC 19454633 de Bogotá
Médico Cirujano
Escuela de Medicina Juan N. Corpas
Especialista en Salud Ocupacional
Universidad el Bosque
RES. 0574 del 22 de Oct

Firma para identificación de usuario
MARIO ALEJANDRO DIAZ TORRES
Documento: 1069924828

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES MéDICOS: La Resolución 1843 de 2025 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MéDICO correspondiente del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1843 de 2025 el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Impreso por: angelly.ortiz
Fecha: 2026-06-30 Hora: 11:17

CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2026-06-27

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	CONSORCIO VICGER 2021	Actividad económica:	Servicios
Nombre:	WERNEL DANIEL REYES GOMEZ	Documento:	CC 1003568843
Fecha de nacimiento:	2002-12-25	Lugar de nacimiento:	GIRARDOT (CUNDINAMARCA)
Edad:	23 años	Identidad de Género:	Masculino
Estado civil:	Soltero	No. hijos vivos:	0
Dirección actual:	BARRIO ACACIAS 1	Municipio:	GIRARDOT
Teléfono:	3152055834	Escolaridad:	Secundaria_completa
Ocupación:	AYUDANTE DE OBRA	EPS:	SALUD TOTAL EPS
AFP:	NO SABE	ARL:	NO SABE
RH:	O+		
Responsable**:	RUTH GOMEZ (TIA)	Teléfono:	3152055834
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría:	Su capacidad visual es adecuada para la ocupación
Audiometría:	Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación
Espirometría computarizada:	Su capacidad respiratoria es adecuada para la ocupación

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a WERNEL DANIEL REYES GOMEZ con documento de identificación No. 1003568843 se considera No presenta restricciones para desempeñar la ocupación de AYUDANTE DE OBRA del sector económico Servicios

RECOMENDACIONES MEDICAS Y TERAPEUTICAS (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

No se generan recomendaciones médicas

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

OBSERVACIONES FINALES

CLASIFICACIóN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR: De acuerdo con la información disponible y el examen realizado, se clasifica como NO CASO.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

Margelys Rodríguez Granados
CC 39049991 de Santa Marta
Médico Cirujano
Universidad Metropolitana de Barranquilla
Especialista en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo
Fundación U

Firma para identificación de usuario
WERNEL DANIEL REYES GOMEZ
Documento: 1003568843

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES MéDICOS: La Resolución 1843 de 2025 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MéDICO correspondiente del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1843 de 2025 el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Assomet Asesores
En Seguridad y Salud en el Trabajo

CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2026-07-03

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	CONSORCIO VICGER 2021	Actividad económica:	Servicios
Nombre:	CARLOS ALBERTO VILLALBA ROJAS	Documento:	CC 1033792250
Fecha de nacimiento:	1996-07-05	Lugar de nacimiento:	BOGOTA (CUNDINAMARCA)
Edad:	30 años	Identidad de Género:	Masculino
Estado civil:	Soltero	No. hijos vivos:	0
Dirección actual:	BARRIO INMACULADA	Municipio:	JERUSALEN
Teléfono:	3115620765	Escolaridad:	Secundaria_incompleta
Ocupación:	AYUDANTE	EPS:	NO SABE
AFP:	NO SABE	ARL:	NO SABE
RH:	O+		
Responsable**:	LUIS VILLALBA (PADRE)	Teléfono:	3115620765
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría:	Su capacidad visual es adecuada para la ocupación
Audiometría:	Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.
Espirometría computarizada:	Su capacidad respiratoria es adecuada para la ocupación

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a CARLOS ALBERTO VILLALBA ROJAS con documento de identificación No. 1033792250 se considera No presenta restricciones para desempeñar la ocupación de AYUDANTE del sector económico Servicios

RECOMENDACIONES MEDICAS Y TERAPEUTICAS (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

No se generan recomendaciones médicas

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

OBSERVACIONES FINALES

CLASIFICACIóN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR: De acuerdo con la información disponible y el examen realizado, se clasifica como NO CASO.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

Margelys Rodríguez Granados
CC 39049991 de Santa Marta
Médico Cirujano
Universidad Metropolitana de Barranquilla
Especialista en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo
Fundación U

Firma para identificación de usuario
CARLOS ALBERTO VILLALBA ROJAS
Documento: 1033792250

