5.3.6 INFORME SST

INFORME SST INICIO DE OBRA MENSUAL No 7

CONTRATO DE INTERVENTORIA ICCU-218 DE 2025

INTERVENTORIA TECNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y LEGAL PARA LA INTERVENCION DE LAS VIAS QUE CONFORMA EL PROGRAMA DE CAMINOS VECINALES, CAMINOS PARA QUEDARSE, LOCALIZADO EN LA PROVINCIA DE SUMAPAZ, TEQUENDAMA Y ALTO MAGDALENA

ECG INGENIERIA SAS

JULIO 2026

BOGOTA D.C

Tabla de contenido

1. INTRODUCCIÓN 5
2. OBJETIVOS 5
2.1 OBJETIVO GENERAL 5
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS 5
3. PLAN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 6
4. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SST 6
5.1 PERSONAL PLANTILLA MINIMA 6
5.1.1 PERSONAL APROBADO CONTRATISTA 6
5.1.2 PERSONAL APROBADO INTERVENTORÍA 8
5.2 AFILIACIONES Y PAGOS DEL SGSST 10
5.2.1 AFILIACIONES Y PAGOS DEL SGSST CONTRATISTA 10
5.2.2 AFILIACIONES Y PAGOS DEL SGSSS INTERVENTORÍA 13
5.3 INDUCCIONES 14
5.3.1 INDUCCION CONTRATISTA 14
5.3.2 INDUCCIÓN INTERVENTORÍA 14
5.4 CONCEPTOS DE ACTITUD MEDICO OCUPACIONAL INGRESO, PERIODICO Y EGRESO. 15
5.4.1 CONCEPTOS DE ACTITUD PERSONAL CONTRATISTA 15
5.4.2 CONCEPTOS DE ACTITUD PERSONAL INTERVENTORÍA 15
5.5 NOTIFICACIÓN DE EXAMEN DE EGRESO 15
5.5.1 NOTIFICACIÓN DE EGRESO CONTRATISTA 16
5.5.2 NOTIFICACIÓN DE EGRESO INTERVENTORIA 16
5.6 CAPACITACIONES 16
5.6.1 CAPACITACIONES CONTRATISTA 16
5.6.2 CAPACITACIONES INTERVENTORÍA 17
5.7 ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL 17
5.7.1 ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL CONTRATISTA 17
5.7.2 ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL INTERVENTORÍA 18
5.8 INSPECCIONES 18
5.8.1 INSPECCIONES CONTRATISTA 19
5.8.2 INSPECCIONES INTERVENTORÍA 19
5.10 COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL 19

5.10.1 COPASST CONTRATISTA **19**
5.10.2 COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL- CCL- CONTRATISTA **19**
5.10.3 COPASST INTERVENTORÍA **19**
5.10.4 COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL- CCL- INTERVENTORIA **20**
5.11 INDICADORES SG SST **20**
5.11.1 INDICADORES AT SST CONTRATISTA **22**
5.11.2 INDICADORES AT SST INTERVENTORÍA **26**
5.12 MAQUINARIA, EQUIPOS Y VEHICULO **29**
5.12.1 MAQUINARIA, EQUIPOS Y VEHICULOS CONTRATISTA **30**
5.12.2 VEHICULOS INTERVENTORIA **31**
5.13 PLAN DE MANEJO DE TRÁFICO **31**
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES **32**

TABLAS

Tabla 1. Registro Número De Trabajadores Contratista
Tabla 2. Registro Número De Trabajadores Interventoría
Tabla 3. Cronograma De Capacitaciones Vicger Contratista
Tabla 4. Cronograma De Capacitaciones Interventoría
Tabla 5. Actas Copasst- CCL- Contratista e Interventoría
Tabla 6. Indicadores SG SST Interventoría
Tabla 7. Indicadores AT Contratista
Tabla 8. Indicadores Hallazgo- AT-PTA Interventoría
Tabla 9. Maquinaria Y Vehículos Consorcio Vicger 2021 Cto 140 de 2025
Tabla 10. Vehículos Ecg Ingeniería Cto 128 de 2025
Tabla 11. PMT Frentes De Obra

1. INTRODUCCIÓN

El presente informe relaciona las actividades de seguimiento realizado por la interventoría ECG Ingeniería de Seguridad y Salud en el Trabajo, establecido en el contrato No. ICCU-218-2025, cuyo objeto es la "INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y LEGAL PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA CAMINOS VECINALES, CAMINOS PARA QUEDARSE", este programa se encuentra localizado en las PROVINCIAS DE SUMAPAZ, TEQUENDAMA Y ALTO MAGDALENA, en el departamento de Cundinamarca.

En el desarrollo del componente y teniendo en cuenta la gestión desarrollada y los compromisos adquiridos por el contratista, CONSORCIO VECGER 2021, en marcados en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo según contrato de obra No. ICCU-140-2025, las directrices establecidas por el Instituto de Caminos y Construcciones de Cundinamarca ICCU, lo dispuesto por el Ministerio de Trabajo, Decreto 1072 de 2015, Resolución 0312 de 2019 y las normas vigentes relacionadas con la gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Presentar los registros de supervisión, seguimiento y control del cumplimiento a los compromisos establecidos en los aspectos de seguridad y salud en el trabajo, por el contratista CONSORCIO VECGER 2021 contrato de obra No. ICCU-140-2025, y la interventoría ECG Ingeniería contrato No. ICCU-218-2025, durante el desarrollo de las actividades constructivas.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir las actividades de SST que se desarrollaron durante el periodo evaluado, las cuales se encuentran divididas por componentes y programas de acuerdo con lo establecido en el plan de trabajo de la interventoría y el Contratista, junto con lo establecido en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Generar registros que evidencien el cumplimiento de las actividades SST por parte del contratista y el seguimiento a estas por parte de la Interventoría.
- Verificar y validar el seguimiento de la totalidad de las actividades SST dando cumplimiento a lo establecido en el contrato, leyes, decretos, resoluciones, normas, manuales y guías de Seguridad y Salud en el Trabajo vigente para el contrato.
- Propender por el cumplimiento e implementación de las medidas de manejo de SST durante la ejecución del proyecto por parte del contratista.
- Exigir y cumplir con los lineamientos en materia SST que establece el ICCU y. los que establece la normatividad aplicable a riesgos laborales actual.
- Verificar el cumplimiento de los pagos de seguridad social y nómina del personal del contrato de obra e interventoría.

3. PLAN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

El plan anual de seguridad y salud en el trabajo es crucial porque sirve como herramienta de planificación para proteger a los empleados, identificando y mitigando riesgos y evitando accidentes y enfermedades laborales. Su importancia radica en que organiza las actividades, define responsables y recursos, asegura el cumplimiento de la normativa legal y promueve una cultura de prevención y mejora continua.

Durante el desarrollo constructivo, el componente de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) de la Interventoría realiza actividades orientadas al seguimiento, revisión y control del cumplimiento de los lineamientos normativos establecidos en el Decreto 1072 de 2015, Resolución 0312 de 2019 y demás disposiciones aplicables. El objetivo principal de estas acciones es solicitar la implementación y actualización del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) por parte del contratista, así como la presentación de la documentación soporte que respalda las actividades desarrolladas en materia de prevención, promoción y control de riesgos laborales en el proyecto.

4. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SST

El contratista y la interventoría cuentan con un Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo el cual describe las actividades de medicina, seguridad e higiene industrial, dirigidas a mantener y mejorar la salud individual y colectiva de los trabajadores de la obra, con el fin de evitar accidentes de trabajo y enfermedades laborales con el propósito de verificar el cumplimiento de los requerimientos normativos establecidos vigentes.

Este SG-SST fue revisado y aprobado por la interventoría mediante comunicado 25C02_DTO_049 del 15 de agosto del 2025 y será la base para realizar la evaluación del cumplimiento de los compromisos en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo establecidos por el contratista CONSORCIO VICGER 2021, según contrato de obra No. ICCU-140-2025 y la interventoría ECG INGENIERIA SAS, según contrato No. ICCU-218-2025 ya que en él están contenidas las medidas de seguridad necesarias para el control permanente de factores de riesgo presentes en la ejecución de los trabajos, y que puedan afectar la salud tanto de los habitantes y transeúntes del sector como de los trabajadores, enfatizando en la mitigación adecuada del impacto.

5.1 PERSONAL PLANTILLA MINIMA

5.1.1 PERSONAL APROBADO CONTRATISTA

Durante el periodo comprendido entre el 1 de julio al 31 del 2026, el contratista presento un listado de 34 profesionales de plantilla mínima aprobados de los cuales 11 se encuentran activos para la fase en ejecución.

Tabla 1. Personal contratista aprobado

RELACION DELAPROBACION PERSONAL DE OBRA CONTRATO No. 140 de 2025								
ITEM	**COMUNICADO**	**FECHA ENTREGA HV**	**Nombres y Apellidos**	**Cargo**	**Fecha de Aprobación**	**Fecha Inicio**	**Fecha de retiro**	**Dedicación**
1	25C02_DTO_008	29 de abril de 2025	Carlos Andrés Ballestas Barandica	Director de Obra	15/05/2025	2/04/2025		100%
2			Mildre Lorena Pinilla	Profesional en Gestión Social	15/05/2025	1/06/2025	20/5/2026	50%
3			Francy Paola Quinche Cobos	Profesional en Gestión Social	15/05/2025	2/04/2025	30/09/2025	50%
4			Claudia Patricia Ballestas Barandica	Profesional SISO	15/05/2025	2/04/2025		100%
5	25C02_DTO_009	29 de abril de 2025	Brian Steve Castro Baena	Ingeniero SIG	19/05/2025	2/05/2025	30/08/2025	100%
6	25C02_DTO_012	27 de mayo de 2025	Carlos Iván Gutiérrez Guevara	Especialista en Geotecnia	5/06/2025	5/06/2025		40%
7			Ana Sofia Figueroa Infante	Especialista en Geotecnia	5/06/2025	NA	NA	40%
8			Everardo Pardo Guio	Especialista en Pavimentos	5/06/2025	2/04/2025	1/11/2025	50%
9			Teófilo Carlos Yidi Villareal	Especialista en Pavimentos	5/06/2025	2/04/2025	2/01/2026	50%
10	25C02_DTO_014	29 de mayo de 2025	María Clara Diaz Medina	Inspectora	10/06/2025	28/05/2025	15/10/2025	100%
11			Cristian Camilo Henao Palacios	Inspectora	10/06/2025	NA	NA	100%
12			Edna Margarita Ramírez Gómez	Residente de Obra	11/06/2025	2/04/2025	25/04/2026	100%
13	25C02_DTO_044	8 de julio de 2025	Claudia Milena Rivera Roa	Profesional Gestor Social	8/08/2025	NA	NA	50%
14	25C02_DTO_069	25 de agosto de 2025	Maribel Aponte Rincón	Especialista Ambiental	27/08/2025	NA	RETIRO	50%
15	25C02_DTO_070	21 de agosto de 2025	Ivonne Palacio Palma	Profesional Gestor Social	28/08/2025	23/08/2025	16/10/2025	50%
16	25C02_DTO_131	08 de septie de 2025	Yiby Consuelo Bonilla Garzón	Profsional Gestor Social	23/09/2025	8/10/2025	21/11/2025	50%
17	25C02_DTO_172	02 de octubre de 2025	Cristian Camilo Grimaldo Yanes	Profesional (PMP)	15/10/2025	NA	INACTIVO	100%

RELACION DELAPROBACION PERSONAL DE OBRA CONTRATO No. 140 de 2025								
ITEM	**COMUNICADO**	**FECHA ENTREGA HV**	**Nombres y Apellidos**	**Cargo**	**Fecha de Aprobación**	**Fecha Inicio**	**Fecha de retiro**	**Dedicación**
18	25C02-DTO-192	4 DE NOVIEMBRE 2025	Brayan Felipe Casas Garcia	Ingeniero Ambiental	4/11/2025	4/11/2025		100%
19	25C02-DTO-191	18/10/2025	Juan Harvey Ochoa	Residente de Obra	20/10/2025	21/10/2025	20/02/2026	100%
20	260123_25C02_DTO_282	18/10/2025	Oscar Enrique Garzon Lopez	Topografo	22/10/2025	22/10/2025	14/04/2026	100%
21	NO REQUIERE APROBACION	8 de julio de 2025	ANGELA PATRICIA RODRIGUEZ LADINO	SECRETARIA	1/08/2025	18/07/2025	1/6/2026	100%
22	260123_25C02_DTO_285	18/10/2025	Nelson Eduardo Giraldo Noreña	Residente de Obra	1/10/2025	1/10/2025	18/11/2025	100%
23	260123_25C02_DTO_282	23/01/2026	NELSON FELIPE MORENO	HIDRAULICO	26/10/2025	INACTIVO	INACTIVO	50%
24	260123_25C02_DTO_287	26/01/2025	MARICELA MONROY MOSQUERA	PROFESIONAL SOCIAL	29/01/2026	13/01/2026	27/03/2026	100%
25	260123_25C02_DTO_287	26/01/2025	GUILLERMO NUÑES CARREÑO	INGENIERO RESIDETE	29/01/2026	20/01/2026		100%
26	260123_25C02_DTO_289	29/01/2025	ANDRES GOMEZ ROBLES	RESIDENTE DE OBRA	10/01/2026	13/01/2026		100%
27	260210_25C02_DTO_303	7/02/2026	ESTHER TUÑON PEREZ	PROFESIONAL SOCIAL	10/02/2026	11/02/2026		100%
28	CVG – ICCU –OF-0324-2026	10/02/2026	ANDRES FERNANDO CARDOSO ROMERO	INGENIERO RESIDENTE	6/03/2026	7/03/2026		100%
29	260326_25C02_DTO_365	21/03/2026	SHIRLEY CASTILLO JIMENEZ	PROFESIONAL SST	27/03/2026		7/04/2026	100%
30	260330_25C02_DTO_370	26/03/2026	YENY ELIZABETH SANGUINO ROMERO	PROFESIONAL SOCIAL	30/03/2026		7/04/2026	100%
31	260330_25C02_DTO_399	27/04/2026	BOJACA DIANA ESPERANZA	RESIDENTE SOCIAL	27/4/2026	27/4/2026		100%
32	CVG – ICCU –OF-0429-2026	22/04/2026	MATEUS PARDO GILBERT	INENIERO RESIDENTE	24/4/2026	25/5/2026		100%
33	CVG – ICCU –OF-0445-2026	19/05/2026	GORDILLO GOMEZ ANGELA	RESIDENTE SST	21/5/2026	21/5/2026		100%
34	El contratista no envio la hoja de vida	N/A	DIAZ AVILA LADY LIZETH	INGENIERO RESIDETE	11/5/2026	21/7/2026	21/7/2026	100%

5.1.2 PERSONAL APROBADO INTERVENTORÍA

Durante el periodo comprendido entre el 1 y el 31 de julio de 2026, se contó con una plantilla de 33 profesionales, quienes, en el marco de la ejecución del contrato, fueron presentados y aprobados por la entidad.

De este total, 16 profesionales se encuentran actualmente activos y hacen parte del personal correspondiente a la plantilla mínima aprobada para la etapa de ejecución vigente del presente contrato.

Tabla 2. Personal Aprobado Interventoría

RELACION DEL PERSONAL APROBADO CONTRATO No. 218 de 2025 JULIO-2026								
Item	**Nombre**	**Cedula**	**Cargo**	**CONTRATO**	**Fecha de Ingreso**	**Fecha de salida**	**% dedicación**	**RADICADO-APROBADO**
1	Carlos Andrés Chaparro Pulido	1053538363	Director	FIJO	9/10/2025	13/05/2026	100%	ICCU-S-2025-0007409
2	Javier Andrés Amaya	7186890	Residente	FIJO	2/04/2025		100%	OF/ 02 de abril 2025
3	Silvia Juliana Quintian	1022384708	Gestor Social	FIJO	2/04/2025	12/02/2026	100%	OF/ 02 de abril 2025
4	Luis Alejandro Rodrigues Rojas	7175302	Director	FIJO	2/04/2025	30/10/2025	100%	OF/ 02 de abril 2025
5	German Agusto Coy Lopez	1049621554	Esp. Pavimentos	FIJO	30/04/2025	20/07/2025	100%	OF/ 02 de abril 2025
6	Rolando Arturo Espitia	7176439	Ingeniero SIG	FIJO	2/04/2025	4/12/2025	100%	OF/ 02 de abril 2025
7	Diana Patricia Avella Villamizar	60448600	Esp. Geotecnia	FIJO	9/06/2025		100%	ICCU-I-2025-0002099
8	Yennifer Andrea Leguizamón Gonzalez	1118552199	Esp. Ambiental	FIJO	9/06/2025	20/03/2026	100%	ICCU-I-2025-0002099
9	Maria Fernanda Quintian Rovira	1095486312	Gestor Social 2	FIJO	2/07/2026		100%	25CO2DTA140
10	Paula Alejandra Alvarez Rodriguez	1003614744	Inspector Vial	FIJO	9/06/2025	30/01/2026	100%	ICCU-I-2025-0002099
11	Jhonatan alexander ovalles velasquez	1093907793	Secretario	FIJO	2/04/2025	30/12/2025	100%	No se envio HV para aprobacion NO REQUIERE APROBACION
12	Henry Alberto Cordoba Romero	80041860	Esp Hidraulica	FIJO	22/07/2025		100%	ICCU-I-2025-0004438
13	Elber Ramiro Olivares Barreño	79874828	Esp Pavimentos	FIJO	22/07/2025		100%	ICCU-I-2025-0004438
14	Sandra Milena Mena Hinestroza	35587292	Cadenero 2	FIJO	1/09/2025	30/09/2026	100%	No se envio HV para aprobacion
15	Karen Sofia Cely Chaparro	1029640197	Cadenero 2	FIJO	14/10/2025		100%	ICCU-I-2025-0013764
16	José Gabriel Gonzalez Bohorquez	1001044207	Cadenero 1	FIJO	1/05/2025	90/01/2026	100%	No se envio HV para aprobacion NO REQUIERE APROBACION
17	Jose Rodrigo Lopez Lopez	12978348	Topografo	FIJO	1/09/2025		100%	RADICADO
18	Edison David Ramirez Bautista		Ingeniera de Apoyo	FIJO	1/09/2025	30/12/2026	100%	NO TENGO RADICACION
19	Andres Gustavo Pinzon Ubaque	79761903	Director	FIJO	26/10/2025	28/02/2026	100%	ICCU-I-2025-0013764
20	Carolina Lesmes Guerrero	1105613258	Profesional SISO	FIJO	9/06/2025	30/09/2025	100%	ICCU-I-2025-0002099
21	Sandra Yaneth Tovar Solorzano	52156578	Profesional SST	FIJO	14/10/2025	30/03/2026	100%	ICCU-S-2025-0007409
22	Leidy Biviana Parra Villarreal	1234640596	Residente	FIJO	16/01/2026		100%	25C02_DTA_076
23	Stefany Quintero Ospina	1120353722	INSPECTORA	FIJO	19/01/2026		100%	25C02_DTA_076
24	Cristhian Alejandro Parada Buitrago	1010048998	Secretario	FIJO	16/01/2026		100%	25C02_DTA_076
25	Maria Clara Diaz Medina	1070608527	Residente	FIJO	2/02/2026	15/05/2026	100%	260120_25C02_DTA_078- ICCU-S-2026-0000664
26	Heiver Stiven Arroyo Arias	1,109,413,341	CADENERO	FIJO	3/02/2026	01/05/2026	100%	No se envio HV para aprobacion NO REQUIERE APROBACION
27	Luis David Alvarez Cruz	1070619821	RESIDENTE	FIJO	6/02/2026		100%	ICCU-S-2026-0000876

RELACION DEL PERSONAL APROBADO CONTRATO No. 218 de 2025 JULIO-2026								
Item	**Nombre**	**Cedula**	**Cargo**	**CONTRATO**	**Fecha de Ingreso**	**Fecha de salida**	**% dedicación**	**RADICADO-APROBADO**
28	Manuel Alberto Moreno Rodríguez	1105687444	RESIDENTE	FIJO	6/02/2026		100%	ICCU-S-2026-0000876
29	Evelin Navarro Isaza-MARIA CAMILA LEYTON	1097406060-1005912760	Profesional SST	FIJO	20/02/2026		100%	260213_25C02_DTA_086 19-2-2026
30	Gustavo Adolfo Crosby	6766736	Director	FIJO	2/03/2026		100%	ICCU-I-2026-0003025
31	Ysai Mena Quejada	1077445099	Profesional SST	FIJO	17/04/2026		100%	ICCU-I-2026-0005540
32	Viviana Fernanda Villamarin Tirano	1057593503	Esp. Ambiental	FIJO	2/04/2026		100%	ICCU-I-2026-0004613
33	Daniela Fernanda Uribe Ortega	1098729007	PROFESIONAL SOCIAL	FIJO	17/04/2026	24/07/2026	100%	ICCU-I-2026-0005540

5.2 AFILIACIONES Y PAGOS DEL SGSST

La Seguridad Social está inmersa dentro del contexto de la protección social, un panorama más amplio e incluyente que pretende mejorar las condiciones de vida de todos los seres humanos, a través de una cobertura integral de las necesidades socialmente reconocidas.

Dentro del marco de la Ley 100 de 1993, la Seguridad Social es un esquema de protección que ofrece el Estado a sus ciudadanos, en conjunto con un grupo de instituciones públicas y privadas.

5.2.1 AFILIACIONES Y PAGOS DEL SGSST CONTRATISTA

La interventoría verifica los pagos de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud del periodo salud 2026-07 y pensión 2026-08 del personal CONSORCIO VECGER 2021, que laboró en el transcurso de este mes.
Para la MS-GC-FR-013 – Herramienta Base de Revisión Cálculo de Seguridad Social. Es verificado el IBC de la planilla de seguridad social para el personal de plantilla mínima obligatoria en el contrato, es importante aclarar que al contratista se le solicitó tomar el anexo; Discriminación AIU-Contrato ICCU-140-2025 para su personal en etapa de obra.

El contratista cuenta con una matriz de personal de 11 profesionales activos de plantilla mínima y 34 de mano de obra no calificada, para un total de 45 personas laborando.

Tabla 3. Personal Seguridad Social Verificada Vicger

CONSORCIO VICGER 2021- CONTRATISTA

RELACION DEL PERSONAL DE OBRA CONTRATO No. 140 de 2025- JULIO 2026

ITEM	NOMBRE	CC	CARGO	% dedicación	FECHA INGRESO	FECHA RETIRO	TIPO DE CONTRATO	FRENTE DE OBRA	No. Planilla SS FEB-MAR
1	CARLOS ANDRES BALLESTAS	80.023.146	DIRECTOR	100%	2/04/2025		OBRA LABOR	ADMIN-OBRA	9509188377
2	CLAUDIA PATRICIA BALLESTAS	1.019.022.615	PROFESIONAL SST	100%	2/04/2025		OBRA LABOR	ADMIN-OBRA	9509188377
3	CARLOS IVAN GUTIERREZ GUEVARA	19.165.638	ESPECIALISTA	50%	2/04/2025		OPS	ADMIN-OBRA	1082529937
4	CASAS GARCIA BRAYAN FELIPE	1.016.082.534	INGENIERO AMBIENTAL	100%	4/11/2025		OBRA LABOR	ADMIN-OBRA	9509188377
5	GORDILLO GOMEZ ANGELA	52.394.442	PROFESIONAL SST	100%	15/5/2026		OBRA LABOR	ADMIN-OBRA	9509188377
6	CARDOZO ANDRES FERNANDO	10.105.688.025	INGENIERO RESIDENTE NARIÑO	100%	2/01/2026		OBRA LABOR	NARIÑO	9509188377
7	ESTHER TUÑON	1.048.609.602	RESIDENTE SOCIAL	100%	11/2/2026		OBRA LABOR	NARIÑO	9509188377
8	BOJACA DIANA ESPERANZA	52.154.882	RESIDENTE SOCIAL	100%	27/4/2026		OBRA LABOR	ADMIN-OBRA	9509188377
9	NUÑEZ GUILLERMO	1.052.616	INGENIERO RESIDENTE	100%	20/1/2025		OBRA LABOR	ADMIN-OBRA	9509188377
10	MATEUS PARDO GILBERT	1.096.906.644	INGENIERO RESIDENTE	100%	2/5/2026		OBRA LABOR	ADMIN-OBRA	9509188377
11	HENAO CRISTIIAN	1.018.505.287	INGENIERO RESIDENTE	100%	2/5/2026		OBRA LABOR	ADMIN-OBRA	9509188377
12	REYES LUIS CARLOS	3.102.127	AUX TRAFICO NARIÑO	100%	18/6/2026		OBRA LABOR	NARIÑO	9509188377
13	SOLER JOHAN STIVEN	1.070.004.440	OPERADOR RETRO CABRERA	100%	30/9/2025		OBRA LABOR	CABRERA	9509188377
14	GONZALEZ RAMIRO HERNANDO	3.361.126	OPERADOR VIBROCOMPACTADOR CABRERA	100%	1/10/2025		OBRA LABOR	CABRERA	9509188377
15	ROMERO GONZALEZ JIMMY DARIO	1.069.230.091	AYUDANTE	100%	3/10/2025		OBRA LABOR	CABRERA	9509188377
16	FORIGUA CARLOS HERNANDO	79.238.199	OPERADOR MOTONIVELADORA CABRERA	100%	9/2/2026		OBRA LABOR	CABRERA	9509188377
17	REYES ROJAS YULEIDY	1.003.748.724	AUX TRAFICO NARIÑO	100%	18/6/2026		OBRA LABOR	NARIÑO	9509188377