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES MéDICOS: La Resolución 1843 de 2025 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MéDICO correspondiente del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1843 de 2025 el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Impreso por: angelly.ortiz
Fecha: 2026-07-03 Hora: 14:01

CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2026-07-14

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	CONSORCIO VICGER 2021	Actividad económica:	Servicios
Nombre:	ANGIE LORENA PARRADO RUIZ	Documento:	CC 1004037144
Fecha de nacimiento:	2000-01-31	Lugar de nacimiento:	VIOTA (CUNDINAMARCA)
Edad:	26 años	Identidad de Género:	Femenino
Estado civil:	Union_libre	No. hijos vivos:	2
Dirección actual:	VRD LAS PALMAS	Municipio:	VIOTA
Teléfono:	3142084745	Escolaridad:	Tecnico_completo
Ocupación:	AUXILIAR DE TRAFICO	EPS:	SALUD TOTAL EPS
AFP:	PORVENIR	ARL:	NO SABE
RH:	O+		
Responsable**:	DIANA PARRADO (MADRE)	Teléfono:	3143161205
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría: NO APLICA.
Audiometría: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación
Espirometría computarizada: NO APLICA.

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a ANGIE LORENA PARRADO RUIZ con documento de identificación No. 1004037144 se considera No presenta restricciones para desempeñar la ocupación de AUXILIAR DE TRAFICO del sector económico Servicios

RECOMENDACIONES MEDICAS Y TERAPEUTICAS (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Solicitar en su entidad de salud valoración de su alteración del peso por Nutricionista..
2. Continuar con los controles anuales por optometría para revisión de la fórmula de lentes..

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

OBSERVACIONES FINALES

CLASIFICACIóN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR: De acuerdo con la información disponible y el examen realizado, se clasifica como NO CASO.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

Margelys Rodríguez Granados
CC 39049991 de Santa Marta
Médico Cirujano
Universidad Metropolitana de Barranquilla
Especialista en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo
Fundación U

Firma para identificación de usuario
ANGIE LORENA PARRADO RUIZ
Documento: 1004037144

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES MéDICOS: La Resolución 1843 de 2025 del Ministerio de la Protección

Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MéDICO correspondiente del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1843 de 2025 el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

NOTAS DE EVOLUCIÓN:

La información aquí consignada hace parte del proceso de verificación de condiciones de salud del trabajador, para el desempeño seguro de la ocupación, por lo que debe ser revisada de manera integral con los demás datos consignados.

NOTA No. 1 - Fecha: **2026-07-14** Hora: **15:42:07** el usuario **margelys.r** escribió:

visiometria: Su capacidad visual es adecuada para la ocupacion.

Espirometria: Su capacidad respiratoria es adecuada para la ocupacion.



Margelys Rodríguez Granados
CC 39049991 de Santa Marta
Médico Cirujano
Universidad Metropolitana de Barranquilla
Especialista en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo
Fundación U

Impreso por: angelly.ortiz
Fecha: 2026-07-14 Hora: 15:59

Assomet Asesores
En Seguridad y Salud en el Trabajo

CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2026-07-16

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	CONSORCIO VICGER 2021	Actividad económica:	Servicios
Nombre:	LAURA YULIETH TORRES CASTRO	Documento:	CC 1078826670
Fecha de nacimiento:	2006-08-14	Lugar de nacimiento:	VIOTA (CUNDINAMARCA)
Edad:	19 años	Identidad de Género:	Femenino
Estado civil:	Soltero	No. hijos vivos:	0
Dirección actual:	VEREDA LA ESPERANZA	Municipio:	VIOTA
Teléfono:	3133793703	Escolaridad:	Secundaria_completa
Ocupación:	AUXILIAR DE TRANSITO	EPS:	SALUD TOTAL EPS
AFP:	NO SABE	ARL:	NO SABE
RH:	O+		
Responsable**:	LEONOR CASTRO (MADRE)	Teléfono:	3133798737
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría:	Su capacidad visual es adecuada para la ocupación.
Audiometría:	Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.
Espirometría computarizada:	Su capacidad respiratoria es adecuada para la ocupación.

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a LAURA YULIETH TORRES CASTRO con documento de identificación No. 1078826670 se considera No presenta restricciones para desempeñar la ocupación de AUXILIAR DE TRANSITO del sector económico Servicios

RECOMENDACIONES MEDICO LABORALES

1. Pausas activas acorde al SG-SST instaurado por la empresa.
2. Mantener un estilo de vida saludable..

RECOMENDACIONES MEDICAS Y TERAPEUTICAS (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

No se generan recomendaciones médicas

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

OBSERVACIONES FINALES

CLASIFICACIóN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR: De acuerdo con la información disponible y el examen realizado, se clasifica como NO CASO.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

Juan Manuel Bozón Díaz
Médico
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Universidad Autónoma de Bucaramanga
Res 25-01194 de 2024

Firma para identificación de usuario
LAURA YULIETH TORRES CASTRO
Documento: 1078826670

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES MéDICOS: La Resolución 1843 de 2025 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MéDICO correspondiente del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1843 de 2025 el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Impreso por: angelly.ortiz
Fecha: 2026-07-16 Hora: 14:46

CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2026-07-11

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	CONSORCIO VICGER 2021	Actividad económica:	Servicios
Nombre:	ANDREY BERNARDO ROMERO RESTREPO	Documento:	CC 1026250212
Fecha de nacimiento:	1997-09-29	Lugar de nacimiento:	BOGOTA DC (CUNDINAMARCA)
Edad:	28 años	Identidad de Género:	Masculino
Estado civil:	Soltero	No. hijos vivos:	0
Dirección actual:	VRD BAJO PALMAR	Municipio:	VIOTA
Teléfono:	3106786136	Escolaridad:	Secundaria_completa
Ocupación:	AYUDANTE	EPS:	NUEVA EPS
AFP:	PROTECCIÓN	ARL:	NO SABE
RH:	O+		
Responsable**:	LILIANA RESTREPO (MADRE)	Teléfono:	3106786136
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría:	Su capacidad visual es adecuada para la ocupación
Audiometría:	Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación
Espirometría computarizada:	Su capacidad respiratoria es adecuada para la ocupación

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a ANDREY BERNARDO ROMERO RESTREPO con documento de identificación No. 1026250212 se considera No presenta restricciones para desempeñar la ocupación de AYUDANTE del sector económico Servicios

RECOMENDACIONES MEDICO LABORALES

1. Pausas activas acorde al SG-SST instaurado por la empresa.

RECOMENDACIONES MEDICAS Y TERAPEUTICAS (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

No se generan recomendaciones médicas

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

OBSERVACIONES FINALES

CLASIFICACIóN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR: De acuerdo con la información disponible y el examen realizado, se clasifica como NO CASO.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

Juan Manuel Bozón Díaz
Médico
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Universidad Autónoma de Bucaramanga
Res 25-01194 de 2024

Firma para identificación de usuario
ANDREY BERNARDO ROMERO RESTREPO
Documento: 1026250212

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES MéDICOS: La Resolución 1843 de 2025 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MéDICO correspondiente del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1843 de 2025 el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Impreso por: angelly.ortiz
Fecha: 2026-07-14 Hora: 13:34

CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2026-07-11

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	CONSORCIO VICGER 2021	Actividad económica:	Servicios
Nombre:	DIEGO ARMANDO DAZA CUBILLOS	Documento:	CC 1069759419
Fecha de nacimiento:	1997-01-07	Lugar de nacimiento:	FUSAGASUGA (CUNDINAMARCA)
Edad:	29 años	Identidad de Género:	Masculino
Estado civil:	Soltero	No. hijos vivos:	0
Dirección actual:	VEREDA BAJO PALMAR	Municipio:	VIOTA
Teléfono:	3204269058	Escolaridad:	Secundaria_completa
Ocupación:	AYUDANTE	EPS:	SALUD TOTAL EPS
AFP:	NO SABE	ARL:	NO SABE
RH:	A+		
Responsable**:	MAIRA MENDOZA (AMIGA)	Teléfono:	3106158094
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría:	Su capacidad visual es adecuada para la ocupación
Audiometría:	Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación
Espirometría computarizada:	Su capacidad respiratoria es adecuada para la ocupación

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a DIEGO ARMANDO DAZA CUBILLOS con documento de identificación No. 1069759419 se considera No presenta restricciones para desempeñar la ocupación de AYUDANTE del sector económico Servicios

RECOMENDACIONES MEDICAS Y TERAPEUTICAS (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

No se generan recomendaciones médicas

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

OBSERVACIONES FINALES

CLASIFICACIóN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR: De acuerdo con la información disponible y el examen realizado, se clasifica como NO CASO.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