CONSORCIO VICGER 2021- CONTRATISTA

RELACION DEL PERSONAL DE OBRA CONTRATO No. 140 de 2025- JULIO 2026

ITEM	NOMBRE	CC	CARGO	% dedicación	FECHA INGRESO	FECHA RETIRO	TIPO DE CONTRATO	FRENTE DE OBRA	No. Planilla SS FEB-MAR
18	RICO RICO HECTOR ISAIAS	3.155.071	OPERADOR RETROEXCAVADORA PANDI	100%	19/1/2026		OBRA LABOR	PANDI	9509188377
19	PEDRAZA JORGE DILMAR	79.820.750	CONDUCTOR CARROTANQUE	100%	3/10/2025		OBRA LABOR	PANDI	9509188377
20	BONILLA JUAN ALFONSO	2.969.563	OPERADOR VIBRO PANDI	100%	16/2/2026		OBRA LABOR	PANDI	9509188377
21	VARELA RODRIGUEZ JESUS EDUARSO	93.461.471	AYUDANTE PANDI	100%	3/01/2026		OBRA LABOR	PANDI	9509188377
22	VARELA MORENO LUIS FELIPE	1.070.751.279	AYUDANTE PANDI	100%	3/1/2026		OBRA LABOR	PANDI	9509188377
23	CARVAJAR LAURA CAMILA	1.010.089.873	AUX TRAFICO JERUSALEN	100%	25/6/2026		OBRA LABOR	JERUSALEN	9509188377
24	ROMERO JOSE MIGUEL	79.869.713	OPERADOR MOTONIVELADORA	100%	11/05/2026		OBRA LABOR	NILO	9509188377
25	RODRIGUEZ AMAYA CIRO	14105469	OPERADOR MOTONIVELADORA	100%	17/03/2026		OBRA LABOR	CABRERA	9509188377
26	ALEJO CRUZ EDISON ALBERTO	1.022.351.814	AYUDANTE TIBACUY	100%	13/4/2025		OBRA LABOR	TIBACUY	9509188377
27	PUIN HERNANDEZ JOHN EDISON	413.525	AYUDANTE TIBACUY	100%	16/4/2026		OBRA LABOR	TIBACUY	9509188377
28	FARA VICTOR DANILO	1.073.558.668	AYUDANTE JERUSALEN	100%	23/6/2026		OBRA LABOR	JERUSALEN	9509188377
29	CHAVEZ CLAUDIA LILI	52.811.371	AYUDANTE JERUSALEN	100%	24/6/2026		OBRA LABOR	JERUSALEN	9509188377
30	**CRUZ ARAMBULA WENDY DANIELA**	**1.014.279.422**	**AUX TRAFICO JERUSALEN**	100%	**30/06/2026**		OBRA LABOR	JERUSALEN	AFILIACIONES
31	**RAMOS LUIS CARLOS**	**1.067.912.432**	**AYUDANTE NILO**	100%	**30/06/2026**		OBRA LABOR	NILO	AFILIACIONES
32	**ESCAMILLA ASTRIS**	**20.761.831**	**AUX TRAFICO NILO**	100%	**30/06/2026**		OBRA LABOR	NILO	AFILIACIONES
33	**CORREA JEIMMY**	**1.069.925.161**	**AUX TRAFICO NILO**	100%	**30/06/2026**		OBRA LABOR	NILO	AFILIACIONES
34	**RODRIGUEZ SIERRA LUIS FELIPE**	**1.003.523.427**	**AYUDANTE NILO**	100%	**30/06/2026**		OBRA LABOR	NILO	AFILIACIONES
35	**RICO DUBAN ERNESTO**	**1.069.732.357**	**AYUDANTE NILO**	100%	**1/7/2026**		OBRA LABOR	NILO	AFILIACIONES
36	**DIAZ MARIO ALEJANDRO**	**1.069.924.828**	**AYUDANTE NILO**	100%	**1/7/2026**		OBRA LABOR	NILO	AFILIACIONES

CONSORCIO VICGER 2021- CONTRATISTA									
RELACION DEL PERSONAL DE OBRA CONTRATO No. 140 de 2025- JULIO 2026									
ITEM	NOMBRE	CC	CARGO	% dedicación	FECHA INGRESO	FECHA RETIRO	TIPO DE CONTRATO	FRENTE DE OBRA	No. Planilla SS FEB-MAR
37	**REYES GOMEZ WERNEL DANIEL**	**1.003.568.843**	**AYUDANTE NILO**	100%	**1/7/2026**		OBRA LABOR	NILO	AFILIACIONES
38	**VILLALBA ROJAS CARLOS ALBERO**	**1.033.792.250**	**AYUDANTE JERUSALEN**	100%	06/07/2026		OBRA LABOR	JERUSALEN	AFILIACIONES
39	**PARRADO RUIZ ANGIE LORENA**	**1.004.037.144**	**AUX. TRAFICO VIOTA**	100%	21/07/2026		OBRA LABOR	VIOTA	AFILIACIONES
40	**TORRES CASTRO LAURA YULIETH**	**1.078.826.670**	**AUX. TRAFICO VIOTA**	100%	21/07/2026		OBRA LABOR	VIOTA	AFILIACIONES
41	**ROMERO RESTREPO ANDREY BERNARDO**	**1.026.250.212**	**AYUDANTE VIOTA**	100%	27/07/2026		OBRA LABOR	VIOTA	AFILIACIONES
42	**DAZA DIEGO ARMANDO**	**1.069.759.419**	**AYUDANTE VIOTA**	100%	27/07/2026		OBRA LABOR	VIOTA	AFILIACIONES
43	**PEREZ CAPERA ALBEIRO EUCLIDES**	**5.823.225**	**AYUDANTE VIOTA**	100%	27/07/2026		OBRA LABOR	VIOTA	AFILIACIONES
44	**MONTAÑO KEBIN ARBEY**	**1.007.413.305**	**AYUDANTE VIOTA**	100%	27/07/2026		OBRA LABOR	VIOTA	AFILIACIONES
45	**ESTEPA DIANA**	**52.968.492**	**SECRETARIA**	100%	**4/7/2026**		OBRA LABOR	ADMON	AFILIACIONES

Fuente. ECG 2025

5.2.2 AFILIACIONES Y PAGOS DEL SGSSS INTERVENTORÍA

La interventoría realiza los aportes de seguridad social y afiliaciones del personal que se encuentra activo para el presente periodo, los cuales son 18 profesionales de plantilla mínima.

Igualmente, se revisó la aplicación del formato MS-GC-FR-013 – Herramienta Base de Revisión Cálculo de Seguridad Social, utilizado para validar los valores de cotización y los periodos de pago reportados. Este control garantiza la trazabilidad y el cumplimiento de las obligaciones legales en materia laboral y de seguridad social. Es importante aclarar que el pago de la seguridad social se realiza mes vencido por parte del contratista. Pero para el personal de OPS, se puede presentar mes vencido o mes actual, cualquiera de las dos tiene valides.

Tabla 4. Personal Seguridad Social Verificada Interventoría

ECG INGENIERIA SAS- INTERVENTORIA								
RELACION DEL PERSONAL APROBADO CONTRATO No. 218 de 2025 –JULIO 2026								
Item	Nombre	Cedula	Cargo	CONTRATO	Fecha de Ingreso	Fecha de salida	% dedicación	No. Planilla SS—MAR-ABR
1	Javier Andrés Amaya	7186890	Residente	FIJO	2/04/2025		100%	93920324
2	Diana Patricia Avella Villamizar	60448600	Esp. Geotecnia	FIJO	9/06/2025		100%	93920324

ECG INGENIERIA SAS- INTERVENTORIA								
RELACION DEL PERSONAL APROBADO CONTRATO No. 218 de 2025 –JULIO 2026								
Item	**Nombre**	**Cedula**	**Cargo**	**CONTRATO**	**Fecha de Ingreso**	**Fecha de salida**	**% dedicación**	**No. Planilla SS—MAR-ABR**
3	Maria Fernanda Quintian Rovira	1095486312	Gestor Social 2	FIJO	2/07/2026		100%	901289190
54	Henry Alberto Cordoba Romero	80041860	Esp Hidraulica	FIJO	22/07/2025		100%	93920324
65	Elber Ramiro Olivares Barreño	79874828	Esp Pavimentos	FIJO	22/07/2025		100%	93920324
6	Karen Sofia Cely Chaparro	1029640197	Cadenero 2	FIJO	14/10/2025		100%	93920324
7	Jose Rodrigo Lopez Lopez	12978348	Topografo	FIJO	1/09/2025		100%	93920324
8	Viviana Fernanda Villamarin Tirano	1057593503	Esp. Ambiental	FIJO	2/04/2026		100%	93920324
9	Ysai Mena Quejada	1077445099	Profesional SST	FIJO	17/04/2026		100%	93920324
10	Leidy Biviana Parra Villarreal	1234640596	Residente	FIJO	16/01/2026		100%	93920324
11	Stefany Quintero Ospina	1120353722	Inspector	FIJO	19/01/2026		100%	93920324
12	Cristhian Alejandro Parada Buitrago	1010048998	Secretario	FIJO	16/01/2026		100%	93920324
13	Luis David Alvarez Cruz	1070619821	RESIDENTE	FIJO	6/02/2026		100%	93920324
14	Manuel Alberto Moreno Rodríguez	1105687444	RESIDENTE	FIJO	6/02/2026		100%	93920324
15	Evelin Navarro Isaza-	1097406060-	Profesional SST	FIJO	20/02/2026		100%	93920324
16	Gustavo Adolfo Crosby	6766736	Director	FIJO	2/03/2026		100%	93920324

Ver anexo 1. Seguridad social

5.3 INDUCCIONES

La inducción en seguridad y salud en el trabajo (SST) es un proceso de capacitación que se realiza a los nuevos empleados de una empresa. Su objetivo es que los trabajadores conozcan los riesgos y peligros de su trabajo, para prevenir accidentes y enfermedades laborales. La inducción SST es un proceso continuo que se basa en la mejora continua.

5.3.1 INDUCCION CONTRATISTA

La interventoría mediante revisión documental verificó que el contratista en el periodo del el 1 de julio al 31 de julio del 2026, se incorporaron dieciséis (16) colaboradores a los cuales se les realizo la inducción basándose en el SG-SST acerca de la Política integral (SST), Políticas organizacionales, Factores de riesgo del cargo, Matriz de peligros, Uso adecuado de los EPP´S, Responsabilidades en SST, asimilación de sus deberes y derechos, reglamento interno de trabajo, reglamento de higiene y seguridad industrial, trabajo en equipo, buen ambiente laboral, notificación de riesgos, plan de emergencia.

5.3.2 INDUCCIÓN INTERVENTORÍA

La interventoría durante el periodo comprendido entre el 1 de julio al 31 de julio del 2026, la interventoría realizo una induccion al personal nuevo, las inducciones que se realizan se basan en el SG-SST hablando sobre Política integral (SST), Políticas organizacionales, Factores de riesgo del cargo, Matriz de peligros,

Uso adecuado de los EPP´S, Responsabilidades en SST, asimilación de sus deberes y derechos, reglamento interno de trabajo, reglamento de higiene y seguridad industrial, trabajo en equipo, buen ambiente laboral, notificación de riesgos, plan de emergencia.

Anexo 1. Inducciones

5.4 CONCEPTOS DE ACTITUD MEDICO OCUPACIONAL INGRESO, PERIODICO Y EGRESO.

Resolución 1843 de 2025: La norma más reciente que detalla directrices para evaluaciones médicas ocupacionales (ingreso, periódicas, egreso), sus pruebas, manejo de la historia clínica, y obligaciones de empleadores e IPS, exigible desde diciembre de 2025

La normatividad de exámenes ocupacionales en Colombia se centra en la Resolución 1843 de 2025, que actualiza y reemplaza la Resolución 2346 de 2007, regulando evaluaciones médicas preventivas, periódicas y de egreso dentro del SG-SST, prohibiendo pruebas sensibles (embarazo, VIH, VDRL) como requisito de ingreso, y estableciendo que los empleadores cubren el costo y tiempo de los exámenes, garantizando confidencialidad y derechos del trabajador

La actitud del médico ocupacional es crucial para la salud laboral, ya que implica una combinación de habilidades técnicas y personales como la empatía, la investigación y la cooperación para promover un entorno de trabajo seguro, prevenir enfermedades y proteger el bienestar físico y mental de los empleados. Su importancia radica en la evaluación de riesgos, la promoción de la salud, el cumplimiento normativo y el apoyo en la rehabilitación, beneficiando tanto a los trabajadores como a la empresa al reducir accidentes.

5.4.1 CONCEPTOS DE ACTITUD PERSONAL CONTRATISTA

El contratista presentó dieciséis (16) examen médico ocupacional de ingreso del personal contratado que se vinculó al proyecto. La interventoría realizó verificación de los exámenes previos al ingreso del personal y observó que los centros médicos elegidos por el CONSORCIO VECGER 2021 para la realización de estos exámenes se verifico que fueran realizados en IPS de seguridad ocupacional las cuales cuentan con licencia de funcionamiento y están inscritas ante la Secretaría de Salud.

5.4.2 CONCEPTOS DE ACTITUD PERSONAL INTERVENTORÍA

La interventoría realizo dos exámenes médicos de ingreso al personal nuevo, estos exámenes se realizan en centros médicos que cuentan con licencia de funcionamiento y están inscritas ante la Secretaría de Salud.

Anexo 2. Exámenes ocupacionales

5.5 NOTIFICACIÓN DE EXAMEN DE EGRESO

La notificación del examen de egreso es crucial porque documenta el estado de salud del trabajador al finalizar la relación laboral, protegiendo tanto al empleado como a la empresa. Para el empleado, ayuda

a identificar y controlar posibles afecciones relacionadas con el trabajo para futuras necesidades de salud. Para el empleador, sirve como prueba para prevenir reclamos legales por enfermedades que pudieron haber surgido durante el empleo y ayuda a evaluar las políticas de salud y seguridad laboral.

5.5.1 NOTIFICACIÓN DE EGRESO CONTRATISTA

Durante el periodo entre el 1 de julio al 30 de julio de 2026, el contratista notifico 2 colaboradores retirados donde el contratista notifico la realización del examen de egreso.

5.5.2 NOTIFICACIÓN DE EGRESO INTERVENTORIA

Durante el periodo entre el 1 de julio al 31 de julio de 2026, la interventoría notifico una colaboradora para realizarse exámenes de egreso no presentó retiros.

5.6 CAPACITACIONES

Las capacitaciones en seguridad y salud en el trabajo son importantes porque reducen accidentes, aumentan la productividad, garantizan el cumplimiento legal, reducen costos. Estas capacitaciones permiten al personal identificar y mitigar riesgos, manejar equipos de forma segura, responder adecuadamente ante emergencias y, en general, crear un ambiente laboral más seguro y saludable.

5.6.1 CAPACITACIONES CONTRATISTA

La interventoría verifica que durante el presente periodo el contratista realizó las capacitaciones acordes al cronograma de actividades aprobado para el contrato. A continuación, se relacionan las capacitaciones y charlas realizadas durante el mes:

Tabla 3. Cronograma De Capacitaciones Vicger Contratista

CRONOGRAMA DE CAPACITACIONES VICGER CONTRATISTA					
PERIODO	**FECHA**	**CAP**	**CHARLA**	**TEMA**	**No. PART**
INFORME No 7-OBRA-julio 2026	08/07/2026	X		Peligro de sustancias química	10
	15/07/2026	X		Evaluación de productos de sustancia químicas	8

5.6.2 CAPACITACIONES INTERVENTORÍA

Durante el presente periodo se realiza capacitación al personal administrativo en cumplimiento al plan de trabajo y cronograma de capacitaciones del SG SS.

Tabla 4. Cronograma De Capacitaciones Interventoría

CRONOGRAMA DE CAPACITACIONES INTERVENTORIA					
PERIODO	**FECHA**	**CAP**	**CHARLA**	**TEMA**	**No. PART**
INFORME No 7-INTERV-julio 2026	14/07/2026	x		Riesgo físico en obra	19
	24/07/2026	x		Riesgo biomecánico	19

Anexo 3. Soporte de capacitaciones

5.7 ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

La importancia de los EPP (Equipos de Protección Personal) en el trabajo radica en que protegen al trabajador de riesgos laborales, previniendo accidentes y enfermedades ocupacionales. Su uso adecuado es fundamental para la salud del empleado, el cumplimiento de normativas, la prevención de sanciones para la empresa y la creación de una cultura de seguridad.

5.7.1 ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL CONTRATISTA

Durante el periodo comprendido entre el 1 de julio al 30 de julio del 2026, se evidencia que el contratista realizo la entrega de elementos de protección y dotación corporativa a los operarios de maquinaria y personal de obra en los frentes de obras activos.

La interventoría verifica en campo y solicito al contratista la reposición de EPP por deterioro, necesarios para el desarrollo de sus actividades.





Entrega de epp

FUENTE. ECG-2025

5.7.2 ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL INTERVENTORÍA

Durante el periodo comprendido entre el 1 de julio al 31 de julio del 2026, esta interventoria realizo entrega de dotación y elementos de protección personal al personal nuevo, además todo el personal activo cuenta con los elementos de protección personal propicios para las tareas como Jean, camisas, casco, gafas, protector auditivo de diadema y botas.





Entrega de EPP

FUENTE. ECG-2025

Anexo 4. Entrega de dotación y EPPs

5.8 INSPECCIONES

Las inspecciones de seguridad en el trabajo son cruciales porque permiten identificar y corregir peligros y riesgos antes de que causen accidentes, protegiendo la integridad de los trabajadores, optimizando el uso de los recursos y cumpliendo con la normativa legal. Su implementación sistemática ayuda a prevenir lesiones, reduce costos y promueve un ambiente laboral que aumenta la motivación y el compromiso del personal.

5.8.1 INSPECCIONES CONTRATISTA

Durante el periodo comprendido entre el 1 de julio al 31 de julio del 2026, La interventoría verifica documentalmente las inspecciones realizadas, según la ejecución del cronograma de inspecciones del contratista, el cual está implementando con la realización de:

- Ats, Permisos para actividades de uso de equipos como rana, taladro percutor etc.

- ✓ Inspección elementos de emergencia.
- ✓ Inspección elementos de protección personal.
- ✓ Inspección volqueta y maquinaria.
- ✓ AP-SST-FR-030INSPECCINDESEGURIDADYSALUDENELTRABAJOPARAOBRAS

5.8.2 INSPECCIONES INTERVENTORÍA

Durante el periodo comprendido entre el 1 de julio al 31 de julio del 2026, se realizan inspecciones de:

- ✓ Inspección vehículos.
- ✓ AP-SST-FR-030INSPECCINDESEGURIDADYSALUDENELTRABAJOPARAOBRAS
- ✓ D1-HerramientaCalificación de Desempeño julio 2026 SST

Anexo 5. Inspecciones

5.10 COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL

La importancia del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST) radica en prevenir riesgos laborales y promover un ambiente físico seguro, mientras que el Comité de Convivencia Laboral (COCOLA) se enfoca en prevenir el acoso y promover un ambiente laboral respetuoso y saludable para la salud mental. Ambos son cruciales, el primero busca la seguridad física y el segundo la salud psicológica y el respeto mutuo.

5.10.1 COPASST CONTRATISTA

El contratista de obra realiza la reunión No 15 del copasst dando cumplimiento al cronograma de su SG SST.

5.10.2 COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL- CCL- CONTRATISTA

Para el presente mes según cronograma el contratista realizo la reunión No 13 del CCL, al igual no tuvo ningún evento que necesitara aplicar la normatividad aplicable.

5.10.3 COPASST INTERVENTORÍA

La interventoría realiza la reunión No 15 del copasst dando cumplimiento al cronograma de su SG SST.

5.10.4 COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL- CCL- INTERVENTORIA

La interventoría realiza la reunión No 13 del CCL dando cumplimiento al cronograma de su SG SST.

Tabla 5. Actas Copasst- CCL Contratista E Interventoría

ITEM	INTERVENTORIA ECG				CONTRATISTA VICGER			
	COPASST		CCL		COPASST		CCL	
	FECHA	No. DE ACTA	FECHA	No. DE ACTA	FECHA	No. DE ACTA	FECHA	No. DE ACTA
1	28/04/2025	CONSTITUCION	28/04/2025	CONSTITUCION	28/04/2025	0	28/04/2025	1
2	28/05/2025	1	28/05/2025	1	28/05/2025	1	N/A	2
3	28/06/2025	2	N/A	N/A	28/06/2025	2	N/A	N/A
4	28/07/2025	3	N/A	N/A	28/07/2025	3	28/07/2025	3
5	28/08/2025	4	28/08/2025	2	28/08/2025	4	N/A	N/A
6	28/09/2025	5	N/A	3	28/09/2025	5	N/A	N/A
7	28/10/2025	6	28/08/2025	4	20/10/2025	6	20/10/2025	4
8	28/11/2025	7	28/11/2025	5	20/10/2025	7	20/11/2025	5
9	28/12/2025	8	28/12/2025	6	19/12/2025	8	19/12/2025	6
10	27/01/2026	9	28/01/2026	7	20/01/2026	9	20/01/2026	7
11	27/02/2026	10	28/02/2026	8	20/2/20206	10	20/02/2026	8
12	26/03/2026	11	28/03/2026	9	20/03/2026	11	20/03/2026	9
13	24/04/2026	12	28/04/2026	10	20/04/2026	12	20/04/2026	10
14	28/05/2026	13	28/05/2026	11	20/05/2026	13	20/05/2026	11
15	19/06/2026	14	19/06/2026	12	26/06/2026	14	26/06/2026	12
16					21/07/2026	15	21/07/2026	13

Anexo 10. COPASST Y CCL

5.11 INDICADORES SG SST

Los indicadores de seguridad y salud en el trabajo son cruciales para evaluar la efectividad de las políticas, identificar riesgos, mejorar el desempeño de los programas preventivos y, en última instancia, garantizar un ambiente laboral más seguro y saludable. Su importancia radica en que permiten cuantificar el cumplimiento de la legislación, reducir costos asociados a incidentes, monitorear el bienestar de los empleados y tomar decisiones informadas para prevenir accidentes y enfermedades profesionales.

Imagen. Indicadores de Gestión.

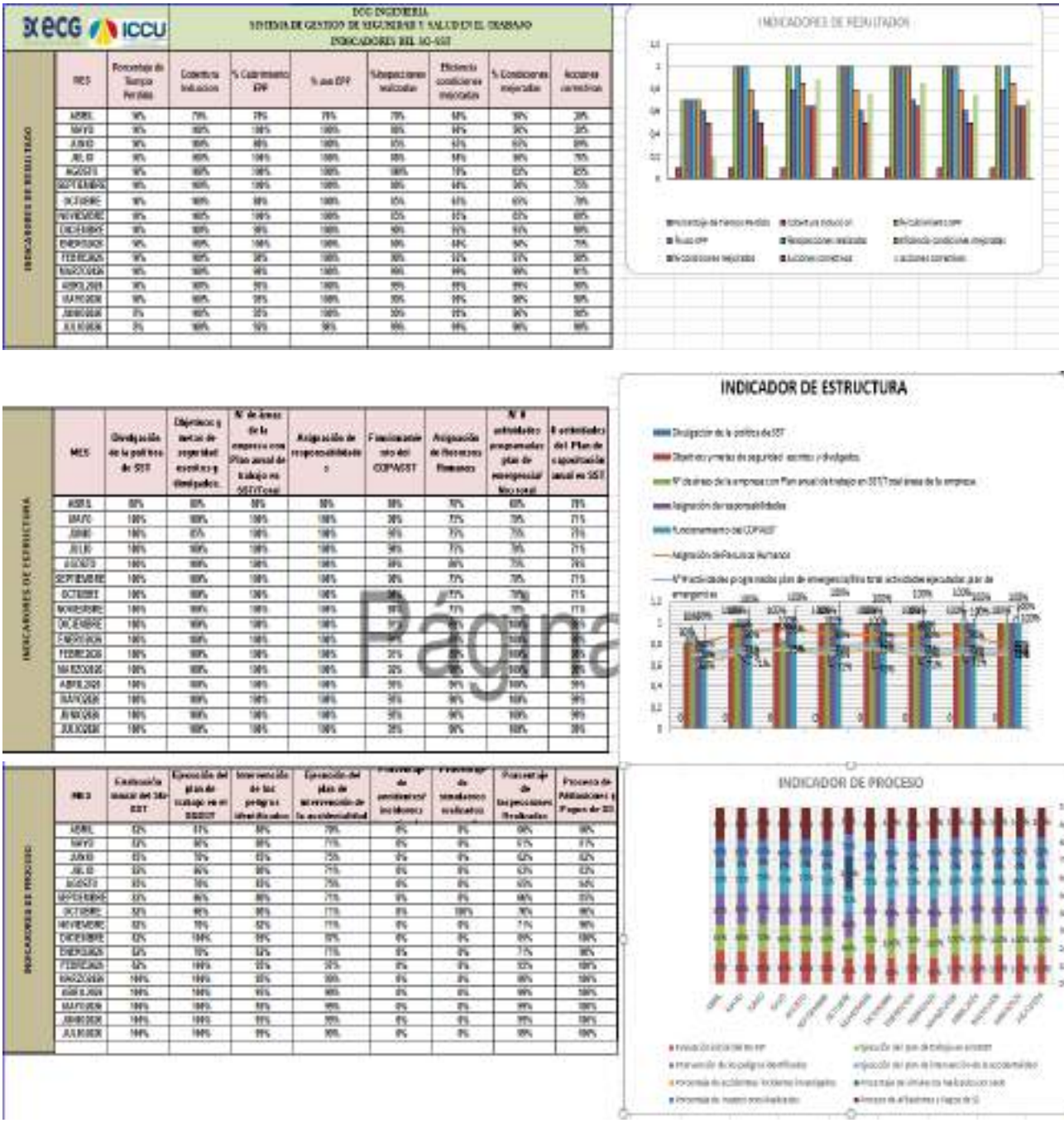
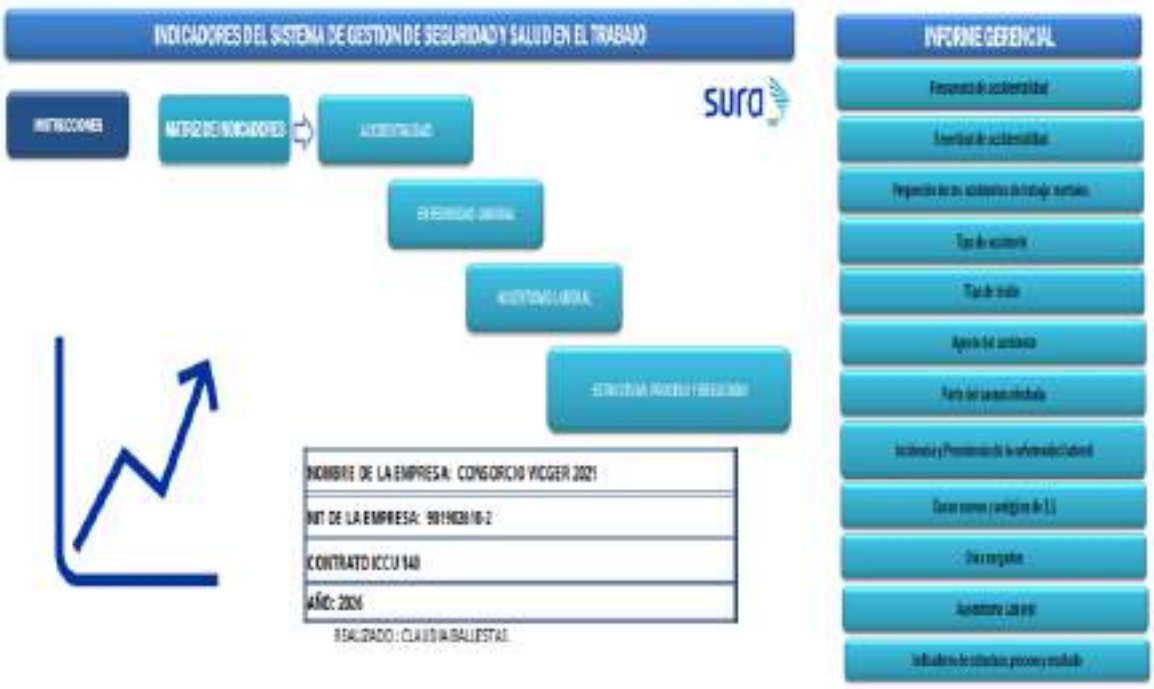