Margelys Rodríguez Granados
CC 39049991 de Santa Marta
Médico Cirujano
Universidad Metropolitana de Barranquilla
Especialista en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo
Fundación U

Firma para identificación de usuario
DIEGO ARMANDO DAZA CUBILLOS
Documento: 1069759419

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES MéDICOS: La Resolución 1843 de 2025 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MéDICO correspondiente del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1843 de 2025 el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Impreso por: angelly.ortiz
Fecha: 2026-07-14 Hora: 13:34

CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2026-07-11

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	CONSORCIO VICGER 2021	Actividad económica:	Servicios
Nombre:	ALBEIRO EUCLIDES PEREZ CAPERA	Documento:	CC 5823225
Fecha de nacimiento:	1980-06-24	Lugar de nacimiento:	NATAGAIMA (TOLIMA)
Edad:	46 años	Identidad de Género:	Masculino
Estado civil:	Union_libre	No. hijos vivos:	2
Dirección actual:	VRD ALTO PALMAR	Municipio:	VIOTA
Teléfono:	3142515807	Escolaridad:	Secundaria_completa
Ocupación:	AYUDANTE	EPS:	NO SABE
AFP:	PORVENIR	ARL:	NO SABE
RH:	A+		
Responsable**:	KATHERINE ROJAS (ESPOSA)	Teléfono:	3214140165
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría:	Su capacidad visual es deficiente pero no le genera restricciones para la ocupación. Requiere ser corregida.
Audiometría:	Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación
Espirometría computarizada:	Su capacidad respiratoria es adecuada para la ocupación

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a ALBEIRO EUCLIDES PEREZ CAPERA con documento de identificación No. 5823225 se considera No presenta restricciones para desempeñar la ocupación de AYUDANTE del sector económico Servicios

RECOMENDACIONES MEDICAS Y TERAPEUTICAS (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Actualizar la fórmula de corrección de los lentes..

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

OBSERVACIONES FINALES

CLASIFICACIóN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR: De acuerdo con la información disponible y el examen realizado, se clasifica como NO CASO.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

Margelys Rodríguez Granados
CC 39049991 de Santa Marta
Médico Cirujano
Universidad Metropolitana de Barranquilla
Especialista en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo
Fundación U

Firma para identificación de usuario
ALBEIRO EUCLIDES PEREZ CAPERA
Documento: 5823225

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES MéDICOS: La Resolución 1843 de 2025 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MéDICO correspondiente del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1843 de 2025 el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Assomet Asesores
En Seguridad y Salud en el Trabajo

CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2026-07-15

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	CONSORCIO VICGER 2021	Actividad económica:	Servicios
Nombre:	KEBIN ARBEY MONTAO MOYA	Documento:	CC 1007413305
Fecha de nacimiento:	2001-01-08	Lugar de nacimiento:	FUSAGASUGA (CUNDINAMARCA)
Edad:	25 años	Identidad de Género:	Masculino
Estado civil:	Soltero	No. hijos vivos:	0
Dirección actual:	BRD BAJO PALMAR	Municipio:	VIOTA
Teléfono:	3001395272	Escolaridad:	Secundaria_completa
Ocupación:	AYUDANTE	EPS:	NUEVA EPS
AFP:	COLPENSIONES	ARL:	NO SABE
RH:	A+		
Responsable**:	SONIA MOYA (MADRE)	Teléfono:	3223054163
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría:	Su capacidad visual es adecuada para la ocupación
Audiometría:	Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación
Espirometría computarizada:	Su capacidad respiratoria es adecuada para la ocupación

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a KEBIN ARBEY MONTAO MOYA con documento de identificación No. 1007413305 se considera No presenta restricciones para desempeñar la ocupación de AYUDANTE del sector económico Servicios

RECOMENDACIONES MEDICO LABORALES

1. Pausas activas acorde al SG-SST instaurado por la empresa.
2. Mantener un estilo de vida saludable..
3. Adoptar buena higiene postural..