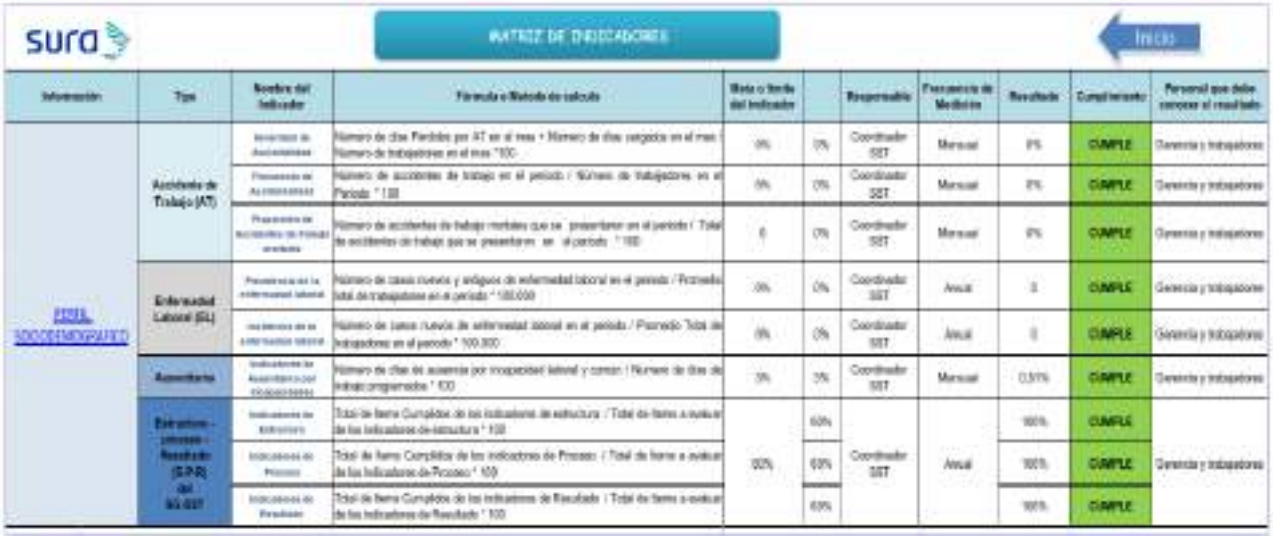
Tabla 6. Indicadores SG SST Interventoría

5.11.1 INDICADORES AT SST CONTRATISTA

Durante el periodo comprendido entre el 1 de julio al 31 de julio del 2026, el contratista de obra cuenta con los siguientes indicadores de gestión de la seguridad y salud en el trabajo establecidos mediante Resolución 312 de 2019, en su artículo 30, se programa su verificación y validación del nivel de cumplimiento.

Durante el mes de julio no se presentaron accidentes de trabajo asociados a las actividades del contratista. en caso de presentarse algún evento de accidentalidad, la Interventoría realizará el seguimiento al registro y gestión de los eventos reportados, verificando que el contratista efectúe la investigación de incidentes y accidentes conforme a la Resolución 1401 de 2007, incluyendo la identificación de causas inmediatas y básicas, la implementación de medidas correctivas y preventivas y el seguimiento a su cierre dentro del SG-SST.



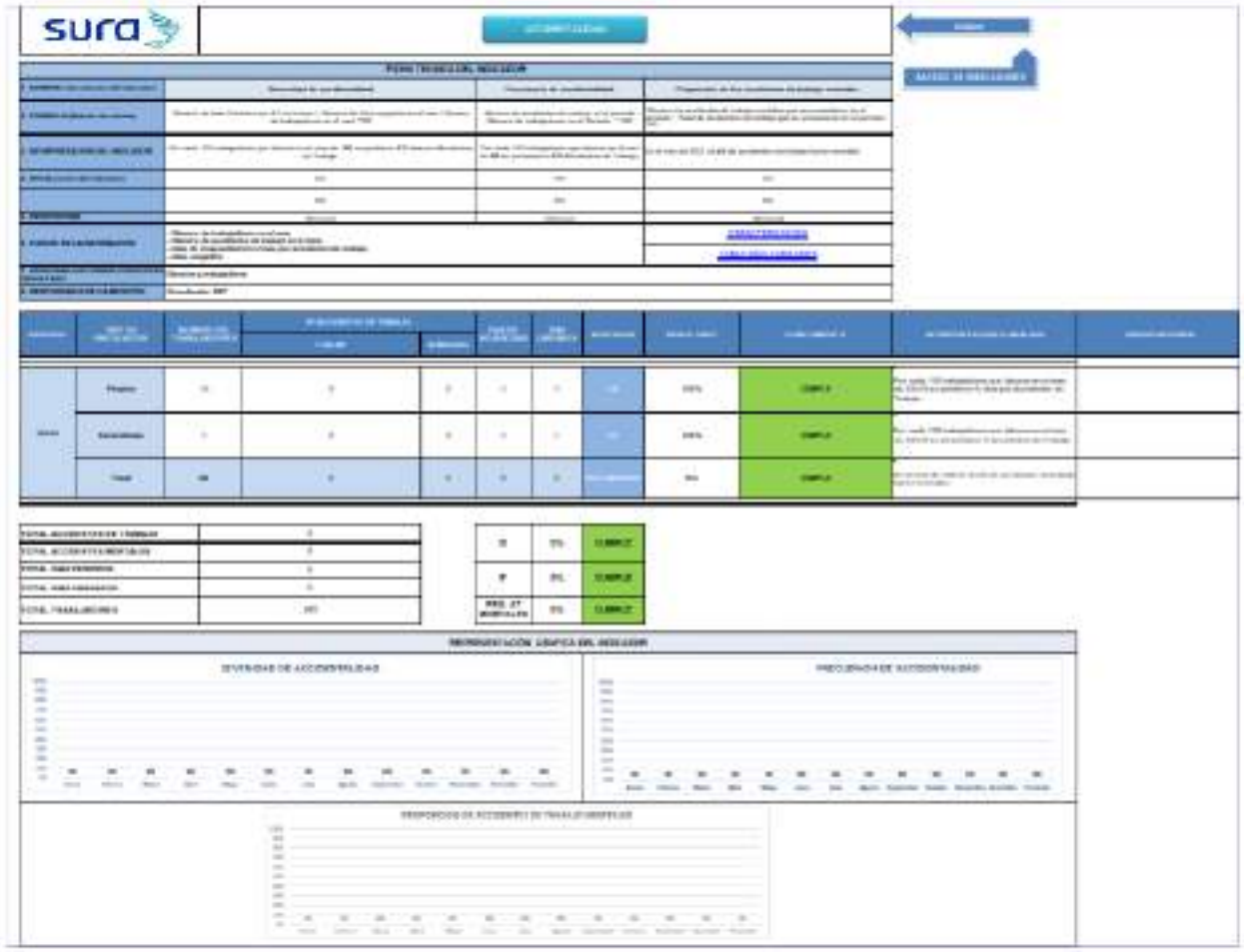


sura

MATRIZ DE INDICADORES

INICIO

Información	Tipo	Nombre del Indicador	Fórmula o Método de calculo	Meta o límite del indicador		Responsable	Frecuencia de Medición	Resultado	Cumplimiento	Personal que debe conocer el resultado
PANEL INDICADORES(PUNTO)	Accidentes de Trabajo (AT)	Severidad de Accidentalidad	Número de días Perdidos por AT en el mes + Número de días cargados en el mes / Número 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
	Enfermedad Laboral (EL)	Prevalencia de la enfermedad 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 accidentalidad	Número de días de ausencia por incapacidad laboral y comun / Numero de días de trabajo programados * 100	3%	3%	Coordinador SST	Mensual	0,97%	CUMPLE	Gerencia y trabajadores
	Estructura - proceso - Resultado (S.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	95%	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	



sura


sura

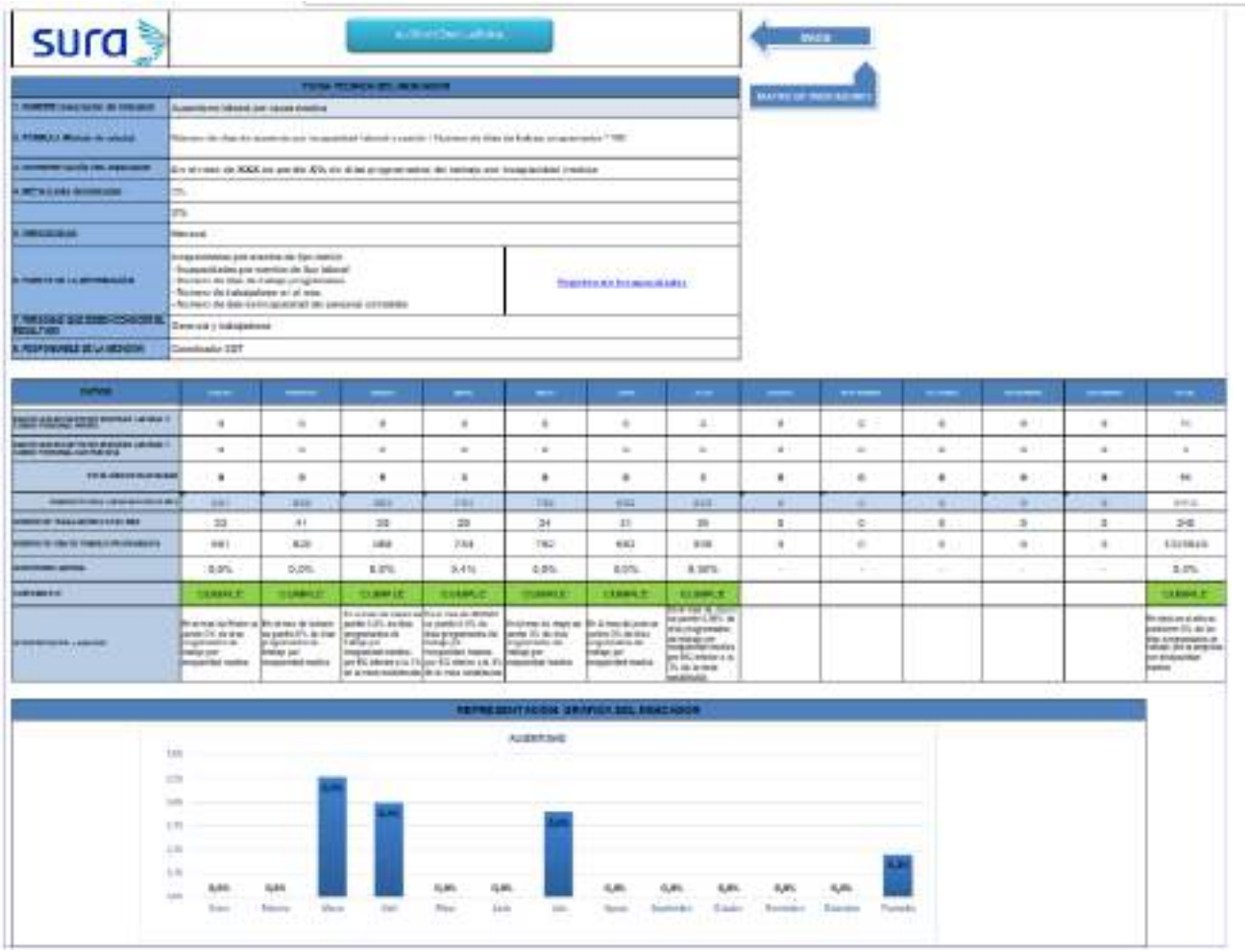

sura



Tabla 7. Indicadores AT Contratista

5.11.2 INDICADORES AT SST INTERVENTORÍA

EGC INGENIERIA cuenta con los indicadores correspondientes para evaluar la efectividad en la implementación de la mejora continua del ciclo PHVA del SG-SST, estos son medibles, evaluables y calificables.

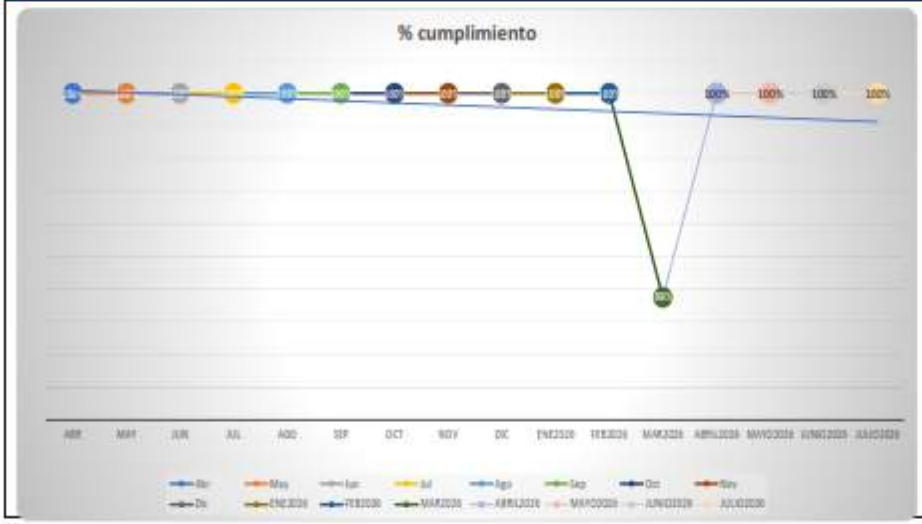
Durante el periodo comprendido entre el 1 de julio al 31 de julio del 2026, no se presentaron accidentes, incidentes o enfermedades laborales.

Tabla 8. Indicadores Hallazgo- AT-PTA Interventoría

INDICADOR PLAN DE TRABAJO ANUAL SST	
Definición del Indicador:	CUMPLIMIENTO
Meta - Límite del Indicador:	80%
Fórmula - Método del Cálculo:	(No. Actividades ejecutadas / No. Actividades planeadas)*100
Fuente de la Información para el Cálculo:	Actividades del hacer del programa
Periodicidad del Reporte:	Trimestral
Personas que deben conocer el resultado:	Gerente - Representante por la Dirección

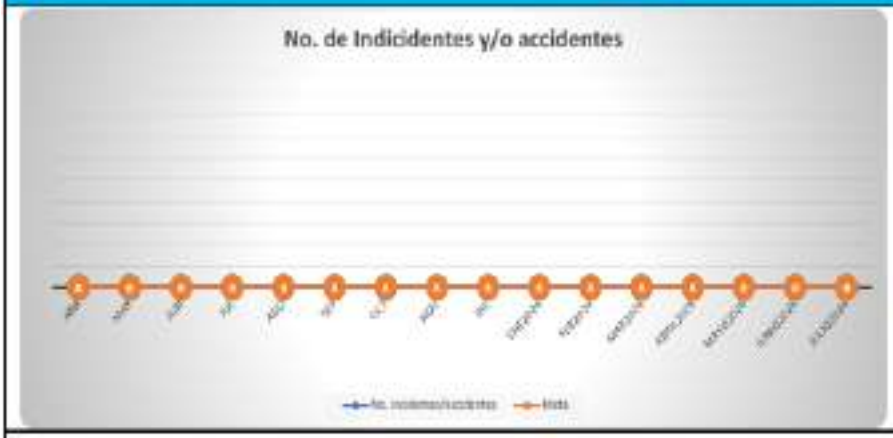
2. DATOS																
Variables	CRONOGRAMA 2025-2026															
	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	ENE2026	FEB2026	MAR2026	ABRIL2026	MAYO2026	JUNIO2026	JULIO2026
No. Actividades Ejecutadas	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	0	7	7	7	6	6
No. Actividades Planeadas	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	0	8	7	7	6	6
% cumplimiento Programa	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	88%	100%	100%	100%	100%
Meta	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%

3. GRÁFICA



Definición del indicador:	EFICACIA
Meta - Límite del indicador:	0%
Formula - Método del Cálculo:	N° de incidentes y/o accidentes presentados
Fuente de la información para el Cálculo:	Registro Investigación de Incidentes
Periodicidad del Reporte:	Trimestral
Personas que deben conocer el resultado:	Director - Responsable por la Dirección

variables	CRONOGRAMA 2025-2026															
	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	ENE/2026	FEB/2026	MAR/2026	ABR/2026	MAY/2026	JUN/2026	JUL/2026
No. incidentes/accidentes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Meta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0





Anexo 11. Certificado AT-Indicadores

5.12 MAQUINARIA, EQUIPOS Y VEHICULO

Realizar el chequeo preoperacional diario es una práctica esencial en cualquier entorno laboral que implique el uso de vehículos o maquinaria. Este procedimiento, a menudo subestimado, es fundamental para garantizar la seguridad de los trabajadores y la eficiencia operativa. No solo se trata de cumplir con las normativas legales, sino de establecer una cultura de seguridad que proteja tanto a las personas como a los activos de la empresa.

El chequeo preoperacional diario implica una revisión exhaustiva de las condiciones del vehículo o maquinaria antes de su uso. Esta inspección puede detectar problemas mecánicos, eléctricos o

estructurales que, de no ser identificados a tiempo, podrían llevar a fallos graves durante su operación. La prevención de estos incidentes no solo evita accidentes, sino que también contribuye a mantener un flujo de trabajo constante y eficiente.

5.12.1 MAQUINARIA, EQUIPOS Y VEHICULOS CONTRATISTA

Para el presente periodo se relaciona la maquinaria y equipos aprobados por la interventoría y el cual está en el equipo mínimo ofertado del CONSORCIO VICGER 2021.

En el mes de julio, además, se realizó la verificación de vehículos asignados al proyecto, revisando su documentación legal (SOAT, revisión técnico-mecánica, tarjeta de propiedad y licencia de conducción del operador), la cual se encontró vigente y conforme a los requisitos normativos aplicables.

Tabla 9. Maquinaria Y Vehículos Consorcio Vicger 2021 Cto 140 de 2025

MAQUINARIA CONSORCIO VICGER 2021 CTO 140 DE 2025								
ITEM	**CODIGO**	**TIPO**	**MODELO**	**MARCA**	**AÑO FABRICA**	**SERIE/CHASIS**	**MARCA MOTOR**	**MODELO MOTOR**
1	CR-40 CPT-07	VIBROCOMPACTADOR	3411	HAMM	2020	WGH0H179KHAA02885	DEUTZ	TCD2012L04
2	CR-40 CPT-02	VIBROCOMPACTADOR	3411	HAMM	2020	WGH0H179KHAA02867	DEUTZ	TCD2012L04
3	CC-812	RETROEXCAVADRA	420E	CATERPILLAR	2008	CAT0420ETHLS06986	G4D24858	G4D16230
4	MT-08	MOTONIVELADORA	GD555-5	KOMATSU	2022	KMTGD025VNA056648	KOMATSU	SAA6017E-1
5	MT-07	MOTONIVELADORA	GD555-5	KOMATSU	2022	KMTGD025VNA056651	KOMATSU	SAA6017E-1
6	MC043282	MOTONIVELADORA	GD555-5	CATERPILLAR	2007	CAT0120HV5FM05251	4TF91839	1488338
7	CC-810	RETROEXCAVADRA	2007	CATERPILLAR	2007	EHLS04751	420E	G4D16229
8	MC031114	COMPACTADOR	2014	CATERPILLAR	2014	CATCS533CT.JL04509	CST07992	CS-533E

EHICULOS CONSORCIO VICGER 2021 CTO 140 DE 2025								
IETM	**PLACA**	**VEHICULO**	**MODELO**	**MARCA**	**LICENCIA DE TRANSITO**	**SOAT LIMITE**	**TECNOMECANICA**	**CONDUCTOR-LICENCIA**
1	HJT 233	CAMIONETA	2014	NISSAN	0	4/06/2026	5/06/2026	JORGE DILMAN PEDRAZA MORENO
2	KQZ 963	CAMIONETA	2022	NISSAN	10027061594	13/10/2025	0	PEDRO ANTONIO GARAVITO BELTRAN
3	PMS886	CAMIONETA	2025	TOYOTA	100314843470	29/01/2026	0	DIANA CONSTANZA IDARRAGA SERNA
4	SRP895	CAMION TANQUE	2011	INTERNATIONAL	10001101115	25/04/2026	24/01/2026	NG
5	ERL198	CAMION ESTACAS	2019	HINO	10016592418	27/04/2026	24/04/2026	NG
6	RZO826	CAMIONETA DOBLE CABINA	2010	CHEVROLETH	10035181161	26/03/2026	8/04/2026	NG

VOLQUETAS						
ITEM	**PLACA**	**MARCA**	**MODELO**	**TP**	**SOAT**	**RTM**
1	SSX048	INTERNATIONAL	2013	10027233676	24/06/2026	23/06/2026
2	EYY559	CHEVROLET	2020	10035804050	14/09/2026	24/06/2026
3	TLM710	INTERNATIONAL	2013	10031106750	19/08/2026	26/11/2019
4	SKP363	FREIGHTLINER	2012	10026127492	26/06/2026	26/01/2027
5	SOI807	INTERNATIONAL	2011	10010624365	11/05/2026	25/05/2026
6	SKY981	INTERNATIONAL	1995	10030061976	9/09/2026	28/07/2026
7	WXA276	INTERNATIONAL	1995	10037272993	8/04/2026	8/09/2026
8	VCM815	INTERNATIONAL	2008	10027837435	20/02/2026	14/12/2026
9	SKO799	INTERNATIONAL	2008	10030338213	30/01/2027	30/01/2027
10	TDM697	KENWORTH	2009	10036046537	18/01/2027	16/01/2027
11	CQT917	FREIGHTLINER	2019	10039417287	30/08/2026	30/05/2026

5.12.2 VEHICULOS INTERVENTORIA

Para el presente periodo se relaciona el vehículo aprobado en el plan de calidad del ECG INGENIERIA el cual fue utilizado en el mes, se adjuntan los soportes del vehículo tales como: Soat, tecno mecánica, licencia de propiedad.

Tabla 10. Vehículos ECG Ingeniería Cto 128 de 2025

VEHICULOS ECG INGENIERIA CTO 128 DE 2025							
IETM	**PLACA**	**VEHICULO**	**MODELO**	**MARCA**	**LICENCIA DE TRANSITO**	**SOAT VIGENCIA**	**TECNOMECANICA**
1	DEK 156	CAMPERO	2011	SUBARU	10035145115	5/07/2027	28/06/2027
2	IXQ768	CAMIONETA	2017	RENAULT	10031652158	15/09/2026	2026/09/11
3	GQS908	CAMPERO	2020	RENAULT	10038036139	27/02/2027	07/10/2026

Anexo 6. Documentos vehículo y preoperacionales

5.13 PLAN DE MANEJO DE TRÁFICO

Teniendo en cuenta los PMT de aprobación de la secretaria de Movilidad se realizó la implementación, a continuación, se relaciona los respectivos COIS de aprobación por cada frente de obra:

Tabla 11. PMT Frentes De Obra

ITEM	PMT	PROVINCIA	FECHA
1	TIPICO 1	SUMAPAZ	10/10/2025
2	TIPICO 2	SUMAPAZ	10/10/2025
3	TIPICO 3	SUMAPAZ	10/10/2025
4	TIPICO 4	SUMAPAZ	10/10/2025
5	TIPICO 5	SUMAPAZ	10/10/2025

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- ✓ Inicio de Obra y Cumplimiento Legal: Verificando la fase constructiva en julio de 2026, se continúa cumpliendo con la debida acreditación del personal y el funcionamiento normativo de los comités COPASST y CCL, lo que asegura la participación activa de los trabajadores y el cumplimiento de la ley vigente.
- ✓ Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST): La interventoría validó la ejecución del Sistema de Gestión del Consorcio VICGER, destacando el cumplimiento estricto del cronograma de capacitaciones, la entrega de EPP y la ausencia total de incidentes o accidentes laborales durante el periodo reportado.
- ✓ Seguridad Vial y Operativa: Se garantizó la operatividad segura mediante el control documental y mecánico riguroso de los vehículos (inspecciones preoperacionales), sumado a la correcta implementación del Plan de Manejo de Tránsito (PMT), logrando mitigar riesgos de accidentalidad en los tramos intervenidos.
- ✓ Sostenibilidad Preventiva: Se determinó la necesidad de dar continuidad a los procesos de inspección preventiva y al seguimiento de compromisos en los comités internos, con el fin de mantener los estándares de seguridad alcanzados hasta el momento.
- ✓ Se realizó el control documental del vehículo destinado al proyecto, verificando la vigencia de los documentos obligatorios (SOAT, revisión técnico-mecánica, tarjeta de propiedad y licencia del conductor), encontrándose conformes con los requisitos establecidos.
- ✓ Mantener la implementación de inspecciones preoperacionales a vehículos, equipos y herramientas, fortaleciendo el registro y control de estas actividades como medida preventiva.