RECOMENDACIONES MEDICAS Y TERAPEUTICAS (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

No se generan recomendaciones médicas

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

OBSERVACIONES FINALES

CLASIFICACIóN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR: De acuerdo con la información disponible y el examen realizado, se clasifica como NO CASO.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

Juan Manuel Bozón Díaz
Médico
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Universidad Autónoma de Bucaramanga
Res 25-01194 de 2024

Firma para identificación de usuario
KEBIN ARBEY MONTAO MOYA
Documento: 1007413305

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES MéDICOS: La Resolución 1843 de 2025 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MéDICO correspondiente del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1843 de 2025 el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Impreso por: angelly.ortiz
Fecha: 2026-07-15 Hora: 14:21

Nit. 901175816-2
Licencia No. 64 del 10-01-2017
Calle 134 # 7-83 cons 233, Bogotá D.C.
www.bsl.com.co
c.talero@bsl.com.co

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Código de Seguridad: 011afb21-373b-439c-b8cf-146d2b73a5cb

Tipo Examen: INGRESO

VERIFICA VALIDEZ DEL CERTIFICADO

DATOS PERSONALES



Fecha de Atención	04 de julio de 2026	**Ciudad**	Bogotá	**Vigencia**	3 años
IPS/SEDE	Sede norte DHSS0244914				
Nombres y apellidos	Diana Jazmin Estepa Mora				
Documento identidad	52968492	**Empresa o entidad**	CONSORCIO VICGER 2021	**Cargo**	ADMINISTRATIVO
Género	FEMENINO	**Edad**	42	**Fecha nacimiento**	14/03/1984
Estado civil	Divorciado	**Hijos**	1	**Profesión u Oficio**	Contador
Email	dianajazmine1@gmail.com				
Teléfono	3008625579				
Tipo de examen	INGRESO	**EPS**	Compensar	**ARL**	Sura
Pensiones	Porvenir	**Nivel Educativo**	Universitario		

** De conformidad con la Ley de Protección de Datos Personales, informamos que la información contenida en este certificado médico es confidencial y será utilizada exclusivamente para los fines relacionados con la evaluación de la aptitud laboral del trabajador. El tratamiento de los datos personales se llevará a cabo conforme a la normativa vigente, garantizando su integridad, confidencialidad y seguridad, y no serán compartidos con terceros sin el consentimiento expreso del titular, salvo por mandato legal o judicial.*

EXÁMENES REALIZADOS

AUDIOMETRÍA
04 de julio de 2026

ESPIROMETRÍA
04 de julio de 2026

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR
04 de julio de 2026

VISIOMETRÍA
04 de julio de 2026

CONCEPTO DE EVALUACIÓN MÉDICA

APTO

De acuerdo al examen ocupacional realizado a Diana Jazmin Estepa Mora con documento de identificación No 52968492 se considera que es APTO para desempeñar la ocupación del cargo descrito

RESULTADOS GENERALES

AUDIOMETRÍA

OD: NORMAL. OI: NORMAL

ESPIROMETRÍA

Prueba Espirometría: Función pulmonar normal sin evidencia de obstrucción o restricción significativa. No se requieren medidas adicionales en relación con la función pulmonar para el paciente en este momento.

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR

Basándonos en los resultados obtenidos de la evaluación osteomuscular, certificamos que el paciente presenta un sistema osteomuscular en condiciones óptimas de salud. Esta condición le permite llevar a cabo una variedad de actividades físicas y cotidianas sin restricciones notables y con un riesgo mínimo de lesiones osteomusculares.

VISIOMETRÍA

EMETROPE

RECOMENDACIONES MÉDICAS ADICIONALES

1. HIGIENE POSTURAL
2. PAUSAS ACTIVAS DE DESCANSO
3. EJERCICIO REGULAR
4. CONTROL PERIODICO EN EPS - MEDICINA PREVENTIVA

FIRMAS

FIRMA MÉDICO	FIRMA PACIENTE ATENDIDO
	
	Diana Jazmin Estepa Mora 52968492

RESULTADOS DE VISIOMETRÍA

Resultados Numéricos

VISIÓN LEJANA (VL):
OD: SC 20-25 / CC
OI: SC 20-25 / CC
AO: SC 20-25 / CC

VISIÓN CERCANA (VC):
OD: SC 20-25 / CC
OI: SC 20-25 / CC
AO: SC 20-25 / CC

Ishihara:
Visión Cromática:

Diagnóstico: EMETROPE
Observaciones: NORMAL



Dr. Miguel Garzón Rincón
C.C.: 79.569.881 - Optómetra Ocupacional Res. 6473 04/07/2017

Fecha: 04 de julio de 2026