Elaboro:



Profesional SST Interventoria
Ysai Mena Quejada
Ing Ambiental Esp SST
ECG Interventoria SAS

5.3.7 INFORME SST

ANEXOS INTERVENTORIA SST

ANEXO 1 SEGURIDAD SOCIAL-DOCUMENTOSPERSONAL-NOMINAS

ANEXO 2 PAZ Y SALVOS-RETIRO

ANEXO 3 INDUCCIONES

ANEXO 4 EXAMENES OCUPACIONALES

ANEXO 5 NOTIRIESGO Y NOTIEGRESO

ANEXO 6 CAPACITACIONES

ANEXO 7 EPPS Y DOTACIÓN

ANEXO 8 ACTIVIDADES E INSPECCIONES

ANEXO 9 COPASST Y CCL

ANEXO 10 CERTIFICADOS DE ACCIDENTABILIDAD

ANEXO 11 DOCUMENTOS VEHICULOS

ANEXO 12 INDICADORES AT-AUSENTISMO.SG-SST

ANEXO 13 PMT-SEÑALIZACION

ANEXO 14 REGISTRO FOTOGRAFICO

RELACION DEL PERSONAL APROBADO CONTRATO No. 218 de 2025 JULIO-2026								
Item	**Nombre**	**Cedula**	**Cargo**	**CONTRATO**	**Fecha de Ingreso**	**Fecha de salida**	**% dedicación**	**RADICADO-APROBADO**
1	Carlos Andrés Chaparro Pulido	1053538363	Director	FIJO	9/10/2025	13/05/2026	100%	ICCU-S-2025-0007409
2	Javier Andrés Amaya	7186890	Residente	FIJO	2/04/2025		100%	OF/ 02 de abril 2025
3	Silvia Juliana Quintian	1022384708	Gestor Social	FIJO	2/04/2025	12/02/2026	100%	OF/ 02 de abril 2025
4	Luis Alejandro Rodrigues Rojas	7175302	Director	FIJO	2/04/2025	30/10/2025	100%	OF/ 02 de abril 2025
5	German Agusto Coy Lopez	1049621554	Esp. Pavimentos	FIJO	30/04/2025	20/07/2025	100%	OF/ 02 de abril 2025
6	Rolando Arturo Espitia	7176439	Ingeniero SIG	FIJO	2/04/2025	4/12/2025	100%	OF/ 02 de abril 2025

RELACION DEL PERSONAL APROBADO CONTRATO No. 218 de 2025 JULIO-2026								
Item	**Nombre**	**Cedula**	**Cargo**	**CONTRATO**	**Fecha de Ingreso**	**Fecha de salida**	**% dedicación**	**RADICADO-APROBADO**
7	Diana Patricia Avella Villamizar	60448600	Esp. Geotecnia	FIJO	9/06/2025		100%	ICCU-I-2025-0002099
8	Yennifer Andrea Leguizamón Gonzalez	1118552199	Esp. Ambiental	FIJO	9/06/2025	20/03/2026	100%	ICCU-I-2025-0002099
9	Maria Fernanda Quintian Rovira	1095486312	Gestor Social 2	FIJO	2/07/2026		100%	25CO2DTA140
10	Paula Alejandra Alvarez Rodriguez	1003614744	Inspector Vial	FIJO	9/06/2025	30/01/2026	100%	ICCU-I-2025-0002099
11	Jhonatan alexander ovalles velasquez	1093907793	Secretario	FIJO	2/04/2025	30/12/2025	100%	No se envio HV para aprobacion NO REQUIERE APROBACION
12	Henry Alberto Cordoba Romero	80041860	Esp Hidraulica	FIJO	22/07/2025		100%	ICCU-I-2025-0004438
13	Elber Ramiro Olivares Barreño	79874828	Esp Pavimentos	FIJO	22/07/2025		100%	ICCU-I-2025-0004438
14	Sandra Milena Mena Hinestroza	35587292	Cadenero 2	FIJO	1/09/2025	30/09/2026	100%	No se envio HV para aprobacion
15	Karen Sofia Cely Chaparro	1029640197	Cadenero 2	FIJO	14/10/2025		100%	ICCU-I-2025-0013764
16	José Gabriel Gonzalez Bohorquez	1001044207	Cadenero 1	FIJO	1/05/2025	90/01/2026	100%	No se envio HV para aprobacion NO
17	Jose Rodrigo Lopez Lopez	12978348	Topografo	FIJO	1/09/2025		100%	RADICADO
18	Edison David Ramirez Bautista		Ingeniera de Apoyo	FIJO	1/09/2025	30/12/2026	100%	NO TENGO RADICACION
19	Andres Gustavo Pinzon Ubaque	79761903	Director	FIJO	26/10/2025	28/02/2026	100%	ICCU-I-2025-0013764
20	Carolina Lesmes Guerrero	1105613258	Profesional SISO	FIJO	9/06/2025	30/09/2025	100%	ICCU-I-2025-0002099
21	Sandra Yaneth Tovar Solorzano	52156578	Profesional SST	FIJO	14/10/2025	30/03/2026	100%	ICCU-S-2025-0007409
22	Leidy Biviana Parra Villarreal	1234640596	Residente	FIJO	16/01/2026		100%	25C02_DTA_076
23	Stefany Quintero Ospina	1120353722	INSPECTORA	FIJO	19/01/2026		100%	25C02_DTA_076
24	Cristhian Alejandro Parada Buitrago	1010048998	Secretario	FIJO	16/01/2026		100%	25C02_DTA_076
25	Maria Clara Diaz Medina	1070608527	Residente	FIJO	2/02/2026	15/05/2026	100%	260120_25C02_DTA_078- ICCU-S-2026-0000664
26	Heiver Stiven Arroyo Arias	1,109,413,341	CADENERO	FIJO	3/02/2026	01/05/2026	100%	No se envio HV para aprobacion NO REQUIERE APROBACION
27	Luis David Alvarez Cruz	1070619821	RESIDENTE	FIJO	6/02/2026		100%	ICCU-S-2026-0000876
28	Manuel Alberto Moreno Rodríguez	1105687444	RESIDENTE	FIJO	6/02/2026		100%	ICCU-S-2026-0000876
29	Evelin Navarro Isaza-MARIA CAMILA LEYTON	1097406060-1005912760	Profesional SST	FIJO	20/02/2026		100%	260213_25C02_DTA_086 19-2-2026
30	Gustavo Adolfo Crosby	6766736	Director	FIJO	2/03/2026		100%	ICCU-I-2026-0003025
31	Ysai Mena Quejada	1077445099	Profesional SST	FIJO	17/04/2026		100%	ICCU-I-2026-0005540
32	Viviana Fernanda Villamarin Tirano	1057593503	Esp. Ambiental	FIJO	2/04/2026		100%	ICCU-I-2026-0004613
33	Daniela Fernanda Uribe Ortega	1098729007	PROFESIONAL SOCIAL	FIJO	17/04/2026	24/07/2026	100%	ICCU-I-2026-0005540

ECG INGENIERIA SAS- INTERVENTORIA								
RELACION DEL PERSONAL APROBADO CONTRATO No. 218 de 2025 –JULIO 2026								
Item	**Nombre**	**Cedula**	**Cargo**	**CONTRATO**	**Fecha de Ingreso**	**Fecha de salida**	**% dedicación**	**No. Planilla SS—MAR-ABR**
1	Javier Andrés Amaya	7186890	Residente	FIJO	2/04/2025		100%	93920324
2	Diana Patricia Avella Villamizar	60448600	Esp. Geotecnia	FIJO	9/06/2025		100%	93920324
3	Maria Fernanda Quintian Rovira	1095486312	Gestor Social 2	FIJO	2/07/2026		100%	901289190
54	Henry Alberto Cordoba Romero	80041860	Esp Hidraulica	FIJO	22/07/2025		100%	93920324
65	Elber Ramiro Olivares Barreño	79874828	Esp Pavimentos	FIJO	22/07/2025		100%	93920324
6	Karen Sofia Cely Chaparro	1029640197	Cadenero 2	FIJO	14/10/2025		100%	93920324
7	Jose Rodrigo Lopez Lopez	12978348	Topografo	FIJO	1/09/2025		100%	93920324
8	Viviana Fernanda Villamarin Tirano	1057593503	Esp. Ambiental	FIJO	2/04/2026		100%	93920324
9	Ysai Mena Quejada	1077445099	Profesional SST	FIJO	17/04/2026		100%	93920324
10	Leidy Biviana Parra Villarreal	1234640596	Residente	FIJO	16/01/2026		100%	93920324
11	Stefany Quintero Ospina	1120353722	Inspector	FIJO	19/01/2026		100%	93920324
12	Cristhian Alejandro Parada Buitrago	1010048998	Secretario	FIJO	16/01/2026		100%	93920324
13	Luis David Alvarez Cruz	1070619821	RESIDENTE	FIJO	6/02/2026		100%	93920324
14	Manuel Alberto Moreno Rodríguez	1105687444	RESIDENTE	FIJO	6/02/2026		100%	93920324
15	Evelin Navarro Isaza-	1097406060-	Profesional SST	FIJO	20/02/2026		100%	93920324
16	Gustavo Adolfo Crosby	6766736	Director	FIJO	2/03/2026		100%	93920324

	FORMATO	CÓDIGO	MS-GC-FR-013
ICCU INSTITUTO DE CAMINOS Y CONSTRUCCIONES DE CUNDINAMARCA	GESTIÓN CONTRACTUAL	VERSIÓN	2
	MODELO DE CÁLCULO DEL IBC Y EL VALOR A CANCELAR EN SALUD, PENSIÓN Y ARL A CONTRATISTAS O BENEFICIARIOS DE OPS EN LOS CONTRATOS - ICCU	FECHA	14/02/2025

TABLA DE CALCULO DE APORTES CONSOLIDADO MENSUAL EMPRESA ECG INGENIERIA SAS			
		MES	AÑO
Periodo de Cotizacion: Mes Actual		JULIO	2026
Periodo de Servicio: Mes Siguiente		AGOSTO	2026
VALOR SALARIO MENSUAL:		$ 77.279.333	
Año Vigente		**2.026**	
Salario Mínimo Legal Mensual Vigente		**$ 1.750.905**	
IBC PARA PAGO DE APORTES		**$ 76.022.444**	
COTIZANTE		**PATRONAL**	**TRABAJADOR**
SALUD (12,5%)		**$ 6.568.800**	**$ 3.091.100**
PENSIÓN (16%)		**$ 9.273.600**	**$ 3.091.100**
ARL (Administradora de Riesgos Laborales)	5	**$ 5.162.300**	**$ 0**
CAJA DE COMPENSACIÓN (4%)		**$ 3.040.900**	**$ 0**
INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR- ICBF (3%)		**$ 2.280.700**	**$ 0**
SENA (2%)		**$ 2.280.700**	**$ 0**
TOTAL A PAGAR		**$ 34.789.200**	

Contrato N° : ICCU-218 2025

Supervisor: JUAN SEBASTIAN SANCHEZ ESTRADA

Firma Director de Obra: GUSTAVO ADOLFO CROSBY

Firma de Revisión: YSAI MENA QUEJADA

Fecha: 31/07/2026

ECG INGENIERIA SAS JULIO | **2.026** | **$ 1.750.905**

CANTIDAD	PERSONAL MINIMO REQUERIDO	NOMBRE DEL TRABAJADOR	DÍAS TRABAJADOS	VALOR MENSUAL DEVENGADO PROPUESTA ECONOMICA	PORCENTAJE DE DEDICACIÓN PROPUESTA	VALOR MENSUAL DEVENGADO	PORCENTAJE DE DEDICACIÓN	VALOR MENSUAL DEVENGADO	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	ESPECIALISTA DE PAVIMENTOS	ELBER RAMIRO OLIVARES BAREO	30	6.500.000	50%	6.500.000	100%	6.500.000	6.500.000	552.500	260.000	780.000	260.000	6.500.000	260.000	195.000	195.000	6.500.000	0,0696	452.400
1	ESPECIALISTA DE GEOTECNIA	DIANA PATRICIA AVELLA VILLAMIZAR	30	6.500.000	40%	6.500.000	100%	6.500.000	6.500.000	552.500	260.000	780.000	260.000	6.500.000	260.000	195.000	195.000	6.500.000	0,0696	452.400
1	ESPECIALISTA AMBIENTAL	VIVIANA FERNANDA VILLAMARIN TIRANO	30	5.600.000	100%	5.600.000	100%	5.600.000	5.600.000	476.000	224.000	672.000	224.000	5.600.000	224.000	168.000	168.000	5.600.000	0,0696	389.800
1	ESPECIALISTA HIDRAULICO E HIDROLOGICO	HENRY ALBERTO CORDOBA ROMERO	30	6.500.000	40%	6.500.000	100%	6.500.000	6.500.000	552.500	260.000	780.000	260.000	6.500.000	260.000	195.000	195.000	6.500.000	0,0696	452.400
1	PROFESIONAL GESTOR SOCIAL	MARIA FERNANDA QUINTIAN ROVIRA	28	5.800.000	100%	5.413.333	100%	5.413.333	5.413.333	460.100	216.500	649.600	216.500	5.052.444	202.100	151.600	151.600	5.413.333	0,0696	351.700
1	PROFESIONAL SST	YSAI MENA QUEJADA	30	5.000.000	100%	5.000.000	100%	5.000.000	5.000.000	425.000	200.000	600.000	200.000	5.000.000	200.000	150.000	150.000	5.000.000	0,0696	348.000
1	RESIDENTE DE INTERVENTORIA	JAVIER ANDRES AMAYA PULIDO	30	3.000.000	100%	4.500.000	100%	4.500.000	4.500.000	382.500	180.000	540.000	180.000	4.500.000	180.000	135.000	135.000	4.500.000	0,0696	313.200
1	CADENERO 2	KAREN SOFIA CELY CHAPARRO	30	2.000.000	50%	2.000.000	100%	2.000.000	2.000.000	170.000	80.000	240.000	80.000	2.000.000	80.000	60.000	60.000	2.000.000	0,0696	139.200
1	SECRETARIO	Cristhian Alejandro Parada Buitrago	30	1.700.000	100%	2.000.000	100%	2.000.000	2.000.000	170.000	80.000	240.000	80.000	2.000.000	80.000	60.000	60.000	2.000.000	0,00522	10.400
1	TOPOGRAFO	JOSE RODRIGO LOPEZ LOPEZ	30	2.950.000	50%	3.000.000	100%	3.000.000	3.000.000	255.000	120.000	360.000	120.000	3.000.000	120.000	90.000	90.000	3.000.000	0,0696	208.800
1	RESIDENTE DE INTERVENTORIA	LEIDY BIVIANA PARRA VILLARREAL	30	3.000.000	100%	4.400.000	100%	4.400.000	4.400.000	374.000	176.000	528.000	176.000	4.400.000	176.000	132.000	132.000	4.400.000	0,0696	306.200
1	INSPECTOR	STEFANY QUINTERO OSPINA	30	2.000.000	100%	2.000.000	100%	2.000.000	2.000.000	170.000	80.000	240.000	80.000	2.000.000	80.000	60.000	60.000	2.000.000	0,0696	139.200
1	RESIDENTE DE INTERVENTORIA	LUIS DAVID ALVAREZ CRUZ	30	2.700.000	100%	2.963.000	100%	2.963.000	2.963.000	251.900	118.500	355.600	118.500	2.963.000	118.500	88.900	88.900	2.963.000	0,0696	206.200
1	RESIDENTE DE INTERVENTORIA	MANUEL ALBERTO MORENO RODRÍGUEZ	30	3.000.000	100%	3.000.000	100%	3.000.000	3.000.000	255.000	120.000	360.000	120.000	3.000.000	120.000	90.000	90.000	3.000.000	0,0696	208.800
1	PROFESIONAL SST	EVELIN NAVARRO ISAZA	30	5.000.000	50%	5.000.000	100%	5.000.000	5.000.000	425.000	200.000	600.000	200.000	5.000.000	200.000	150.000	150.000	5.000.000	0,0696	348.000
1	PROFESIONAL SOCIAL	DANIELA FERNANDA URIBE ORTEGA	24	5.600.000	100%	4.480.000	100%	4.480.000	4.480.000	380.800	179.200	537.600	179.200	3.584.000	143.400	107.500	107.500	4.480.000	0,0696	249.400
1	DIRECTOR DE OBRA	GUSTAVO ADOLFO CROSBY	30	8.100.000	50%	8.423.000	100%	8.423.000	8.423.000	716.000	336.900	1.010.800	336.900	8.423.000	336.900	252.700	252.700	8.423.000	0,0696	586.200
17	**TOTAL**			**74.950.000**		**77.279.333**	**100%**	**77.279.333**	**77.279.333**	**6.568.800**	**3.091.100**	**9.273.600**	**3.091.100**	**76.022.444**	**3.040.900**	**2.280.700**	**2.280.700**	**77.279.333**	**0**	**5.162.300**
	TOTALES									**$ 9.659.900**		**$ 12.364.700**			**$ 3.040.900**	**$ 2.280.700**	**$ 2.280.700**			**$ 5.162.300**
																				$ 34.789.200

Contrato N° : ICCU-218 2025

Supervisor JUAN SEBASTIAN SANCHEZ ESTRADA

Firma Director de Obra: GUSTAVO ADOLFO CROSBY

Firma de Revisión: YSAI MENA QUEJADA

Fecha: 31/07/2026

DESPRENDIBLE DE NÓMINA

JULIO DE 2026

Fecha y Hora de Generación: 13/08/2026 03:09:57

Método de Pago: Transferencia

NOMBRES APELLIDOS / RAZON SOCIAL	TRABAJADOR	PERIODO E INFORMACIÓN PARA PAGO
ECG INGENIERIA SAS Nit 901289190 - 0	MARIA FERNANDA QUITIAN ROVIRA CC - 1095486312 PROFESIONAL SOCIAL	01/07/2026 - 31/07/2026 Días Trabajados: 29 Sueldo: $5,800,000.00

RESUMEN DE PAGO

DEVENGADOS			DEDUCCIONES Y RETENCIONES		
Concepto	**Cantidad**	**Valor**	**Concepto**	**Cantidad**	**Valor**
Sueldo		$5,606,666.67	Salud	4.00	$224,266.67
			Pensión	4.00	$224,266.67

DEVENGADOS TOTAL: $5,606,666.67

DEDUCCIONES TOTAL: $448,533.34

NETO A PAGAR AL TRABAJADOR: $5,158,133.33

Entidad Salud: Compensar EPS

Entidad Fondo de Pensiones: Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones

Entidad Pago de Nómina: Banco Lulo Bank

Número de cuenta: 580789449492

PROVEEDOR TECNOLÓGICO: COMERCIO ELECTRÓNICO EN INTERNET S.A. CENET S.A.
NIT: 830057860-4 Dirección: Av Carrera 19 No 120 - 71 Of 416

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 29 de Julio de 2026

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1095486312
Nombre	: MARIA FERNANDA QUITIAN ROVIRA
Empresa/Contratante	: ECG INGENIERIA S.A.S
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901289190
Fecha de Afiliación a CCF	: 2026/07/29
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2026/07/02
Estado	: Afiliado
Categoría	: B

La presente certificación se expide con destino a A QUIEN LE INTERESA y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL

Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código RaAFgKFWH

Vigilado Supersubsidio

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARIA FERNANDA QUITIAN ROVIRA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1095486312,** se encuentra afiliado/a desde **11/06/2025** 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 01 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

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) MARIA FERNANDA QUITIAN ROVIRA identificado(a) con cedula ciudadania 1095486312, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa 'ECG INGENIERIA SAS' NIT 901289190, en calidad de DEPENDIENTE según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20260702	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 13 días del mes de Agosto de 2.026

Observaciones:

Con destino a:
A QUIEN INTERESE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: Portal corporativo Compensar EPS
CER-AFI 33231093

Vigilado Supersalud
Vigilado Supersubsidio

SOPORTE DE NOVEDADES		
CONTRATO:	1207492	
RAZON SOCIAL	ECG INGENIERIA S.A.S	
IDENTIFICACION:	NI 901289190	

INGRESO DE TRABAJADOR		
Radicado	**Inicio de vigencia**	**Identificación**
107172150	2026-7-2	CC 1095486312
Apellidos	**Nombres**	**Fecha de nacimiento**
QUITIAN ROVIRA	MARIA FERNANDA	1997-1-30
Dirección residencia	**Localidad/Comuna**	**Zona**
Edificio North Point 2- Av. Carrera 7 156- 78 Of		Urbana
Ciudad/Departamento	**Correo electrónico**	**Teléfono**
BOGOTA, D.C. - Bogota D. C.	hgarzong@euroconsult.co	7172025
Celular	**Sexo**	
3124754471	Femenino	
Cargo	**Salario**	**EPS**
PROFESIONAL SOCIAL	$5,800,000.00	Compensar E.P.S.
AFP	**Centro de Trabajo**	
Porvenir	TECNICO OPERATIVO R5	
Clase de riesgo	**Tasa de riesgo**	**Grado**
5	6.96	80
Tipo afiliado cotizante	**Subtipo afiliado cotizante**	**Tipo de modalidad**
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad		**Tipo jornada**
2026-7-2		JORNADA UNICA

Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Todos los Derechos Reservados **Colmena Seguros** ® - 2009

DESPRENDIBLE DE NÓMINA

JULIO DE 2026

Fecha y Hora de Generación: 13/08/2026 03:09:57

Método de Pago: Transferencia

NOMBRES APELLIDOS / RAZON SOCIAL	TRABAJADOR	PERIODO E INFORMACIÓN PARA PAGO
ECG INGENIERIA SAS Nit 901289190 - 0	HENRY ALBERTO CORDOBA ROMERO CC - 80041860 ESPECIALISTA HIDRAULICO E HIDROLOGICO	01/07/2026 - 31/07/2026 Días Trabajados: 30 Sueldo: $6,500,000.00

RESUMEN DE PAGO

DEVENGADOS

Concepto	Cantidad	Valor
Sueldo		$6,500,000.00

DEDUCCIONES Y RETENCIONES

Concepto	Cantidad	Valor
Salud	4.00	$260,000.00
Pensión	4.00	$260,000.00
Otras Deducciones		
Retención en la fuente		$250,000.00

DEVENGADOS TOTAL: $6,500,000.00

DEDUCCIONES TOTAL: $770,000.00

NETO A PAGAR AL TRABAJADOR: $5,730,000.00

Entidad Salud: Compensar EPS

Entidad Fondo de Pensiones: Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones

Entidad Pago de Nómina: Davivienda

Número de cuenta: 008770145384

PROVEEDOR TECNOLÓGICO: COMERCIO ELECTRÓNICO EN INTERNET S.A. CENET S.A.
NIT: 830057860-4 Dirección: Av Carrera 19 No 120 - 71 Of 416

DESPRENDIBLE DE NÓMINA

JULIO DE 2026

Fecha y Hora de Generación: 13/08/2026 03:09:59

Método de Pago: Transferencia

NOMBRES APELLIDOS / RAZON SOCIAL	TRABAJADOR	PERIODO E INFORMACIÓN PARA PAGO
ECG INGENIERIA SAS Nit 901289190 - 0	GUSTAVO ADOLFO CROSBY LOPEZ CC - 6766736 DIRECTOR DE PROYECTOS	01/07/2026 - 31/07/2026 Días Trabajados: 30 Sueldo: $12,000,000.00

RESUMEN DE PAGO

DEVENGADOS			DEDUCCIONES Y RETENCIONES		
Concepto	**Cantidad**	**Valor**	**Concepto**	**Cantidad**	**Valor**
Sueldo		$12,000,000.00	Salud	4.00	$480,000.00
Ingresos No Salariales			**Otras Deducciones**		
Otros Conceptos		$95,000.00	Retención en la fuente		$743,000.00

DEVENGADOS TOTAL: $12,095,000.00

DEDUCCIONES TOTAL: $1,223,000.00

NETO A PAGAR AL TRABAJADOR: $10,872,000.00

Entidad Salud: Sanitas EPS

Entidad Fondo de Pensiones:

PROVEEDOR TECNOLÓGICO: COMERCIO ELECTRÓNICO EN INTERNET S.A. CENET S.A.
NIT: 830057860-4 Dirección: Av Carrera 19 No 120 - 71 Of 416

DESPRENDIBLE DE NÓMINA

JULIO DE 2026

Fecha y Hora de Generación: 13/08/2026 03:10:02

Método de Pago: Contado

NOMBRES APELLIDOS / RAZON SOCIAL	TRABAJADOR	PERIODO E INFORMACIÓN PARA PAGO
ECG INGENIERIA SAS Nit 901289190 - 0	LUIS DAVID ALVAREZ CRUZ CC - 1070619821 INSPECTOR	01/07/2026 - 31/07/2026 Días Trabajados: 30 Sueldo: $3,000,000.00

RESUMEN DE PAGO

DEVENGADOS			DEDUCCIONES Y RETENCIONES		
Concepto	**Cantidad**	**Valor**	**Concepto**	**Cantidad**	**Valor**
Sueldo		$3,000,000.00	Salud	4.00	$120,000.00
Auxilio de Transporte		$249,095.00	Pensión	4.00	$120,000.00

DEVENGADOS TOTAL: $3,249,095.00

DEDUCCIONES TOTAL: $240,000.00

NETO A PAGAR AL TRABAJADOR: $3,009,095.00

Entidad Salud: Famisanar EPS Cafam Colsubsidio

Entidad Fondo de Pensiones: Proteccion (ING + Proteccion)

PROVEEDOR TECNOLÓGICO: COMERCIO ELECTRÓNICO EN INTERNET S.A. CENET S.A.
NIT: 830057860-4 Dirección: Av Carrera 19 No 120 - 71 Of 416

DESPRENDIBLE DE NÓMINA

JULIO DE 2026

Fecha y Hora de Generación: 13/08/2026 03:10:00

Método de Pago: Contado

NOMBRES APELLIDOS / RAZON SOCIAL	TRABAJADOR	PERIODO E INFORMACIÓN PARA PAGO
ECG INGENIERIA SAS Nit 901289190 - 0	JOSE RODRIGO LOPEZ LOPEZ CC - 12978348 TOPOGRAFO	01/07/2026 - 31/07/2026 Días Trabajados: 30 Sueldo: $3,000,000.00

RESUMEN DE PAGO

DEVENGADOS			DEDUCCIONES Y RETENCIONES		
Concepto	**Cantidad**	**Valor**	**Concepto**	**Cantidad**	**Valor**
Sueldo		$3,000,000.00	Salud	4.00	$120,000.00
Auxilio de Transporte		$249,095.00	Pensión	4.00	$120,000.00

DEVENGADOS TOTAL: $3,249,095.00

DEDUCCIONES TOTAL: $240,000.00

NETO A PAGAR AL TRABAJADOR: $3,009,095.00

Entidad Salud: Sanitas EPS

Entidad Fondo de Pensiones: Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones

PROVEEDOR TECNOLÓGICO: COMERCIO ELECTRÓNICO EN INTERNET S.A. CENET S.A.
NIT: 830057860-4 Dirección: Av Carrera 19 No 120 - 71 Of 416

DESPRENDIBLE DE NÓMINA

JULIO DE 2026

Fecha y Hora de Generación: 13/08/2026 03:09:58

Método de Pago: Contado

NOMBRES APELLIDOS / RAZON SOCIAL	TRABAJADOR	PERIODO E INFORMACIÓN PARA PAGO
ECG INGENIERIA SAS Nit 901289190 - 0	JAVIER ANDRES AMAYA PULIDO CC - 7186890 RESIDENTE DE INTERVENTORIA	01/07/2026 - 31/07/2026 Días Trabajados: 30 Sueldo: $4,500,000.00

RESUMEN DE PAGO

DEVENGADOS

Concepto	Cantidad	Valor
Sueldo		$4,500,000.00

DEDUCCIONES Y RETENCIONES

Concepto	Cantidad	Valor
Salud	4.00	$180,000.00
Pensión	4.00	$180,000.00

DEVENGADOS TOTAL: $4,500,000.00

DEDUCCIONES TOTAL: $360,000.00

NETO A PAGAR AL TRABAJADOR: $4,140,000.00

Entidad Salud: Sanitas EPS

Entidad Fondo de Pensiones: Porvenir

PROVEEDOR TECNOLÓGICO: COMERCIO ELECTRÓNICO EN INTERNET S.A. CENET S.A.
NIT: 830057860-4 Dirección: Av Carrera 19 No 120 - 71 Of 416

DESPRENDIBLE DE NÓMINA

JULIO DE 2026

Fecha y Hora de Generación: 13/08/2026 03:09:58

Método de Pago: Contado

NOMBRES APELLIDOS / RAZON SOCIAL	TRABAJADOR	PERIODO E INFORMACIÓN PARA PAGO
ECG INGENIERIA SAS Nit 901289190 - 0	DIANA PATRICIA AVELLA VILLAMIZAR CC - 60448600 RESIDENTE DE INTERVENTORIA	01/07/2026 - 31/07/2026 Días Trabajados: 30 Sueldo: $6,500,000.00

RESUMEN DE PAGO

DEVENGADOS

Concepto	Cantidad	Valor
Sueldo		$6,500,000.00

DEDUCCIONES Y RETENCIONES

Concepto	Cantidad	Valor
Salud	4.00	$260,000.00
Pensión	4.00	$260,000.00

DEVENGADOS TOTAL: $6,500,000.00

DEDUCCIONES TOTAL: $520,000.00

NETO A PAGAR AL TRABAJADOR: $5,980,000.00

Entidad Salud: Sanitas EPS

Entidad Fondo de Pensiones: Porvenir

PROVEEDOR TECNOLÓGICO: COMERCIO ELECTRÓNICO EN INTERNET S.A. CENET S.A.
NIT: 830057860-4 Dirección: Av Carrera 19 No 120 - 71 Of 416

DESPRENDIBLE DE NÓMINA

JULIO DE 2026

Fecha y Hora de Generación: 13/08/2026 03:09:58

Método de Pago: Contado

NOMBRES APELLIDOS / RAZON SOCIAL	TRABAJADOR	PERIODO E INFORMACIÓN PARA PAGO
ECG INGENIERIA SAS Nit 901289190 - 0	VIVIANA FERNANDA VILLAMARIN TIRANO CC - 1057593503 INGENIERO DE APOYO	01/07/2026 - 31/07/2026 Días Trabajados: 30 Sueldo: $6,000,000.00

RESUMEN DE PAGO

DEVENGADOS

Concepto	Cantidad	Valor
Sueldo		$6,000,000.00
Ingresos No Salariales		
Bonificación		$500,000.00

DEDUCCIONES Y RETENCIONES

Concepto	Cantidad	Valor
Salud	4.00	$240,000.00
Pensión	4.00	$240,000.00

DEVENGADOS TOTAL: $6,500,000.00

DEDUCCIONES TOTAL: $480,000.00

NETO A PAGAR AL TRABAJADOR: $6,020,000.00

Entidad Salud: Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS

Entidad Fondo de Pensiones: Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones

Entidad Pago de Nómina: Ninguno

Número de cuenta: 123

PROVEEDOR TECNOLÓGICO: COMERCIO ELECTRÓNICO EN INTERNET S.A. CENET S.A.
NIT: 830057860-4 Dirección: Av Carrera 19 No 120 - 71 Of 416

DESPRENDIBLE DE NÓMINA

JULIO DE 2026

Fecha y Hora de Generación: 13/08/2026 03:10:06

Método de Pago: Contado

NOMBRES APELLIDOS / RAZON SOCIAL	TRABAJADOR	PERIODO E INFORMACIÓN PARA PAGO
ECG INGENIERIA SAS Nit 901289190 - 0	CRISTIAN ALEJANDRO PARADA BUITRAGO CC - 1010048998 INGENIERO DE APOYO	01/07/2026 - 31/07/2026 Días Trabajados: 30 Sueldo: $3,142,000.00

RESUMEN DE PAGO

DEVENGADOS			DEDUCCIONES Y RETENCIONES		
Concepto	**Cantidad**	**Valor**	**Concepto**	**Cantidad**	**Valor**
Sueldo		$3,142,000.00	Salud	4.00	$125,680.00
Auxilio de Transporte		$249,095.00	Pensión	4.00	$125,680.00

DEVENGADOS TOTAL: $3,391,095.00

DEDUCCIONES TOTAL: $251,360.00

NETO A PAGAR AL TRABAJADOR: $3,139,735.00

Entidad Salud: Sanitas EPS

Entidad Fondo de Pensiones: Porvenir

DESPRENDIBLE DE NÓMINA

JULIO DE 2026

Fecha y Hora de Generación: 13/08/2026 03:10:01

Método de Pago: Contado

NOMBRES APELLIDOS / RAZON SOCIAL	TRABAJADOR	PERIODO E INFORMACIÓN PARA PAGO
ECG INGENIERIA SAS Nit 901289190 - 0	MANUEL ALBERTO MORENO RODRIGUEZ CC - 1105687444 RESIDENTE DE INTERVENTORIA	01/07/2026 - 31/07/2026 Días Trabajados: 30 Sueldo: $3,000,000.00

RESUMEN DE PAGO

DEVENGADOS			DEDUCCIONES Y RETENCIONES		
Concepto	**Cantidad**	**Valor**	**Concepto**	**Cantidad**	**Valor**
Sueldo		$3,000,000.00	Salud	4.00	$120,000.00
Auxilio de Transporte		$249,095.00	Pensión	4.00	$120,000.00

DEVENGADOS TOTAL: $3,249,095.00

DEDUCCIONES TOTAL: $240,000.00

NETO A PAGAR AL TRABAJADOR: $3,009,095.00

Entidad Salud: Famisanar EPS Cafam Colsubsidio

Entidad Fondo de Pensiones: Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones

PROVEEDOR TECNOLÓGICO: COMERCIO ELECTRÓNICO EN INTERNET S.A. CENET S.A.
NIT: 830057860-4 Dirección: Av Carrera 19 No 120 - 71 Of 416

DESPRENDIBLE DE NÓMINA

JULIO DE 2026

Fecha y Hora de Generación: 13/08/2026 03:09:57

Método de Pago: Transferencia

NOMBRES APELLIDOS / RAZON SOCIAL	TRABAJADOR	PERIODO E INFORMACIÓN PARA PAGO
ECG INGENIERIA SAS Nit 901289190 - 0	ELBER RAMIRO OLIVARES BAREÑO CC - 79874828 ESPECIALISTA DE PAVIMENTOS	01/07/2026 - 31/07/2026 Días Trabajados: 30 Sueldo: $6,500,000.00

RESUMEN DE PAGO

DEVENGADOS			DEDUCCIONES Y RETENCIONES		
Concepto	**Cantidad**	**Valor**	**Concepto**	**Cantidad**	**Valor**
Sueldo		$6,500,000.00	Salud	4.00	$260,000.00
			Pensión	4.00	$260,000.00

DEVENGADOS TOTAL: $6,500,000.00

DEDUCCIONES TOTAL: $520,000.00

NETO A PAGAR AL TRABAJADOR: $5,980,000.00

Entidad Salud: Famisanar EPS Cafam Colsubsidio

Entidad Fondo de Pensiones: Porvenir

PROVEEDOR TECNOLÓGICO: COMERCIO ELECTRÓNICO EN INTERNET S.A. CENET S.A.
NIT: 830057860-4 Dirección: Av Carrera 19 No 120 - 71 Of 416

DESPRENDIBLE DE NÓMINA

JULIO DE 2026

Fecha y Hora de Generación: 13/08/2026 03:10:03

Método de Pago: Transferencia

NOMBRES APELLIDOS / RAZON SOCIAL	TRABAJADOR	PERIODO E INFORMACIÓN PARA PAGO
ECG INGENIERIA SAS Nit 901289190 - 0	YSAI MENA QUEJADA CC - 1077445099 PROFESIONAL SST	01/07/2026 - 31/07/2026 Días Trabajados: 30 Sueldo: $5,000,000.00

RESUMEN DE PAGO

DEVENGADOS			DEDUCCIONES Y RETENCIONES		
Concepto	**Cantidad**	**Valor**	**Concepto**	**Cantidad**	**Valor**
Sueldo		$5,000,000.00	Salud	4.00	$200,000.00
			Pensión	4.00	$200,000.00

DEVENGADOS TOTAL: $5,000,000.00

DEDUCCIONES TOTAL: $400,000.00

NETO A PAGAR AL TRABAJADOR: $4,600,000.00

Entidad Salud: Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS

Entidad Fondo de Pensiones: Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones

Entidad Pago de Nómina: BBVA

Número de cuenta: 0068001855

PROVEEDOR TECNOLÓGICO: COMERCIO ELECTRÓNICO EN INTERNET S.A. CENET S.A.
NIT: 830057860-4 Dirección: Av Carrera 19 No 120 - 71 Of 416

DESPRENDIBLE DE NÓMINA

JULIO DE 2026

Fecha y Hora de Generación: 13/08/2026 03:10:00

Método de Pago: Contado

NOMBRES APELLIDOS / RAZON SOCIAL	TRABAJADOR	PERIODO E INFORMACIÓN PARA PAGO
ECG INGENIERIA SAS Nit 901289190 - 0	STEFANY QUINTERO OSPINA CC - 1120353722 INGENIERO DE APOYO	01/07/2026 - 31/07/2026 Días Trabajados: 30 Sueldo: $2,700,000.00

RESUMEN DE PAGO

DEVENGADOS

Concepto	Cantidad	Valor
Sueldo		$2,700,000.00
Auxilio de Transporte		$249,095.00

DEDUCCIONES Y RETENCIONES

Concepto	Cantidad	Valor
Salud	4.00	$108,000.00
Pensión	4.00	$108,000.00

DEVENGADOS TOTAL: $2,949,095.00

DEDUCCIONES TOTAL: $216,000.00

NETO A PAGAR AL TRABAJADOR: $2,733,095.00

Entidad Salud: Salud Total EPS

Entidad Fondo de Pensiones: Porvenir

PROVEEDOR TECNOLÓGICO: COMERCIO ELECTRÓNICO EN INTERNET S.A. CENET S.A.
NIT: 830057860-4 Dirección: Av Carrera 19 No 120 - 71 Of 416

DESPRENDIBLE DE NÓMINA

JULIO DE 2026

Fecha y Hora de Generación: 13/08/2026 03:09:56

Método de Pago: Contado

NOMBRES APELLIDOS / RAZON SOCIAL	TRABAJADOR	PERIODO E INFORMACIÓN PARA PAGO
ECG INGENIERIA SAS Nit 901289190 - 0	EVELIN NAVARRO ISAZA CC - 1097406060 INSPECTOR SST	01/07/2026 - 31/07/2026 Días Trabajados: 30 Sueldo: $6,000,000.00

RESUMEN DE PAGO

DEVENGADOS

Concepto	Cantidad	Valor
Sueldo		$6,000,000.00
Vacaciones Compensadas	20	$4,000,000.00
Otros Conceptos		
Prima Legal		$500,000.00
Auxilio de Cesantías		$3,500,000.00
Intereses de Cesantías		$245,000.00

DEDUCCIONES Y RETENCIONES

Concepto	Cantidad	Valor
Salud	4.00	$240,000.00
Pensión	4.00	$240,000.00

DEVENGADOS TOTAL: $14,245,000.00

DEDUCCIONES TOTAL: $480,000.00

NETO A PAGAR AL TRABAJADOR: $13,765,000.00

Entidad Salud: Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS

Entidad Fondo de Pensiones: Porvenir

PROVEEDOR TECNOLÓGICO: COMERCIO ELECTRÓNICO EN INTERNET S.A. CENET S.A.
NIT: 830057860-4 Dirección: Av Carrera 19 No 120 - 71 Of 416

DESPRENDIBLE DE NÓMINA

JULIO DE 2026

Fecha y Hora de Generación: 13/08/2026 03:09:56

Método de Pago: Contado

NOMBRES APELLIDOS / RAZON SOCIAL	TRABAJADOR	PERIODO E INFORMACIÓN PARA PAGO
ECG INGENIERIA SAS Nit 901289190 - 0	DANIELA FERNANDA URIBE ORTEGA CC - 1098729007 Profesional Gestor Social	01/07/2026 - 31/07/2026 Días Trabajados: 24 Sueldo: $5,600,000.00

RESUMEN DE PAGO

DEVENGADOS

Concepto	Cantidad	Valor
Sueldo		$4,480,000.00
Vacaciones Compensadas	5	$933,333.33
Otros Conceptos		
Prima Legal		$373,333.00
Auxilio de Cesantías		$1,882,222.00
Intereses de Cesantías		$75,916.00

DEDUCCIONES Y RETENCIONES

Concepto	Cantidad	Valor
Salud	4.00	$179,200.00
Pensión	4.00	$179,200.00

DEVENGADOS TOTAL: $7,744,804.33

DEDUCCIONES TOTAL: $358,400.00

NETO A PAGAR AL TRABAJADOR: $7,386,404.33

Entidad Salud: Sanitas EPS

Entidad Fondo de Pensiones: Porvenir

Entidad Pago de Nómina: Ninguno

Número de cuenta: 055006680015628

DESPRENDIBLE DE NÓMINA

JULIO DE 2026

Fecha y Hora de Generación: 13/08/2026 03:10:00

Método de Pago: Transferencia

NOMBRES APELLIDOS / RAZON SOCIAL	TRABAJADOR	PERIODO E INFORMACIÓN PARA PAGO
ECG INGENIERIA SAS Nit 901289190 - 0	LEIDY BIVIANA PARRA VILLARREAL CC - 1234640596 INGENIERO AUXILIAR DE INTERVENTORIA	01/07/2026 - 31/07/2026 Días Trabajados: 30 Sueldo: $5,000,000.00

RESUMEN DE PAGO

DEVENGADOS

Concepto	Cantidad	Valor
Sueldo		$5,000,000.00

DEDUCCIONES Y RETENCIONES

Concepto	Cantidad	Valor
Salud	4.00	$200,000.00
Pensión	4.00	$200,000.00

DEVENGADOS TOTAL: $5,000,000.00

DEDUCCIONES TOTAL: $400,000.00

NETO A PAGAR AL TRABAJADOR: $4,600,000.00

Entidad Salud: EPS Sura

Entidad Fondo de Pensiones: Porvenir

Entidad Pago de Nómina: Bancolombia

Número de cuenta: 123497881

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **ECG INGENIERIA SAS**, identificada con **NI** número **901289190**, aportó por **KAREN SOFIA CELY CHAPARRO** identificado(a) con **CC** número **1029640197** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 07 - 2026 y 08 - 2026 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$2,000,000	0.04000	$80,000	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si
230301	Porvenir	1															0		30	$2,000,000	0.16000	$320,000	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si
14-25	Riesgos Profesionales Colmena	1															0		30	$2,000,000	0.06960	$139,200	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si
EPS005	Sanitas EPS	1															0		30	$2,000,000	0.04000	$80,000	$0	$0	Agosto - 2026	93920324	31/07/2026	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **1** días del mes **Agosto**de **2026**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **ECG INGENIERIA SAS**, identificada con **NI** número **901289190**, aportó por **GUSTAVO ADOLFO CROSBY LOPEZ** identificado(a) con **CC** número **6766736** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 07 - 2026 y 08 - 2026 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$12,000,000	0.04000	$480,000	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si
14-25	Riesgos Profesionales Colmena	1															0		30	$12,000,000	0.06960	$835,200	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si
EPS005	Sanitas EPS	1															0		30	$12,000,000	0.04000	$480,000	$0	$0	Agosto - 2026	93920324	31/07/2026	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **1** días del mes **Agosto**de **2026**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **ECG INGENIERIA SAS**, identificada con **NI** número **901289190**, aportó por **LEIDY BIVIANA PARRA VILLARREAL** identificado(a) con **CC** número **1234640596** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 07 - 2026 y 08 - 2026 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$5,000,000	0.04000	$200,000	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si
EPS010	EPS Sura	1															0		30	$5,000,000	0.04000	$200,000	$0	$0	Agosto - 2026	93920324	31/07/2026	Si
230301	Porvenir	1															0		30	$5,000,000	0.16000	$800,000	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si
14-25	Riesgos Profesionales Colmena	1															0		30	$5,000,000	0.06960	$348,000	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **1** días del mes **Agosto**de **2026**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **ECG INGENIERIA SAS**, identificada con **NI** número **901289190**, aportó por **ELBER RAMIRO OLIVARES BAREÑO** identificado(a) con **CC** número **79874828** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 07 - 2026 y 08 - 2026 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$6,500,000	0.04000	$260,000	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1															0		30	$6,500,000	0.04000	$260,000	$0	$0	Agosto - 2026	93920324	31/07/2026	Si
230301	Porvenir	1															0		30	$6,500,000	0.16000	$1,040,000	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si
14-25	Riesgos Profesionales Colmena	1															0		30	$6,500,000	0.06960	$452,400	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **1** días del mes **Agosto**de **2026**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **ECG INGENIERIA SAS**, identificada con **NI** número **901289190**, aportó por **CRISTIAN ALEJANDRO PARADA BUITRAGO** identificado(a) con **CC** número **1010048998** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 07 - 2026 y 08 - 2026 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$3,142,000	0.04000	$125,700	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si
230301	Porvenir	1															0		30	$3,142,000	0.16000	$502,800	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si
14-25	Riesgos Profesionales Colmena	1															0		30	$3,142,000	0.06960	$218,700	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si
EPS005	Sanitas EPS	1															0		30	$3,142,000	0.04000	$125,700	$0	$0	Agosto - 2026	93920324	31/07/2026	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **1** días del mes **Agosto**de **2026**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **ECG INGENIERIA SAS**, identificada con **NI** número **901289190**, aportó por **DIANA PATRICIA AVELLA VILLAMIZAR** identificado(a) con **CC** número **60448600** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 07 - 2026 y 08 - 2026 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$6,500,000	0.04000	$260,000	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si
230301	Porvenir	1															0		30	$6,500,000	0.16000	$1,040,000	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si
14-25	Riesgos Profesionales Colmena	1															0		30	$6,500,000	0.06960	$452,400	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si
EPS005	Sanitas EPS	1															0		30	$6,500,000	0.04000	$260,000	$0	$0	Agosto - 2026	93920324	31/07/2026	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **1** días del mes **Agosto**de **2026**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **ECG INGENIERIA SAS**, identificada con **NI** número **901289190**, aportó por **JAVIER ANDRES AMAYA PULIDO** identificado(a) con **CC** número **7186890** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 07 - 2026 y 08 - 2026 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$4,500,000	0.04000	$180,000	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si
230301	Porvenir	1															0		30	$4,500,000	0.16000	$720,000	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si
14-25	Riesgos Profesionales Colmena	1															0		30	$4,500,000	0.06960	$313,200	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si
EPS005	Sanitas EPS	1															0		30	$4,500,000	0.04000	$180,000	$0	$0	Agosto - 2026	93920324	31/07/2026	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **1** días del mes **Agosto** de **2026**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **ECG INGENIERIA SAS**, identificada con **NI** número **901289190**, aportó por **JOSE RODRIGO LOPEZ LOPEZ** identificado(a) con **CC** número **12978348** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 07 - 2026 y 08 - 2026 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1															0		30	$3,000,000	0.16000	$480,000	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si
CCF03	Comfenalco Antioquia Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$3,000,000	0.04000	$120,000	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si
14-25	Riesgos Profesionales Colmena	1															0		30	$3,000,000	0.06960	$208,800	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si
EPS005	Sanitas EPS	1															0		30	$3,000,000	0.04000	$120,000	$0	$0	Agosto - 2026	93920324	31/07/2026	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **1** días del mes **Agosto** de **2026**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **ECG INGENIERIA SAS**, identificada con **NI** número **901289190**, aportó por **VIVIANA FERNANDA VILLAMARIN TIRANO** identificado(a) con **CC** número **1057593503** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 07 - 2026 y 08 - 2026 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1															0		30	$6,000,000	0.16000	$960,000	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$6,000,000	0.04000	$240,000	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	1															0		30	$6,000,000	0.04000	$240,000	$0	$0	Agosto - 2026	93920324	31/07/2026	Si
14-25	Riesgos Profesionales Colmena	1															0		30	$6,000,000	0.06960	$417,600	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **1** días del mes **Agosto** de **2026**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **ECG INGENIERIA SAS**, identificada con **NI** número **901289190**, aportó por **HENRY ALBERTO CORDOBA ROMERO** identificado(a) con **CC** número **80041860** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 07 - 2026 y 08 - 2026 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1															0		30	$6,500,000	0.16000	$1,040,000	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$6,500,000	0.04000	$260,000	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si
EPS008	Compensar EPS	1															0		30	$6,500,000	0.04000	$260,000	$0	$0	Agosto - 2026	93920324	31/07/2026	Si
14-25	Riesgos Profesionales Colmena	1															0		30	$6,500,000	0.06960	$452,400	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **1** días del mes **Agosto** de **2026**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **ECG INGENIERIA SAS**, identificada con **NI** número **901289190**, aportó por **MARIA FERNANDA QUITIAN ROVIRA** identificado(a) con **CC** número **1095486312** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 07 - 2026 y 08 - 2026 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1	X														0		29	$5,606,667	0.16000	$897,100	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1	X														0		29	$5,606,667	0.04000	$224,300	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si
EPS008	Compensar EPS	1	X														0		29	$5,606,667	0.04000	$224,300	$0	$0	Agosto - 2026	93920324	31/07/2026	Si
14-25	Riesgos Profesionales Colmena	1	X														0		29	$5,606,667	0.06960	$390,300	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **1** días del mes **Agosto**de **2026**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **ECG INGENIERIA SAS**, identificada con **NI** número **901289190**, aportó por **LUIS DAVID ALVAREZ CRUZ** identificado(a) con **CC** número **1070619821** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 07 - 2026 y 08 - 2026 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$3,000,000	0.04000	$120,000	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1															0		30	$3,000,000	0.04000	$120,000	$0	$0	Agosto - 2026	93920324	31/07/2026	Si
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	1															0		30	$3,000,000	0.16000	$480,000	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si
14-25	Riesgos Profesionales Colmena	1															0		30	$3,000,000	0.06960	$208,800	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **1** días del mes **Agosto** de **2026**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **ECG INGENIERIA SAS**, identificada con **NI** número **901289190**, aportó por **YSAI MENA QUEJADA** identificado(a) con **CC** número **1077445099** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 07 - 2026 y 08 - 2026 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1															0		30	$5,000,000	0.16000	$800,000	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$5,000,000	0.04000	$200,000	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	1															0		30	$5,000,000	0.04000	$200,000	$0	$0	Agosto - 2026	93920324	31/07/2026	Si
14-25	Riesgos Profesionales Colmena	1															0		30	$5,000,000	0.06960	$348,000	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **1** días del mes **Agosto** de **2026**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **ECG INGENIERIA SAS**, identificada con **NI** número **901289190**, aportó por **EVELIN NAVARRO ISAZA** identificado(a) con **CC** número **1097406060** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 07 - 2026 y 08 - 2026 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
CCF03	Comfenalco Antioquia Caja de Compensacion Fliar	1		X													0		30	$9,916,667	0.04000	$396,700	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	1		X													0		30	$6,000,000	0.04000	$240,000	$0	$0	Agosto - 2026	93920324	31/07/2026	Si
230301	Porvenir	1		X													0		30	$6,000,000	0.16000	$960,000	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si
14-25	Riesgos Profesionales Colmena	1		X													0		30	$6,000,000	0.06960	$417,600	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **1** días del mes **Agosto**de **2026**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **ECG INGENIERIA SAS**, identificada con **NI** número **901289190**, aportó por **DANIELA FERNANDA URIBE ORTEGA** identificado(a) con **CC** número **1098729007** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 07 - 2026 y 08 - 2026 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1		X													0		24	$5,421,111	0.04000	$216,900	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si
230301	Porvenir	1		X													0		24	$4,480,000	0.16000	$716,800	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si
14-25	Riesgos Profesionales Colmena	1		X													0		24	$4,480,000	0.06960	$311,900	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si
EPS005	Sanitas EPS	1		X													0		24	$4,480,000	0.04000	$179,200	$0	$0	Agosto - 2026	93920324	31/07/2026	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **1** días del mes **Agosto**de **2026**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **ECG INGENIERIA SAS**, identificada con **NI** número **901289190**, aportó por **MANUEL ALBERTO MORENO RODRIGUEZ** identificado(a) con **CC** número **1105687444** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 07 - 2026 y 08 - 2026 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1															0		30	$3,000,000	0.16000	$480,000	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$3,000,000	0.04000	$120,000	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1															0		30	$3,000,000	0.04000	$120,000	$0	$0	Agosto - 2026	93920324	31/07/2026	Si
14-25	Riesgos Profesionales Colmena	1															0		30	$3,000,000	0.06960	$208,800	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **1** días del mes **Agosto**de **2026**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **ECG INGENIERIA SAS**, identificada con **NI** número **901289190**, aportó por **STEFANY QUINTERO OSPINA** identificado(a) con **CC** número **1120353722** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 07 - 2026 y 08 - 2026 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$2,700,000	0.04000	$108,000	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si
230301	Porvenir	1															0		30	$2,700,000	0.16000	$432,000	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si
14-25	Riesgos Profesionales Colmena	1															0		30	$2,700,000	0.06960	$188,000	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si
EPS002	Salud Total EPS	1															0		30	$2,700,000	0.04000	$108,000	$0	$0	Agosto - 2026	93920324	31/07/2026	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **1** días del mes **Agosto** de **2026**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **ECG INGENIERIA SAS**, identificada con **NI** número **901289190**, aportó por **JOHAN SEBASTIAN FORIGUA POSADA** identificado(a) con **CC** número **1072963099** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 07 - 2026 y 08 - 2026 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1	X														0		22	$1,980,000	0.04000	$79,200	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1	X														0		22	$1,980,000	0.04000	$79,200	$0	$0	Agosto - 2026	93920324	31/07/2026	Si
230301	Porvenir	1	X														0		22	$1,980,000	0.16000	$316,800	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si
14-25	Riesgos Profesionales Colmena	1	X														0		22	$1,980,000	0.06960	$137,900	$0	$0	Julio - 2026	93920324	31/07/2026	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **14** días del mes **Agosto** de **2026**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

Engineering Consulting Group

Bogotá D.C, 24 de julio de 2026

Señora
DANIELA FERNANDA URIBE ORTEGA
Ciudad

Asunto: Autorización exámenes de retiro.

Respetada Daniela,

Dando cumplimiento a lo establecido en la Resolución 2346 de 2007, artículo 6°, sobre Evaluaciones Médicas Ocupacionales de Egreso, solicitamos confirmar la fecha en la que desea realizar el examen médico ocupacional de retiro, con el fin de efectuar el agendamiento correspondiente con la entidad prestadora del servicio.

Este examen es totalmente gratuito y debe realizarse dentro de un plazo máximo de cinco (5) días hábiles, contados a partir de la fecha de expedición del presente documento.

En caso de no recibir respuesta a esta comunicación dentro del plazo establecido, se entenderá que no desea realizar dicho examen.

Cordialmente,

Holman Jovanny Garzon
Representante Legal S.
ECG INGENIERIA SAS
Nit. 901.289.190-0

Proyecto:	**CTO DE INTERVENTORÍA 218 DE 2025**
Empresa:	**ECG INGENIERÍA SAS**
Logo (si aplica):	

NOMBRE: Maria Fernanda Quitian Rovira		
CC: 1095486312	**CARGO: Gestor social**	
FECHA: 02/07/2026	**INDUCCIÓN: X**	**REINDUCCION:**

1. Por favor, enuncie 3 valores corporativos:
   - Responsabilidad Social
   - Integridad
   - Excelencia

2. Indique ¿a qué Aseguradora de Riesgos Laborales se encuentra afiliado?:

   RIESGOS PROFESIONALES COLMENA SA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA

3. Nombre dos políticas con las que cuenta la empresa:

   - Política de seguridad y salud en el trabajo
   - Política de prevención de acoso laboral, sexual y trato discriminatorio

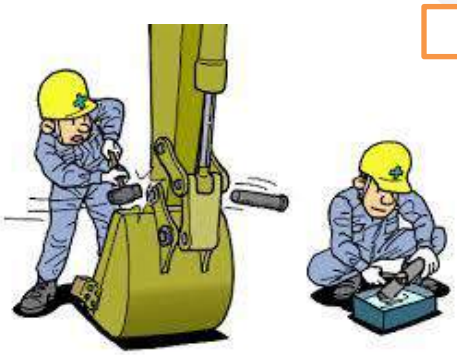
4. Cuáles de los siguientes grupos de apoyo cuenta la empresa. Seleccione una respuesta:

   a. Copasst
   b. Comité de Convivencia Laboral
   c. Brigada de Emergencia
   d. Todas las anteriores.

5. A que concepto pertenece la siguiente definición: Fuente, situación o acto con potencial de causar daño en la salud de los trabajadores, en los equipos o en las instalaciones:

a. Incidente
b. Peligro
c. Riesgo
d. Ninguna de las anteriores.

6. De las siguientes imágenes ¿cuál sería un acto inseguro que debo reportar a tiempo para evitar un accidente?





La segunda imagen muestra un acto inseguro que se puede prevenir si se reporta a tiempo una falla o mal funcionamiento del equipo de trabajo.

7. ¿Qué debo hacer en caso de accidente laboral?

a) Contarle a un compañero de trabajo para que me dé un medicamento
b) Gritar y salir huyendo si puedo
c) Informar inmediatamente a mi jefe inmediato, al residente HSEQ o jefe de área para que esté a su vez el reporte el accidente a la ARL y realice las medidas correctivas.
d) Irme para el centro médico y no reportarle a mi jefe Inmediato

8. A que concepto pertenece la siguiente definición:

Evaluar y dar solución a las quejas o inquietudes sobre las situaciones de presunto acoso laboral o de convivencia que se presenten entre los funcionarios de la empresa, con el fin de establecer condiciones dignas y justas de trabajo un buen ambiente ocupacional.

a) Copasst
b) Comité de Convivencia Laboral

a) Plan de Emergencia
b) Brigada de Emergencia

9. ¿A qué riesgos más relevantes estará expuesto según la labor que va a desempeñar, mencionados por el capacitador?

- Picaduras
- Mordeduras
- Fenómenos naturales: lluvias, deslizamientos etc.

10. ¿En la siguiente imagen identifique dos actos o condiciones inseguras y menciónelas?



- Utilizar una silla con ruedas como soporte o superficie de apoyo.
- Caminar sin visibilidad y mucho desorden en el ambiente de trabajo

CALIFICACIÓN **5.0**

María Fernanda Quitichi R.

NOMBRE DEL TRABAJADOR
CC. 1095486312
CARGO: Gestor social

YSAI MENA QUEJADA

NOMBRE DEL CAPACITADOR
CC. 1077445099
CARGO: Profecional SST

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	**FECHA**	**CAMBIO REALIZADO**
01	08-05-2025	Creación del formato
02	03-02-2026	Actualización Formato

ecg Engineering Consulting Group	**REGISTRO DE ASISTENCIA**	**Código:**	**F-SST-002**
		Versión:	**2**
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	**Vigencia:**	**8/05/2025**
		Tipo Documento:	**Formato**

FECHA ACTIVIDAD: 24 de julio del 2026	**HORARIO: 9:0 a 9:30 a**	**CIUDAD: Virtual**
TEMA(S) DIVULGADO(S): Capacitacion Riesgo Biomecanico		
NOMBRE INSTRUCTOR-EMPRESA: YSAI MENA QUEJADA		**PROYECTO: ICCU 218 DE 2025**

REGISTRO DE PARTICIPANTES

No.	NOMBRE	No. IDENTIFICACIÓN	CARGO	EMPRESA	FIRMA
1	Diana Patricia Avella Villamizar	60448600	Esp. Geotecnia	ECG ICCU	
2	Elber Ramiro Olivares Barreño	79874828	Esp Pavimentos	ECG ICCU	
3	Maria Fernanda Quintian Rovira	1095486312	Gestor Social 2	ECG ICCU	
4	Karen Sofia Cely Chaparro	1029640197	Cadenero 2	ECG ICCU	KAREN SOFIA
5	Cristhian Alejandro Parada B	1010048998	Secretario	ECG ICCU	
6	Luis David Alvarez Cruz	1070619821	Residente	ECG ICCU	
7	Manuel Alberto Moreno Rodríguez	1105687444	Residente	ECG ICCU	MANUEL ALBERTO MORENO R.
8	Javier Andrés Amaya	7186890	Residente	ECG ICCU	
9	Henry Alberto Cordoba Romero	80041860	Esp Hidraulica	ECG ICCU	
10	José Gabriel Gonzalez Bohórquez	1001044207	Cadenero 1	ECG ICCU	José Gabriel
11	Jose Rodrigo Lopez Lopez	12978348	Topografo	ECG ICCU	
12	Leidy Biviana Parra Villarreal	1234640596	Residente	ECG ICCU	
13	Evelin Navarro Isaza	1097406060	Profesional SST	ECG ICCU	
14	Gustavo Adolfo Crosby	6766736	Director	ECG ICCU	
15	Stefany Quintero Ospina	1120353722	Inspector	ECG ICCU	
16					
17					
18					
19					

FIRMA INSTRUCTOR

Ysai Mena Quejada
C.C.1077445099

ecg Engineering Consulting Group	**REGISTRO DE ASISTENCIA**	**Código:**	**F-SST-002**
		Versión:	**2**
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	**Vigencia:**	**8/05/2025**
		Tipo Documento:	**Formato**

FECHA ACTIVIDAD: 14 de julio del 2026	**HORARIO: 9:0 a 9:30 a**	**CIUDAD: Virtual**
TEMA(S) DIVULGADO(S): Capacitacion Riesgo fisico en obra		
NOMBRE INSTRUCTOR-EMPRESA: YSAI MENA QUEJADA		**PROYECTO: ICCU 218 DE 2025**

REGISTRO DE PARTICIPANTES

No.	NOMBRE	No. IDENTIFICACIÓN	CARGO	EMPRESA	FIRMA
1	Diana Patricia Avella Villamizar	60448600	Esp. Geotecnia	ECG ICCU	
2	Elber Ramiro Olivares Barreño	79874828	Esp Pavimentos	ECG ICCU	
3	Maria Fernanda Quintian Rovira	1095486312	Gestor Social 2	ECG ICCU	
4	Karen Sofia Cely Chaparro	1029640197	Cadenero 2	ECG ICCU	KAREN SOFIA
5	Cristhian Alejandro Parada B	1010048998	Secretario	ECG ICCU	
6	Luis David Alvarez Cruz	1070619821	Residente	ECG ICCU	
7	Manuel Alberto Moreno Rodríguez	1105687444	Residente	ECG ICCU	MANUEL ALBERTO MORENO R.
8	Javier Andrés Amaya	7186890	Residente	ECG ICCU	
9	Henry Alberto Cordoba Romero	80041860	Esp Hidraulica	ECG ICCU	
10	José Gabriel Gonzalez Bohórquez	1001044207	Cadenero 1	ECG ICCU	José Gabriel
11	Jose Rodrigo Lopez Lopez	12978348	Topografo	ECG ICCU	
12	Leidy Biviana Parra Villarreal	1234640596	Residente	ECG ICCU	
13	Evelin Navarro Isaza	1097406060	Profesional SST	ECG ICCU	
14	Gustavo Adolfo Crosby	6766736	Director	ECG ICCU	
15	Stefany Quintero Ospina	1120353722	Inspector	ECG ICCU	
16					
17					
18					
19					

FIRMA INSTRUCTOR

Ysai Mena Quejada
C.C.1077445099

ICCU INSTITUTO DE CAMINOS Y CONSTRUCCIONES DE CUNDINAMARCA	**FORMATO**	CÓDIGO: AP-SST-FR-030
	GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	VERSIÓN: 0
	INSPECCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA OBRAS	FECHA: 13/05/2025

Fecha inspección:	28-JULIO-26	**Nombre funcionario:**	YSAI MENA QUEJADA	**Cargo:**	PROFESIONAL SST
Proyecto:	ICCU-140-2025 Y ICCU-218-2025	**Lugar:**	TIBACUY - PANDI - CABRERA		

INSPECCION- OBRA CIVIL

		ITEMS	CALIFICACIÓN			OBSERVACIONES
			Cumple	No cumple	N/A	
Generales	1	¿Se realizó la validación del estado de afiliación a la seguridad social de todo el personal en obra?	X			
	2	¿Existen exámenes médicos de ingreso, periódicos y de retiro vigentes?	X			
	3	¿El personal cuenta con inducción y reinducción en SST?	X			
	4	¿Las áreas de trabajo cuentan con demarcación y señalización adecuada?	X			
	5	Áreas de riesgo claramente delimitadas	X			
	6	¿Los trabajadores usan correctamente los EPP según el riesgo?		X		
	7	Materiales almacenados adecuadamente		X		
	8	Áreas de trabajo limpias y libres de residuos	X			
	9	Uso adecuado del EPP según actividad		X		
	10	EPP en buen estado y certificado		X		
	11	Cuenta con programa de riesgo químico	X			
	12	¿Se realiza inspección periódica a equipos, herramientas y condiciones del sitio?	X			
	13	¿Se evidencian controles de riesgo eléctrico, trabajo en alturas y excavaciones?		X		
	14	¿Se realiza identificación y evaluación de peligros en el sitio de trabajo?	X			
	15	¿Los trabajadores han recibido capacitación en riesgos específicos de la obra?	X			
	16	¿Se cuenta con evidencia de participación en capacitaciones (listas, certificados)?		X		
	17	¿Se cuenta con procedimiento de trabajo seguro para las actividades críticas?	X			
	18	¿Existe evidencia del reporte de actos o condiciones inseguras?		X		
	19	¿Se investigan los incidentes y accidentes de manera oportuna?	X			
	20	¿Los contratistas cumplen con los requisitos de SST exigidos?	X			
	21	¿Se evidencia seguimiento al cumplimiento del SG-SST de contratistas?	X			
Equipos y Herramientas	22	El Contratista realiza diariamente el preoperacional a la maquinaria, equipos y vehículos y reportar las observaciones encontradas (preoperacional diario de maquinaria, equipos y vehículos) .	X			
	23	Los vehículos, cuentan con los distintivos, documentación: revisión técnico mecánica, SOAT, y constancia del último mantenimiento efectuado. Para la Maquinaria se entrega un documento expedido por personal idóneo, en el que certifica que se encuentra en óptimas condiciones técnico mecánicas, de acuerdo con los parámetros establecidos por el fabricante, para garantizar una operación adecuada y segura.	X			
	24	Toda la maquinaria de la obra cuenta con su horómetro en perfecto funcionamiento y se lleva un control diario de la horas trabajadas para realizar el mantenimiento preventivo.	X			
	25	Las herramientas cuentan con sistemas de protección y guardas de seguridad ,se encuentran todas sus partes en buen estado.	X			
	26	Se cumple con la distancia de seguridad para el desplazamiento y operación de maquinaria amarilla con respecto a los trabajadores que se encuentran en la zona ,las máquinas cuentan con señalización adecuada para la prevención de accidentes de tránsito.	X			
	27	Se cuenta con la instalación del Plan de Manejo de Tránsito correspondiente para actividades en vía con trafico pesado. Se dispone de controladores de trafico y sistemas de comunicación.	X			
	28	La maquinaria y equipos cuentan con equipo de seguridad y emergencia durante su operación, de acuerdo con lo establecido en el panorama de factores de riesgos,(botiquin,extintor y kit de derrames),y cuenta con registros de mantenimiento preventivo y correctivo e inspecciones.	X			
	29	El operador de la maquina cuenta con certificado de operación y el vehículo se encuentra con documentación al día.	X			
Trabajos en Alturas	30	Se cuenta con equipos para trabajo en altura certificados de acuerdo con la normatividad legal vigente Res 4272 de 2021..(arnes,eslinga,frenos,lineas de vida,etc);estos equipos cumplen con las condiciones adecuadas para su uso, preoperacionales y hojas de vida.	X			
	31	Se cuentan con procedimiento de rescate, personal calificado y equipos certificados de rescate de acuerdo con Resolución 4272 de 2021.	X			
	32	Se cuenta con señalización preventiva en el lugar de la actividad, demarcación y señalización preventiva.	X			
	33	Los trabajadores se encuentran calificados para actividades de alto riesgo (alturas, excavaciones, espacios confinados).Cuentan con certificados vigentes y exámenes médicos de aptitud para trabajo en alturas.		X		
	34	Se cuenta con el preoperacional de los equipos para trabajos de alto riesgo, hojas de vida , permisos de trabajo y capacitación al personal en actividades de alto riesgo.(alturas,excavaciones,demoliciones,espacios confinados, eléctricos).			X	
	35	Se cuenta con puntos de anclaje certificados para trabajos en suspensión.			X	
	36	Se cuenta con acompañamiento permanente por parte del coordinador en alturas para el desarrollo de actividades de alto riesgo.			X	
Excavaciones	37	Se entiban las zanjas con profundidad superior a 1,2 m., cuando no existe un estudio de mecánica de suelos que indique lo contrario (madera; hormigón proyectado con malla cama)		X		
	38	El borde de la excavación se encuentra libre de todo material que signifiquen caída de materiales y riesgo de atrapamiento. (0,5 mts mínimo)		X		
	39	Si la excavación se realiza mediante pala mecánica o retroexcavadora, se establece una zona de seguridad superior a 1.5 mts al radio de giro de la maquinaria pesada. Se verifica distancia entre equipos y líneas de energía.	X			
	40	Se adoptan medidas para evitar derrumbes en excavaciones. La excavación se encuentra debidamente señalizada.	X			
	41	Se tiene acceso seguro a la excavación por medio de escaleras y plataformas y barandas.		X		
Saneamiento básico	42	Se cuenta con sanitarios y agua potable en cada frente de obra.	X			
	43	Cuentan con punto ecológico de acuerdo a la normatividad legal vigente, Resolución 2184 de 2019. Código de separación de residuos.	X			
	44	Se cuenta con vistieres y zona de alimentación para el personal de obra dando cumplimiento al código sanitario, Ley 9 del1979.		X		
	45	Se cuenta con puntos de hidratación para el personal de obra y lugares de resguardo en caso de lluvias.	X			
Espacios confinados	46	Se cuenta con registro de mediciones atmosféricas para ingreso a espacios confinados de acuerdo con normatividad			X	
	47	Se cuenta con procedimiento documentado y socializado a los trabajadores ,Análisis de trabajo seguro y permiso de trabajo de acuerdo con la normatividad legal vigente esta permanece en el sitio de la actividad.	X			
	48	El personal cuenta con los elementos de protección personal para la actividad y los equipos para descenso.(equipo contra caídas, casco con barbuquejo, botas , protección respitratoria,gafas,etc).			X	
	49	Existen puntos de anclaje certificados para la actividad en caso de requerirse.			X	
	50	El personal cuenta con exámenes médicos y certificados para actividad en espacios confinados.			X	
Emergencias	51	Se cuenta con procedimiento de emergencias	X			
	52	Se cuenta con kit de derrames para derrames accidentales de sustancias químicas	X			
	53	Se cuenta con botiquin ,extintor y camillas por frente de trabajo		X		
	54	Se cuenta con listado de números de emergencia		X		
	55	¿El personal conoce el plan de emergencias y ha participado en simulacros?		X		
	56	Se cuenta con vehículo para la atención de emergencias.			X	
	57	Se cuenta con punto de encuentro y señalización de emergencia en los frentes de obra		X		

OBSERVACIONES

SE ENVIAN HALLAZGOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO E INMEDIATO

Elaboró:	
PROFESIONAL SST	YSAI MENA QUEJADA

ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL - COCOLA

Acta No.		**13**		**NOMBRE DEL COMITE**	**APERTURA COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL PROYECTO:**				
LIDER DEL COMITÉ		JAVIER ANDRES AMAYA PULIDO			**SECRETARIO**	YSAI MENA QUEJADA			
HORA INICIO	**3:00**	**HORA FIN**	**4:00**	**HORAS SESIÓN**	**HORAS** 1 hora	**FECHA**	**DD** **28**	**MM** **07**	**AAA** **2026**

PLAN DE ACCIÓN ACTA COMITÉ

1. REVISIÓN DE COMPROMISOS ACTA ANTERIOR

Verificación de las actividades y/o trabajos que se asignaron en la Acta de Comité anterior.

No	ACTIVIDAD	CARGO RESPONSABLE	% AVANCE
1	NO SE PRESENTAN CASOS DE ACOSO LABORAL	CCL	100
2	NO SE PRESENTARON EVENTOS QUE TENGAN LA INTERVENCION DEL COMITE	CCL	100
3			

1. TEMAS TRATADOS EN LA PRESENTE ACTA

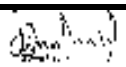
Convivencia entre colaboradores en las jornadas laborales

3. COMPROMISOS (Relación de las actividades y trabajo que queda asignado)

No	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA
1	ninguno		
2	ninguno		
3	ninguno		

4. CONCLUSIONES DEL COMITÉ:
Durante este mes no se presentaron novedades relacionadas con el comité de convivencia laboral.

5. PROGRAMACIÓN PROXIMO COMITÉ							
LUGAR	**OFICINA PRINCIPAL**	**HORA INICIO**	**3:00**	**FECHA**	**DD**	**MM**	**AAAA**
					28	**07**	**2026**

6.INTEGRANTES DE COMITÉ Y PARTICIPANTES INVITADOS:					
No	**NOMBRE**	**CARGO**	**ID**	**DOCUMENTO**	**FIRMA**
1	JAVIER ANDRES AMAYA PULIDO	RESIDENTE TECNICO	CC	7186890	
2	YSAI MENA QUEJADA	PROFESIONAL EN SST	CC	1077445099	
3	MANUEL ALBERTO MORENO RODRÍGUEZ	RESIDENTE TECNICO	CC	1105687444	
4	Jose Rodrigo Lopez Lopez	TOPOGRAFO	CC	12978348	
5					
6					

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	**FECHA**	**CAMBIO REALIZADO**
01	05-09-2025	Creación del formato
02	09-03-2026	Cambio total del formato

ACTA DE REUNIÓN DEL COPASST

Fecha: BOGOTA 28 de JULIO 2026	**Lugar: OFICINA PRINCIPAL**	
Hora Inicial: 3:00 PM	**Hora Final: 4:00PM**	**Acta N°15**

Agenda:	**ASISTENTES:**	**CARGOS:**
1. Revisión del acta anterior. **2.** Seguimiento al plan de trabajo del copasst. **3.** Informe de accidentes ocurridos en el mes. **4.** Varios y acciones pendientes. **5.** Definición de fecha próxima reunión. **6.** Firma del acta.	Sara Esperanza Serrano Hernández	Representante Empleador
	Eliana Andrea Bedoya Pino	Representante Empleador
	YSAI MENA QUEJADA	Secretario
	Gabriela Agudelo González	Presidente

DESARROLLO DE LA AGENDA DEL COMITÉ

1. REVISIÓN DEL ACTA ANTERIOR.

En el Acta No 14 no quedan temas pendientes

2. SEGUIMIENTO DE ACCIONES PENDIENTES.

Los temas propuestos se cumplieron

3. INFORME DE ACCIDENTES OCURRIDOS.

Durante el desarrollo de las actividades no se reportan incidentes no accidentes laborales.

4. VARIOS Y ACCIONES PENDIENTES.

Entrega de EPP Dotación
Gestión con ARL de capacitaciones
Preoperacional de camioneta
Capacitación, riesgo locativo y riesgos mecánico.
Se realizo capacitación de responsabilidades del Copasst y CCL.

5. DESARROLLO DEL COMITÉ

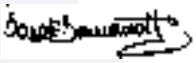
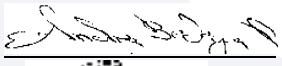
* Verificación pendiente de entregas de EPP al personal que este en obra.
* Verificar condiciones seguras en frentes de obra.
* Solicitar apoyo a la ARL en capacitación para el cumplimiento del plan **anual.**

6. DEFINICIÓN DE FECHA DE LA PROXIMA REUNIÓN.

Se realizará 27 de agosto de 2026.

7. FIRMA DEL ACTA

En constancia firman,

NOMBRE	CARGO	FIRMA
Sara Esperanza Serrano Hernández	**Representante Empleador**	
Eliana Andrea Bedoya Pino	**Representante Empleador**	
Ysai Mena Quejada	**secretario**	
Gabriela Agudelo González	**Presidente**	

Proyecto:	**CONTRATO No. ICCU-218 DE 2025**
Empresa:	**ECG INGENIERIA**

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	CAMBIO REALIZADO
01	08-05-2025	Creación del formato
02	09-03-2026	Ajuste y actualización

CERTIFICACIÓN DE ACCIDENTALIDAD

Colmena Seguros se permite certificar que la empresa relacionada a continuación no reportó accidentes de trabajo durante el período comprendido entre el 01/07/2026 y el 31/07/2026 a esta administradora.

RAZÓN SOCIAL:	ECG INGENIERIA S.A.S
CC/NIT:	901289190
CONTRATO:	1207492
CIUDAD:	BOGOTA, D.C.
INICIO VIGENCIA:	01/07/2025
ESTADO ACTUAL:	VIGENTE

La presente se expide a los 5 días del mes de agosto del año 2026.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667, gratis a nivel nacional o al teléfono 4010447 en Bogotá.

Cordialmente,



Gerente de Servicio
Colmena Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Colmena Seguros de Vida S.A. | Colmena Seguros Riesgos Laborales S.A.

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 05/08/2026 15:40:18. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

falabella.com
COLOMBIA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

FALABELLA DE COLOMBIA S A

NIT 900.017.447-8
FALABELLA TIENDA POR DEPARTAMENTOS C C LA COLINA CR 58 D 145
Teléfono:
Iva Régimen Común ICA Actividad Económica CIIU 4719
Grandes Contribuyentes Resolución 012635 14 Dic 2018
AUTORRETENEDORES, Resolución Dian 008547 del 13-ago-2009
Régimen Emisor: Responsable del impuesto sobre las ventas - IVA

Nº CB09124709

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Razón Social	: Gustavo Crosby	**Fecha de Expedición**	: 19/04/2025
NIT	: 6766736	**Fecha de Vencimiento**	:
		Fecha Validación	: 19/04/2025 14:15:54
Dirección	: Calle 99 11 A 32	**Fecha y Hora Entrega**	:
Teléfono	: 2025-04-19	**Nro O/C**	:
CUFE	: badf11db69ab3a55d753ca700ae91adf2a9028dd8bd3d5f7990d5266261c8a58db2f8010bd40c322988bf6f6d3c60221	**Tipo de Moneda**	: COP
		Correo	: gustavo.crosby@gmail.com
Observación	: obs1		
Entrega	:	**Fecha de Compra**	: 19/04/2025
Forma de Pago	: CONTADO	**Tipo de cambio**	:
Plazo	:	**Nro. Interno**	:

Documento Referencia	Folio	Fecha	Razón Referencia

CANT.	UNID.	DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE IMPUESTO ITEM	PRECIO VTA. UNITARIO	DESCUENTOS	TOTAL
1	1	Camara GoPro He$	19.0	1.680.588,00		1.680.588,00
1	1	GAR VCAM DIG 1A	19.0	274.361,00		274.361,00

SON: Dos millones trescientos veintiséis mil trescientos noventa con 00/100 PESOS

SUB-TOTAL	**$**	1.954.950,00
IVA	**$**	371.440,00
TOTAL A PAGAR	**$**	2.326.390,00
MONEDA		COP

Observaciones: obs2

Medio de Pago: DEBITO-DEBITO CMR

Mediante resolución DIAN 003193 de fecha 20 de abril del 2018 autorizados para facturar electrónicamente. Autorización de Numeración de Facturación DIAN 18764059363711 del 04/11/2023, Prefijo CB09, Rango 100000 hasta 50000000 con una vigencia de (24) meses desde el 04/11/2023, hasta 04/05/2025.

Somos Grandes Contribuyentes del Impuesto de Industria y Comercio en Bogotá D.C. mediante resolución DDI-01-0761 del 30 de marzo de 2016. Somos Grandes Contribuyentes del impuesto de renta, mediante resolución DIAN No.12635 del 14 de diciembre de 2018. Somos Autorretenedores, Resolución Dian 008547 del 13-ago-2009.

La presente Factura Electrónica de Venta, es un título valor de acuerdo con lo establecido en el Código de Comercio y en especial en los artículos 621,772 y 774, el Decreto 2242 del 24 de noviembre de 2015 y el Decreto Único 1074 de mayo de 2015. El presente título valor se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio Art.779 del Código de Comercio.

SOVOS

Paperless S.A.S./Sovos
NIT: 900.749.874-0
eInvoice Colombia

Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 1105687444

NOMBRE

MANUEL ALBERTO MORENO RODRIGUEZ

FECHA DE NACIMIENTO

03-05-1995

SANGRE-RH

A+

FECHA DE EXPEDICION

13-02-2024

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR



ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

STRIA TTOyTTE MCPAL GIRARDOT

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE.	13-02-2034	PARTICULAR
B1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS.	05-03-2031	PARTICULAR



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC07002256553

COSMOCOLOR-LC-23

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden

RUNT

CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 183867986

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: REVICAR LA 46

NIT: 900206601

No. de Certificado de Acreditación: 13-OIN-026-001

Fecha de expedición: 2025/09/11

Fecha de vencimiento: 2026/09/11

DATOS VEHÍCULO

PLACA: IXQ768

CLASE: CAMPERO

MARCA: RENAULT

MODELO: 2017

SERVICIO: Particular

COMBUSTIBLE: GASOLINA

CILINDRAJE: 1998

NRO. MOTOR: E410C020839

NRO. CHASIS: 9FBHSR5B3HM293568

VIN: 9FBHSR5B3HM293568

LÍNEA: DUSTER DYNAMIQUE 4X4

COLOR: ROJO FUEGO

NOMBRE PROPIETARIO: JULIAN P. VALBUENA L.

FIRMA DEL RESPONSABLE

RUDBER ORLANDO RAMIREZ RAMIREZ

ECG Ingeniería Consultoría Gestión	INSPECCIÓN PRE-OPERACIONAL VEHÍCULOS	Código:	F-SST-609
		Versión:	2
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Vigencia:	8/05/2025
		Tipo Documento:	Formato

PROYECTO:	ICCU #190 - 2025.	EMPRESA A QUIEN SE LE REALIZA LA INSPECCIÓN:	ECG. ingeniería	RESPONSABLE DEL VEHICULO:	Manuel Moreno.
No. LICENCIA:	1105687999	CATEGORÍA:	~~C~~ A2 - B1	FECHA VENCIMIENTO:	05-03-2031
CIUDAD:	Girardot - Cun				

DATOS GENERALES DEL VEHICULO

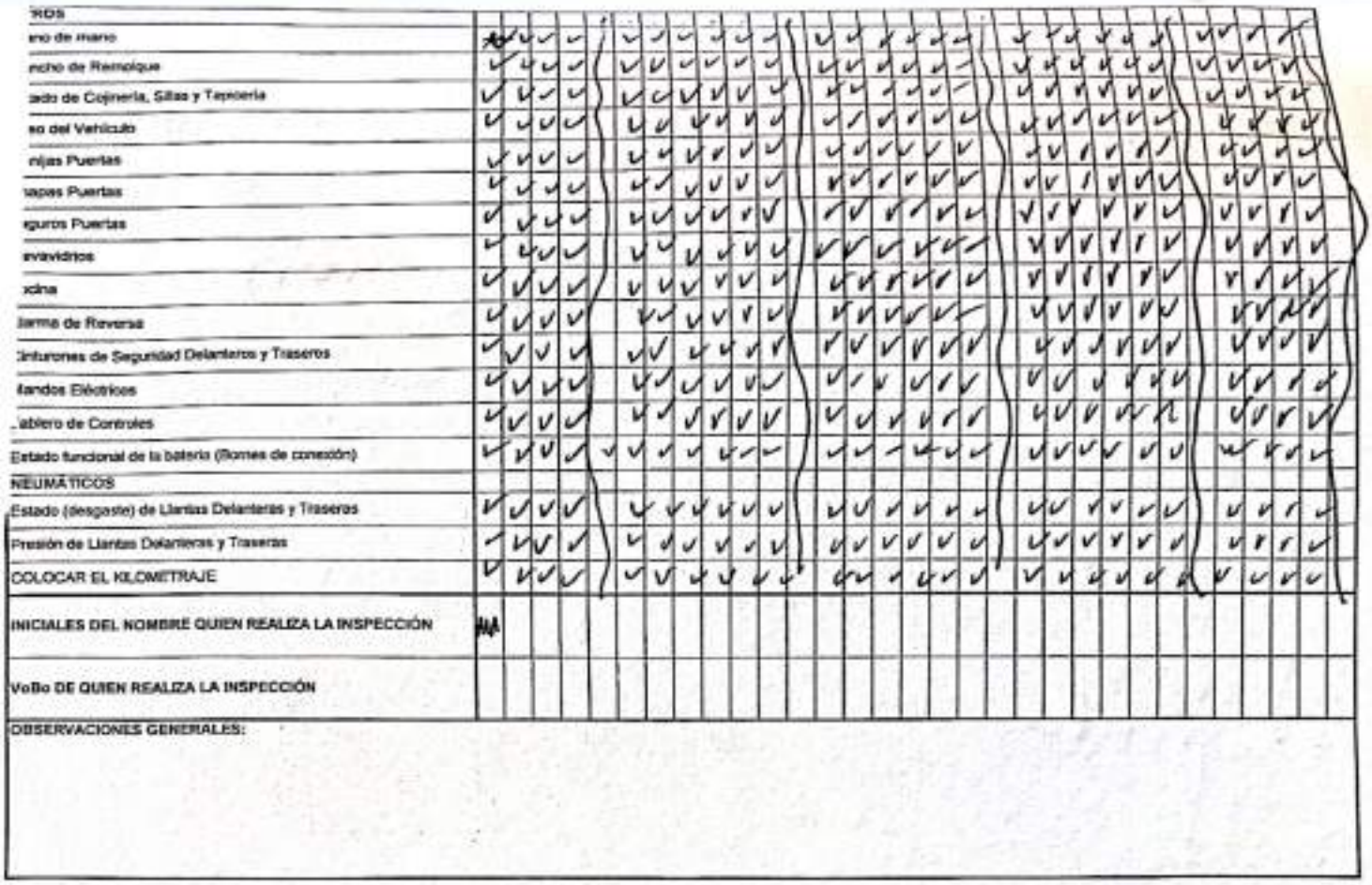
PLACA:	WXG768	MODELO:	2017	MARCA:	Renault
COLOR:	Rojo	SOAT No:	919886727.	COMPAÑIA:	
SEGURO CONTRA TODO RIESGO	SI [X]	NO [ ]	COMPAÑIA:	Seguros mundial	
TARJETA DE PROPIEDAD No.	10037652158			NOMBRE DEL PROPIETARIO:	

CILINDRAJE:	1.998	No. CHASIS:
DESDE:	2025-09-16	HASTA: 2026-9-15.
DESDE:		HASTA:

Relacione en las casillas C: Cumple NC: No Cumple, NA: No Aplica según corresponda en el momento de la inspección.

CONDICION A REVISAR	DIAS (Las siguientes casillas en blanco, diligenciarlas con la inicial del dia de la semana que corresponda)																												
MES: AÑO:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
EQUIPO DE EMERGENCIA																															
Botiquin de primeros auxilios completo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Linterna con pilas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
EXTINTOR																															
Cuenta con pin de seguridad y la carga se encuentra vigente	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
HERRAMIENTAS																															
Triangulos Reflectores (2)	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Gato o elevador mecánico o hidráulico	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Caja de Herramientas - Cruceta	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Tacos	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Estado de Llanta de Repuesto	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
LUCES																															
Bajas	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Planas	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Direccionales	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Reversa	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Estacionarias	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Stop	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
VIDRIOS / ESPEJOS																															
Parabrisas	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Limpiaparabrisas	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓						
Laterales	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Vidrio Trasero	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Limpiaparabrisas Trasero	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Espejo Retrovisor	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Espejos Laterales	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
FLUIDOS																															
Aceite Motor	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Liquido de Frenos	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Refrigerante	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Agua Parabrisas	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Fugas de Lubricantes	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓

Scanned with CamScanner



RIOS	
eno de mano	
ncho de Remolque	
ado de Cojineria, Sillas y Tapiceria	
so del Vehiculo	
nijas Puertas	
apas Puertas	
guros Puertas	
evavidrios	
ocina	
Barra de Reversa	
Cinturones de Seguridad Delanteros y Traseros	
Mandos Eléctricos	
Tablero de Controles	
Estado funcional de la batería (Bornes de conexión)	
NEUMÁTICOS	
Estado (desgaste) de Llantas Delanteras y Traseras	
Presión de Llantas Delanteras y Traseras	
COLOCAR EL KILOMETRAJE	
INICIALES DEL NOMBRE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN	
VoBo DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN	
OBSERVACIONES GENERALES:	

NOTA: En observaciones generales se debe relacionar el nombre completo de la persona que realiza la inspección; si en el mes la realiza la misma persona solo se debe escribir una vez

Scanned with CamScanner

Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 7186890



NOMBRE

JAVIER ANDRES AMAYA PULIDO

FECHA DE NACIMIENTO

22-01-1985

SANGRE-RH

O-

FECHA DE EXPEDICIÓN

29-01-2025

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

CONDUCIR CON LENTES

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

STRIA TTOyMOV MCPAL SOPO/CUND

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS.	29-01-2035	PARTICULAR
C1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS.	29-01-2028	PUBLICO



COSMOCOLOR COLOMBIA-LC-24

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC07003038856

Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10031652158

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
IXQ768	RENAULT	DUSTER DYNAMIQUE	2017

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
1.998	ROJO FUEGO	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
CAMPERO	WAGON	GASOLINA	5

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
E410C020839	N	9FBHSR5B3HM293568

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
******	N	9FBHSR5B3HM293568	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
VALBUENA LOPEZ JULIAN PASTOR	C.C. 7174643

Scanned with CamScanner

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
******

POTENCIA HP
143

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
902016000055642

VE
I

FECHA IMPORT.
14/03/2016

PUERTAS
5

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

****



FECHA MATRÍCULA
30/04/2016

FECHA EXP. LIC. TTO.
25/04/2024

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

SECRETARIA DISTRITAL DE MOVILIDAD DE BOGOTA

LT03007522914

Scanned with CamScanner

SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

FECHA DE EXPEDICIÓN (AÑO / MES / DÍA)	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL (AÑO / MES / DÍA)	VIGENCIA HASTA LAS 23:59 HORAS DEL (AÑO / MES / DÍA)
2025 / 07 / 05	2025 / 07 / 06	2026 / 07 / 05

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
8901158890601	DEK156	CAMPEROS	PARTICULAR	2000	2011

PASAJEROS	MARCA	LÍNEA VEHÍCULO	CARROCERÍA
5	SUBARU	FORESTER	234 - WAGON

No. MOTOR	No. CHASIS o No. SERIE	No. VIN	CARGA/CAPACIDAD TON.
R053815		0	0

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
GUSTAVO ADOLFO CROSBY LOPEZ	3112324232	CC	6766736	BOGOTA D.C.

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
44681	8901	44681	8901158890601	BOGOTA

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
222	$733,400.00	$381,300.00	$2,400.00

TOTAL A PAGAR

$1,117,100.00

FIRMA AUTORIZADA

AMPAROS POR VÍCTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	263,13[1] 701,68[2]	UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)
B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VÍCTIMAS	8,77	
C. INCAPACIDAD PERMANENTE	180	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	

*Para las siguientes tarifas: 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920. Decreto 2644 de 2022.
*Para las demás tarifas no citadas en (1).

El SOAT digital, además de brindarle una **fácil portabilidad y usabilidad,** también ofrece varios beneficios para usted, el medio ambiente, las autoridades y en general **para todas las personas.**



Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
- Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
- Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la inmovilización del vehículo y en caso de accidente de tránsito el recobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
- Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

En caso de accidente de tránsito:

- Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
- Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
- Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Texto habeas data

"Autorizo a la compañía de seguros para que consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las entidades legalmente autorizadas y aquellas que considere necesario, pero en este último caso únicamente con fines estadísticos y/o académicos y no comerciales, la información derivada del presente contrato de seguros y que resulte de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorguen en el futuro, así como novedades, reclamos y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes.
Declaro haber sido informado sobre el tratamiento que recibirán los datos personales incorporados en el presente contrato de seguros, así como sobre los derechos que me asisten como titular de los mismos y, sobre la dirección física y/o electrónica del responsable del tratamiento de dicha información."

Camioneta Subaru DEK 156 – Gustavo Adolfo Crosby López c.c. 6.766.736



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
Libertad y Orden
LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10035145115

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
DEK156	SUBARU	FORESTER	2011

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
2.000	GRIS PLATA	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
CAMPERO	WAGON	GASOLINA	5

NÚMERO DE MOTOR: R053815 — REG: N — VIN: ******

NÚMERO DE SERIE: JF1SHJLW4BG217703 — REG: N — NÚMERO DE CHASIS: ****** — REG: N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): CROSBY LOPEZ GUSTAVO ADOLFO
IDENTIFICACIÓN: C.C. 6766736



RESTRICCIÓN MOVILIDAD
BLINDAJE: ******
POTENCIA HP: 0
DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 14011080848328
IE: I
FECHA IMPORT.: 02/05/2011
PUERTAS: 5
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD: ******
FECHA MATRÍCULA: 19/05/2011
FECHA EXP. LIC. TTO.: 19/03/2025
FECHA VENCIMIENTO: ******
ORGANISMO DE TRÁNSITO: SECRETARIA DISTRITAL DE MOVILIDAD DE BOGOTA

LT03008458326

Consulta RUNT- mayo 8 de 2025

Certificado de revisión técnico mecánica y de emisiones contaminantes (RTM)

Tipo Revisión	Fecha Expedición	Fecha Vigencia	CDA expide RTM	Vigente	Nro. certificado	Información consistente	Acciones
REVISION TECNICO-MECANICO	04/07/2024	04/07/2025	CENTRO NACIONAL DE REVISION TECNICOMECANICA CDA DE LA 129	SI	174266696	SI	
REVISION TECNICO-MECANICO	06/07/2023	06/07/2024	CENTRO NACIONAL DE REVISION TECNICOMECANICA CDA DE LA 129	NO	166952775	SI	
REVISION TECNICO-MECANICO	07/07/2022	07/07/2023	MEGASERVICE CAR	NO	159113254	SI	
REVISION TECNICO-MECANICO	28/06/2021	28/06/2022	MEGASERVICE CAR	NO	153434268	SI	
REVISION TECNICO-MECANICO	30/06/2020	30/06/2021	MEGASERVICE CAR	NO	147314630	SI	

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
88264869	01/07/2024	06/07/2024	05/07/2025	222	COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S A	VIGENTE
355215796490290	27/06/2023	06/07/2023	05/07/2024	222	SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A	NO VIGENTE
355215796490180	21/06/2022	06/07/2022	05/07/2023	222	SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A	NO VIGENTE
3110154100	29/06/2021	06/07/2021	05/07/2022	222	AXA COLPATRIA SEGUROS SA	NO VIGENTE
13888800048668	02/07/2020	06/07/2020	05/07/2021	221	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	NO VIGENTE

ECG Ingeniería Consultores Group	INSPECCIÓN PRE-OPERACIONAL VEHÍCULOS	Código: .	F-SST-009
		Versión:	2
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Vigencia:	8/05/2025
		Tipo Documento:	Formato

PROYECTO:	ICCU. #190 - 2025.	EMPRESA A QUIEN SE LE REALIZA LA INSPECCIÓN:	ECG. Ingeniería	RESPONSABLE DEL VEHICULO:	
No. LICENCIA:	1003514115.	CATEGORÍA:	Conpero.	FECHA VENCIMIENTO:	28-06-2026
CIUDAD:	Bogota.				

DATOS GENERALES DEL VEHICULO

PLACA:	DCA 156	MODELO:	2011	MARCA:	Subaru.	CILINDRAJE:	2000.	No. CHASIS:	
COLOR:	Gris.	SOAT No:	8901588960100	COMPAÑIA:	Seguros Bolivar	DESDE:	06-07-2025	HASTA:	05-07-2026.
SEGURO CONTRA TODO RIESGO	SI: X	NO:		COMPAÑIA:		DESDE:		HASTA:	
TARJETA DE PROPIEDAD No:				NOMBRE DEL PROPIETARIO:					

Relacione en las casillas C: Cumple NC: No Cumple, NA: No Aplica según corresponda en el momento de la inspeccción.

CONDICION A REVISAR	DIAS (Las siguientes casillas en blanco, diligenciarlas con la inicial del día de la semana que corresponda)																												
MES: AÑO:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
EQUIPO DE EMERGENCIA																															
Botiquín de primeros auxilios completo		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
Linterna con pilas		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓
EXTINTOR																															
Cuenta con pin de seguridad y la carga se encuentra vigente		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓
HERRAMIENTAS		✓																													
Triangulos Reflectores (2)		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓
Gato o elevador mecánico o hidrulico		✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
Caja de Herramientas - Cruceta		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
Tacos		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
Estado de Llanta de Repuesto		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
LUCES																															
Bajas		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
Plenas		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
Direccionales		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
Reversa		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
Estacionarias		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
Stop		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
VIDRIOS / ESPEJOS																															
Parabrisas		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
Limpiaparabrisas		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
Laterales		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
Vidrio Trasero		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
Limpiaparabrisas Trasero		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
Espejo Retrovisor		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
Espejos Laterales		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
FLUIDOS																															
Aceite Motor		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
Liquido de Frenos		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
Refrigerante		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
Agua Parabrisas		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
Fugas de Lubricantes		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓

Scanned with CamScanner

OTROS																															
Freno de mano		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Gancho de Remolque		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Estado de Cojinería, Sillas y Tapicería		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Aseo del Vehículo		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Manijas Puertas		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Chapas Puertas		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Seguros Puertas		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Elevavidrios		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Bocina		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Alarma de Reversa		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Cinturones de Seguridad Delanteros y Traseros		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Mandos Eléctricos		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Tablero de Controles		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Estado funcional de la batería (Bornes de conexión)		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
NEUMÁTICOS																															
Estado (desgaste) de Llantas Delanteras y Traseras		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Presión de Llantas Delanteras y Traseras		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
COLOCAR EL KILOMETRAJE		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
INICIALES DEL NOMBRE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN		JA	JA	JA	JA	JA	JA		JA	JA	JA	JA	JA	JA		JA	JA	JA	JA	JA	JA		JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA
VoBo DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN																															

OBSERVACIONES GENERALES:

NOTA: En observaciones generales se debe relacionar el nombre completo de la persona que realiza la inspección, si en el mes la realiza la misma persona solo se debe escribir una vez

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y
DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden

RUNT

CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 182398004

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: C D A COLOMBIA SEDE MATATIGRES

NIT: 901476871

No. de Certificado de Acreditación: 22-CDA-078

Fecha de expedición: 2025/07/10

Fecha de vencimiento: 2026/07/10

DATOS VEHÍCULO

PLACA:	GQS908	**CLASE:**	CAMIONETA
MARCA:	RENAULT	**MODELO:**	2020
SERVICIO:	Particular	**COMBUSTIBLE:**	GASOLINA
CILINDRAJE:	1998	**NRO. MOTOR:**	F4RE412C187400
NRO. CHASIS:	93Y9SR5BZLJ266916	**VIN:**	93Y9SR5BZLJ266916
LÍNEA:	DUSTER OROCH		
COLOR:	GRIS ESTRELLA		

NOMBRE PROPIETARIO: MARIA S. BETANCURT C.

FIRMA DEL RESPONSABLE

SANDRA CAMARGO SANCHEZ

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden

RUNT

CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 182113729

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CDA AUTOMAS LTDA.

NIT: 900135344

No. de Certificado de Acreditación: 09-OIN-033-001

Fecha de expedición: 2025/06/28

Fecha de vencimiento: 2026/06/28

DATOS VEHÍCULO

PLACA: DEK156

CLASE: CAMPERO

MARCA: SUBARU

MODELO: 2011

SERVICIO: Particular

COMBUSTIBLE: GASOLINA

CILINDRAJE: 2000

NRO. MOTOR: R053815

NRO. CHASIS:

VIN:

LÍNEA: FORESTER

COLOR: GRIS PLATA

NOMBRE PROPIETARIO: GUSTAVO A. CROSBY L.

FIRMA DEL RESPONSABLE

MILTON CESAR POSADA MELO

SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

ASEGURADORA

sura

890.903.407 – 9

FECHA DE EXPEDICIÓN	AÑO	MES	DÍA
	2026	02	27

VIGENCIA	AÑO	MES	DÍA
DESDE LAS 00 HORAS DEL	2026	02	28
HASTA LAS 23:59 HORAS DEL	2027	02	27

No. DE PÓLIZA.	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
42944166	GQS908	CAMIONETA	PARTICULAR	1998	2020

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
5	RENAULT	DOBLE CABINA

LÍNEA VEHÍCULO
DUSTEROROCH

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
F4RE412C187400	93Y9SR5BZLJ266916	93Y9SR5BZLJ266916	0.243

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No.DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
CARLOS ANDRES CHAPARRO PULIDO	3125802151	CEDULA	1053538363	BOGOTA D.C.

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1318	4033	29191		MEDELLIN

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
221	$ 621,200	$ 323,000	$ 2,400

TOTAL A PAGAR $ 946,600

FIRMA AUTORIZADA

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRURGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	263,13[1] 701,68[2]	UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)
B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	8,77	
	HASTA	
C. INCAPACIDAD PERMANENTE	180	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	



Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito lo pueden solicitar en cualquier momento.
- Recuerde validar que su póliza esté registrada en el RUNT
- Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas, la inmovilización del vehículo y en caso de accidente de tránsito el recobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
- Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

En caso de accidente de tránsito:

- Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
- Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o la ADRES solo lo puede realizar la institución prestadora de servicios de salud.
- Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos:
La Aseguradora podrá modificar la vigencia de la póliza de forma unilateral y exclusivamente en beneficio del consumidor, en aquellos casos que se corrobore la existencia de duplicidad de amparos y pago de primas respecto del mismo vehículo. (Circular Externa 021 de 2017 – Superintendencia Financiera)

Datos personales
Autorizo a la compañía para que trate mis datos personales, incluso los de salud que son sensibles, con la finalidad de vincularme como tomador del contrato de seguro, incluyendo todas las acciones requeridas para el cumplimiento del mismo, así como para las demás finalidades incluidas en la política de tratamiento de datos personales, disponible en la página web de la aseguradora, donde se encuentran los canales para ejercer mis derechos a actualizar, rectificar, conocer y suprimir mis datos.

Topes de cobertura gastos médicos
[1] Para las siguientes tarifas: 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920. Decreto 2644 de 2022.
[2] Para las demás tarifas no citadas en (1).

ecg Engineering Consulting Group	INSPECCIÓN PRE-OPERACIONAL VEHÍCULOS	Código:	F-SST-009
		Versión:	2
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Vigencia:	8/05/2025
		Tipo Documento:	Formato

PROYECTO:	ICCU #140 - 2025.	EMPRESA A QUIEN SE LE REALIZA LA INSPECCIÓN:	ECG Ingeniería	RESPONSABLE DEL VEHICULO:	Carlos Chaparro.
No. LICENCIA:	1053538363.	CATEGORÍA:	131.	FECHA VENCIMIENTO:	12-02-28	CIUDAD:	Sogamoso.

DATOS GENERALES DEL VEHICULO

PLACA:	GQS908	MODELO:	2020	MARCA:	Renault.	CILINDRAJE:	1.998.	No. CHASIS:	
COLOR:	Gris	SOAT No:	92994166	COMPAÑIA:	Sura.	DESDE:	2026 02 08	HASTA:	2027 02 27.
SEGURO CONTRA TODO RIESGO	SI	NO	COMPAÑIA:			DESDE:		HASTA:	
TARJETA DE PROPIEDAD No.			NOMBRE DEL PROPIETARIO:						

Relacione en las casillas C: Cumple NC: No Cumple, NA: No Aplica según corresponda en el momento de la inspeccción.

CONDICION A REVISAR	DIAS (Las siguientes casillas en blanco, diligenciarlas con la inicial del día de la semana que corresponda)																												
MES: AÑO:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
EQUIPO DE EMERGENCIA																											V	V	V	V	
Botiquín de primeros auxilios completo																				V	V	V	V	V	V		V	V	V	V	
Linterna con pilas																				V	V	V	V	V	V		V	V	V	V	
EXTINTOR																															
Cuenta con pin de seguridad y la carga se encuentra vigente																				V	V	V	V	V	V		V	V	V	V	
HERRAMIENTAS																															
Triangulos Reflectores (2)																				V	V	V	V	V	V		V	V	V	V	
Gato o elevador mecánico o hidráulico																				V	V	V	V	V	V		V	V	/	/	
Caja de Herramientas - Cruceta																				V	V	V	V	V	V		V	V	V	V	
Tacos																				V	V	V	V	V	V		V	V	V	V	
Estado de Llanta de Repuesto																				V	V	V	V	V	V		V	V	V	V	
LUCES																															
Bajas																				V	V	V	V	V	V		V	V	V	V	
Plenas																				V	V	V	V	V	V		V	V	V	V	
Direccionales																				V	V	V	V	V	V		V	V	V	V	
Reversa																				V	V	V	V	V	V		V	V	V	V	
Estacionarias																				V	V	V	V	V	V		V	V	V	V	
Stop																				V	V	V	V	V	V		V	V	V	V	
VIDRIOS / ESPEJOS																															
Parabrisas																				V	V	V	V	V	V		V	V	V	V	
Limpiaparabrisas																				V	V	V	V	V	V		V	V	V	V	
Laterales																				V	V	V	V	V	V		V	V	V	V	
Vidrio Trasero																				V	V	V	V	V	V		V	V	V	V	
Limpiaparabrisas Trasero																				V	V	V	V	V	V		V	V	V	V	
Espejo Retrovisor																				V	V	V	V	V	V		V	V	V	V	
Espejos Laterales																				V	V	V	V	V	V		V	V	V	V	
LIDOS																															
ele Motor																				V	V	V	V	V	V		V	V	V	V	
luido de Frenos																				V	V	V	V	V	/		V	V	V	V	
frigerante																				V	V	V	V	V	V		V	V	V	V	
a Parabrisas																				V	V	V	V	V	V		V	V	V	V	
es de Lubricantes																				V	V	V	V	V	V		V	V	V	V	

Scanned with CamScanner

OTROS																				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	
Freno de mano																				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	
Gancho de Remolque																				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	
Estado de Cojinería, Sillas y Tapicería																				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	
Aseo del Vehículo																				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	
Manijas Puertas																				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	
Chapas Puertas																				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	
Seguros Puertas																				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	
Elevavidrios																				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	
Bocina																				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	
Alarma de Reversa																				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	
Cinturones de Seguridad Delanteros y Traseros																				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	
Mandos Eléctricos																				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	
Tablero de Controles																				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	
Estado funcional de la batería (Bornes de conexión)																				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	
NEUMÁTICOS																															
Estado (desgaste) de Llantas Delanteras y Traseras																				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	
Presión de Llantas Delanteras y Traseras																				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	
COLOCAR EL KILOMETRAJE																				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	
INICIALES DEL NOMBRE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN																															
VoBo DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN																															

OBSERVACIONES GENERALES:

NOTA: En observaciones generales se debe relacionar el nombre completo de la persona que realiza la inspección; si en el mes la realiza la misma persona solo se debe escribir una vez

Scanned with CamScanner

Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10038036139

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
GQS908	RENAULT	DUSTER OROCH	2020

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
1.998	GRIS ESTRELLA	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
CAMIONETA	DOBLE CABINA	GASOLINA	243 - 5

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
F4RE412C187400	N	93Y9SR5BZLJ266916

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
******	N	93Y9SR5BZLJ266916	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
CHAPARRO PULIDO CARLOS ANDRES	C.C. 1053538363

Powered by CamScanner

RESTRICCIÓN MOVILIDAD
******

BLINDAJE
******

POTENCIA HP
143

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
48202000017539

VE
I

FECHA IMPORT.
10/01/2020

PUERTAS
5

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
PRENDA - VEHIGRUPO SAS



FECHA MATRÍCULA
13/02/2020

FECHA EXP. LIC TTO.
28/02/2026

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO
SECRETARIA DISTRITAL DE MOVILIDAD DE BOGOTA

Servicios Integrales 95908.1.0-14 08/25

LT03009892776

Powered by CamScanner

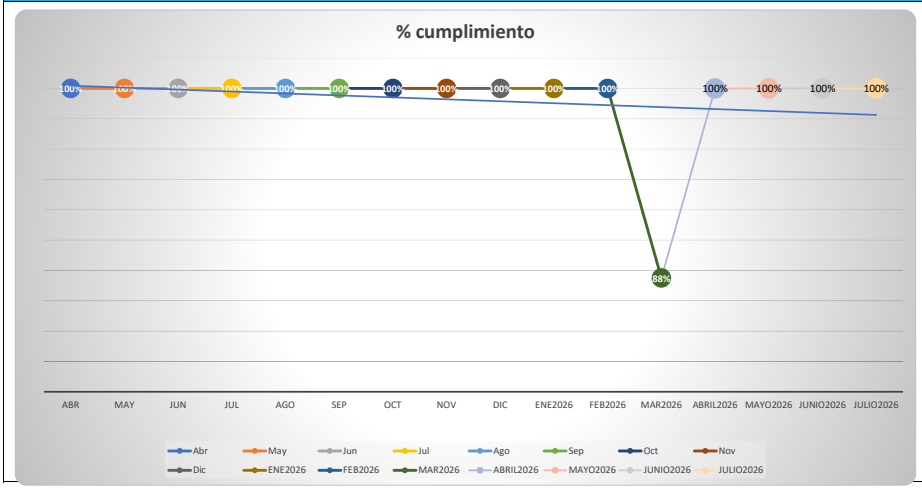
INDICADOR PLAN DE TRABAJO ANUAL SST	
Definición del Indicador:	CUMPLIMIENTO
Meta - Límite del Indicador:	90%
Fórmula - Método del Cálculo:	(No. Actividades ejecutadas / No. Actividades planeadas)*100
Fuente de la Información para el Cálculo:	Actividades del hacer del programa
Periodicidad del Reporte:	Trimestral
Personas que deben conocer el resultado:	Gerente - Representante por la Dirección

2. DATOS

Variables	CRONOGRAMA 2025-2026															
	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	ENE2026	FEB2026	MAR2026	ABRIL2026	MAYO2026	JUNIO2026	JULIO2026
No. Actividades Ejecutadas	3	3	3	3	3	3	3	3	4	5	6	7	7	7	6	6
No. Actividades Planeadas	3	3	3	3	3	3	3	3	4	5	6	8	7	7	6	6
% cumplimiento Programa	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	88%	100%	100%	100%	100%
Meta	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%

99%

3. GRÁFICA



4. ANÁLISIS DE DATOS - TENDENCIAS - INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	
I TRIMESTRE	EN EL TRIMESTRE SE LLEVA UN INDICADOR DEL 99%
II TRIMESTRE	EN EL TRIMESTRE SE LLEVA UN INDICADOR DEL 99%
III TRIMESTRE	EN EL TRIMESTRE SE LLEVA UN INDICADOR DEL 99%
IV TRIMESTRE	

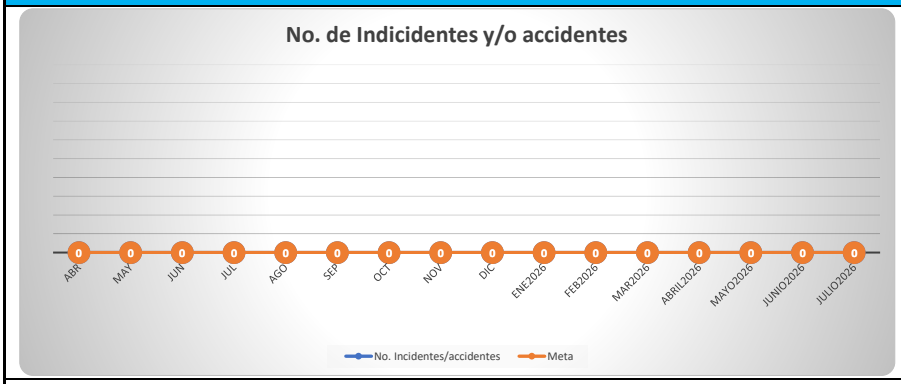
INDICADOR INCIDENCIA AT	
Definición del Indicador:	EFICACIA
Meta - Límite del Indicador:	0%
Fórmula - Método del Cálculo:	Nº de Incidentes y/o accidentes presentados
Fuente de la Información para el Cálculo:	Registro Investigacion de Incidentes
Periodicidad del Reporte:	Trimestral
Personas que deben conocer el resultado:	Gerente - Representante por la Dirección

2. DATOS

Variables	CRONOGRAMA 2025-2026															
	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	ENE2026	FEB2026	MAR2026	ABRIL2026	MAYO2026	JUNIO2026	JULIO2026
No. Incidentes/accidentes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Meta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

0

3. GRÁFICA



4. ANÁLISIS DE DATOS - TENDENCIAS - INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	
I TRIMESTRE	NO SE HAN PRESENTADO INCIIDENTES O ACCIDENTES LABORALES
II TRIMESTRE	NO SE HAN PRESENTADO INCIIDENTES O ACCIDENTES LABORALES
III TRIMESTRE	NO SE HAN PRESENTADO INCIIDENTES O ACCIDENTES LABORALES
IV TRIMESTRE	

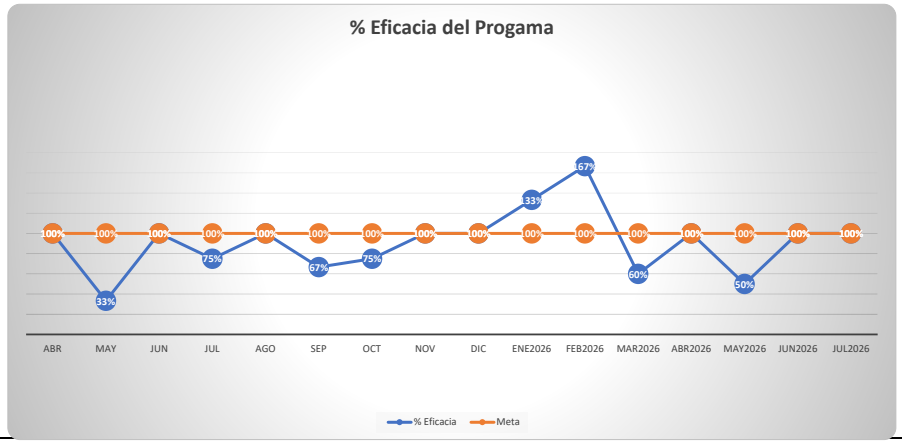
INDICADOR HALLAZGOS EN OBRA	
Definición del Indicador:	Eficacia del progama
Meta - Límite del Indicador:	100%
Fórmula - Método del Cálculo:	No. De hallazgos cerrados /Total De hallazgos x 100%
Fuente de la Información para el Cálculo:	hallazgos, no conformidades, A.C.P.M
Periodicidad del Reporte:	Trimestral
Personas que deben conocer el resultado:	Gerente - Representante por la Dirección

2. DATOS 2025- 2026

Variables	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	ENE2026	FEB2026	MAR2026	ABR2026	MAY2026	JUN2026	JUL2026	
No. De hallazgos cerrados	2	1	2	3	3	2	3	3	2	4	10	12	4	2	4	3	
Total De hallazgos	2	3	2	4	3	3	4	3	2	3	6	20	4	4	4	3	
% Eficacia	100%	33%	100%	75%	100%	67%	75%	100%	100%	133%	167%	60%	100%	50%	100%	100%	**91%**
Meta	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

ingresar según los hallazgos de la matriz

3. GRÁFICA

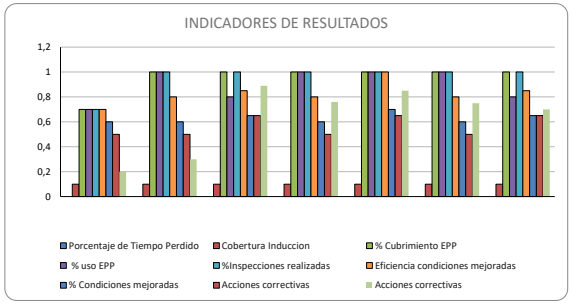


4. ANÁLISIS DE DATOS - TENDENCIAS - INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	
I TRIMESTRE	LOS HALLAZGOS ENCONTRADOS EN OBRA VERSUS LOS HALLAZGOS SUBSANADOS NOS DA UN DEL 60% PARA UN PROMDIO DE 93% CONSOLIDADO
II TRIMESTRE	LOS HALLAZGOS ENCONTRADOS EN OBRA VERSUS LOS HALLAZGOS SUBSANADOS NOS DA UN DEL 100% PARA UN PROMDIO DE 90% CONSOLIDADO
III TRIMESTRE	LOS HALLAZGOS ENCONTRADOS EN OBRA VERSUS LOS HALLAZGOS SUBSANADOS NOS DA UN DEL 100% PARA UN PROMDIO DE 91% CONSOLIDADO
IV TRIMESTRE	

ECG INGENIERIA
SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
INDICADORES DEL SG-SST

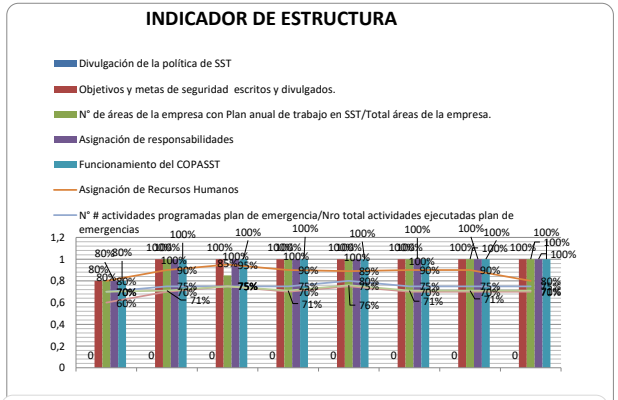
INDICARORES DE RESULTADO

MES	Porcentaje de Tiempo Perdido	Cobertura Induccion	% Cubrimiento EPP	% uso EPP	%Inspecciones realizadas	Eficiencia condiciones mejoradas	% Condiciones mejoradas	Acciones correctivas
ABRIL	10%	70%	70%	70%	70%	60%	50%	20%
MAYO	10%	100%	100%	100%	80%	60%	50%	30%
JUNIO	10%	100%	80%	100%	85%	65%	65%	89%
JULIO	10%	100%	100%	100%	80%	60%	50%	76%
AGOSTO	10%	100%	100%	100%	100%	70%	65%	85%
SEPTIEMBRE	10%	100%	100%	100%	80%	60%	50%	75%
OCTUBRE	10%	100%	80%	100%	85%	65%	65%	70%
NOVIEMBRE	10%	100%	100%	100%	85%	85%	85%	80%
DICIEMBRE	10%	100%	98%	100%	90%	92%	93%	90%
ENERO2026	10%	100%	100%	100%	80%	60%	50%	75%
FEBRE2026	10%	100%	98%	100%	90%	92%	93%	90%
MARZO2026	10%	100%	98%	100%	99%	99%	99%	91%
ABRIL2026	10%	100%	95%	100%	99%	99%	99%	90%
MAYO2026	10%	100%	95%	100%	99%	99%	90%	90%
JUNIO2026	8%	100%	95%	100%	99%	99%	90%	90%
JULIO2026	8%	100%	92%	98%	99%	99%	90%	90%



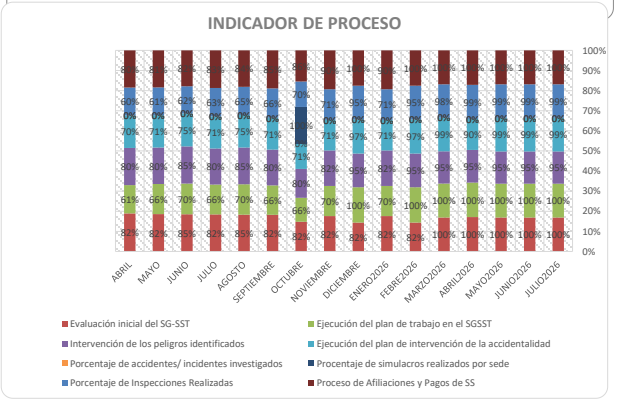
INDICARORES DE ESTRUCTURA

MES	Divulgación de la política de SST	Objetivos y metas de seguridad escritos y divulgados.	N° de áreas de la empresa con Plan anual de trabajo en SST/Total áreas de la empresa.	Asignación de responsabilidades	Funcionamiento del COPASST	Asignación de Recursos Humanos	N° # actividades programadas plan de emergencia/Nro total actividades ejecutadas plan de emergencias	# actividades del Plan de capacitación anual en SST
ABRIL	80%	80%	80%	80%	80%	70%	60%	70%
MAYO	100%	100%	100%	100%	90%	75%	70%	71%
JUNIO	100%	85%	100%	100%	95%	75%	75%	75%
JULIO	100%	100%	100%	100%	90%	75%	70%	71%
AGOSTO	100%	100%	100%	100%	89%	80%	75%	76%
SEPTIEMBRE	100%	100%	100%	100%	90%	75%	70%	71%
OCTUBRE	100%	100%	100%	100%	90%	75%	70%	71%
NOVIEMBRE	100%	100%	100%	100%	80%	75%	70%	71%
DICIEMBRE	100%	100%	100%	100%	91%	89%	100%	98%
ENERO2026	100%	100%	100%	100%	91%	89%	100%	98%
FEBRE2026	100%	100%	100%	100%	91%	89%	100%	98%
MARZO2026	100%	100%	100%	100%	92%	90%	100%	99%
ABRIL2026	100%	100%	100%	100%	95%	90%	100%	99%
MAYO2026	100%	100%	100%	100%	95%	90%	100%	99%
JUNIO2026	100%	100%	100%	100%	95%	90%	100%	99%
JULIO2026	100%	100%	100%	100%	95%	90%	100%	99%

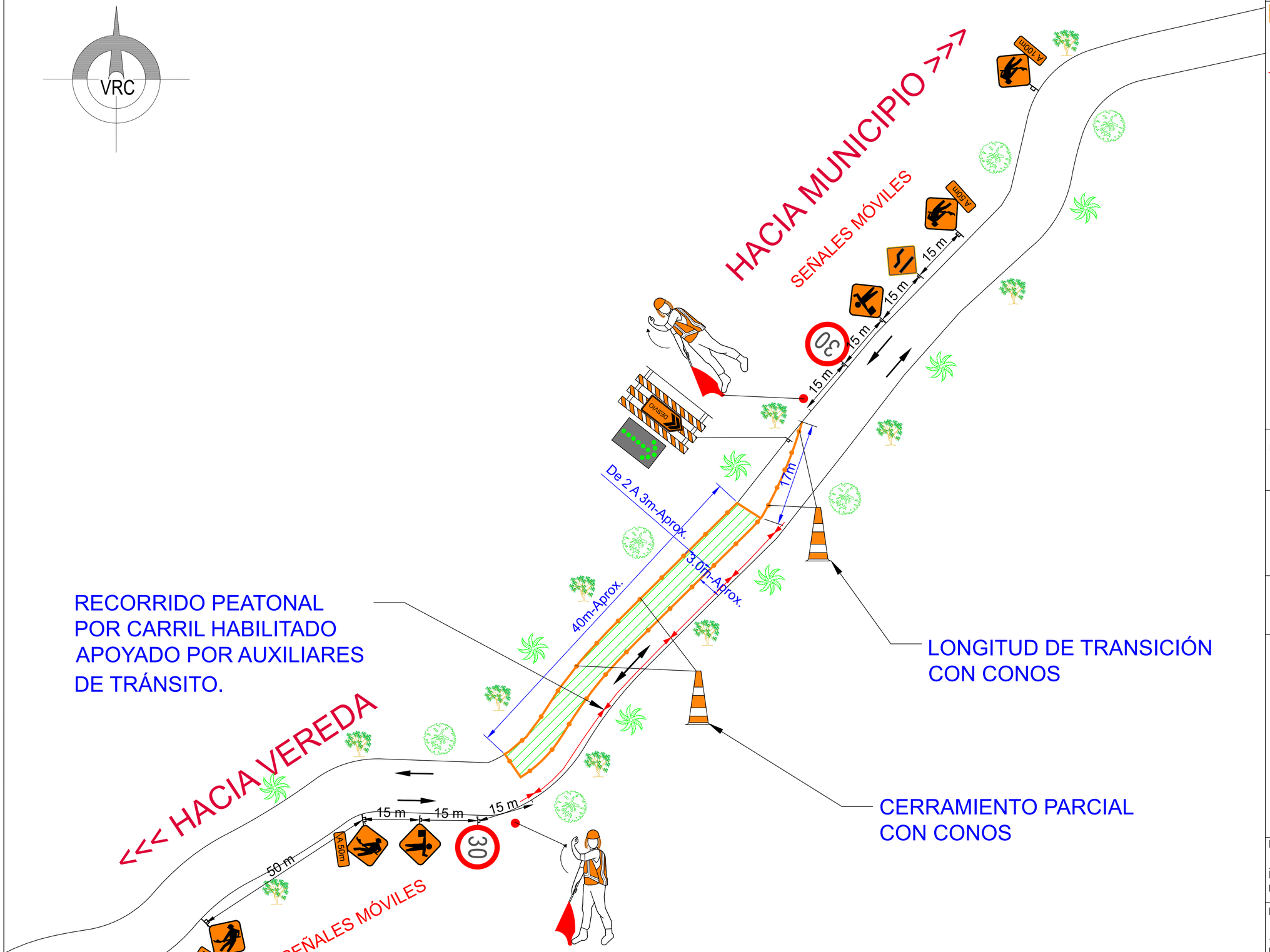


INDICARORES DE PROCESO

MES	Evaluación inicial del SG-SST	Ejecución del plan de trabajo en el SGSST	Intervención de los peligros identificados	Ejecución del plan de intervención de la accidentalidad	Porcentaje de accidentes/ incidentes investigados	Procentaje de simulacros realizados por sede	Porcentaje de Inspecciones Realizadas	Proceso de Afiliaciones y Pagos de SS
ABRIL	82%	61%	80%	70%	0%	0%	60%	80%
MAYO	82%	66%	80%	71%	0%	0%	61%	81%
JUNIO	85%	70%	85%	75%	0%	0%	62%	82%
JULIO	82%	66%	80%	71%	0%	0%	63%	83%
AGOSTO	85%	70%	85%	75%	0%	0%	65%	84%
SEPTIEMBRE	82%	66%	80%	71%	0%	0%	66%	85%
OCTUBRE	82%	66%	80%	71%	0%	100%	70%	86%
NOVIEMBRE	82%	70%	82%	71%	0%	0%	71%	90%
DICIEMBRE	82%	100%	95%	97%	0%	0%	95%	100%
ENERO2026	82%	70%	82%	71%	0%	0%	71%	90%
FEBRE2026	82%	100%	95%	97%	0%	0%	95%	100%
MARZO2026	100%	100%	95%	99%	0%	0%	98%	100%
ABRIL2026	100%	100%	95%	90%	0%	0%	99%	100%
MAYO2026	100%	100%	95%	99%	0%	0%	99%	100%
JUNIO2026	100%	100%	95%	99%	0%	0%	99%	100%
JULIO2026	100%	100%	95%	99%	0%	0%	99%	100%



VRC



CONVENCIONES

- ZONA DE OBRA
- SENTIDOS VIALES ACTUALES
- RECORRIDO PEATONAL
- SR-30
- SIO-01
- SPO-01
- BANDERERO
- BARRICADA DE DESVÍO CON SEÑAL LUMINOSA

"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".

CONTRATO ICCU-140-2025.

INTERVENTORÍA:
ECG INGENIERIA SAS.
Ing. Carlos Andrés Chaparro pulido.
Director y Especialista de Interventoría.

PLAN DE MANEJO DE TRÁNSITO PARA ACTIVIDADES DE EXPLANACIÓN, EXCAVACIONES, REPLANTEO VIA, MANTENIMIENTO DE LA RASANTE Y CONSTRUCCIÓN DE MUROS Y ALCANTARILLAS EN:

PROVINCIA DE SUMAPAZ:

MUNICIPIO DE CABRERA: VILLARICA (LÍMITE DEPARTAMENTAL CON TOLIMA) – NUÑEZ – QUEBRADA NEGRA – SANTA MARTA – SAN ISIDRO – CASCO URBANO CABRERA – PEÑAS BLANCAS - PAQUILÓ - SUMAPAZ.

MUNICIPIO DE PANDI: LA HUNCHIA – SANTA RITA.

MUNICIPIO DE TIBACUY: SAN FRANCISCO – CALANDAIMA – EL OCOBO – LA CAJITA – ALBANIA – BATEAS – BOQUERON.

Elaboró:
Ing. Christian G. Reyes Gordo
Especialista en Transportes

Dibujó:
Henry Moreno V.

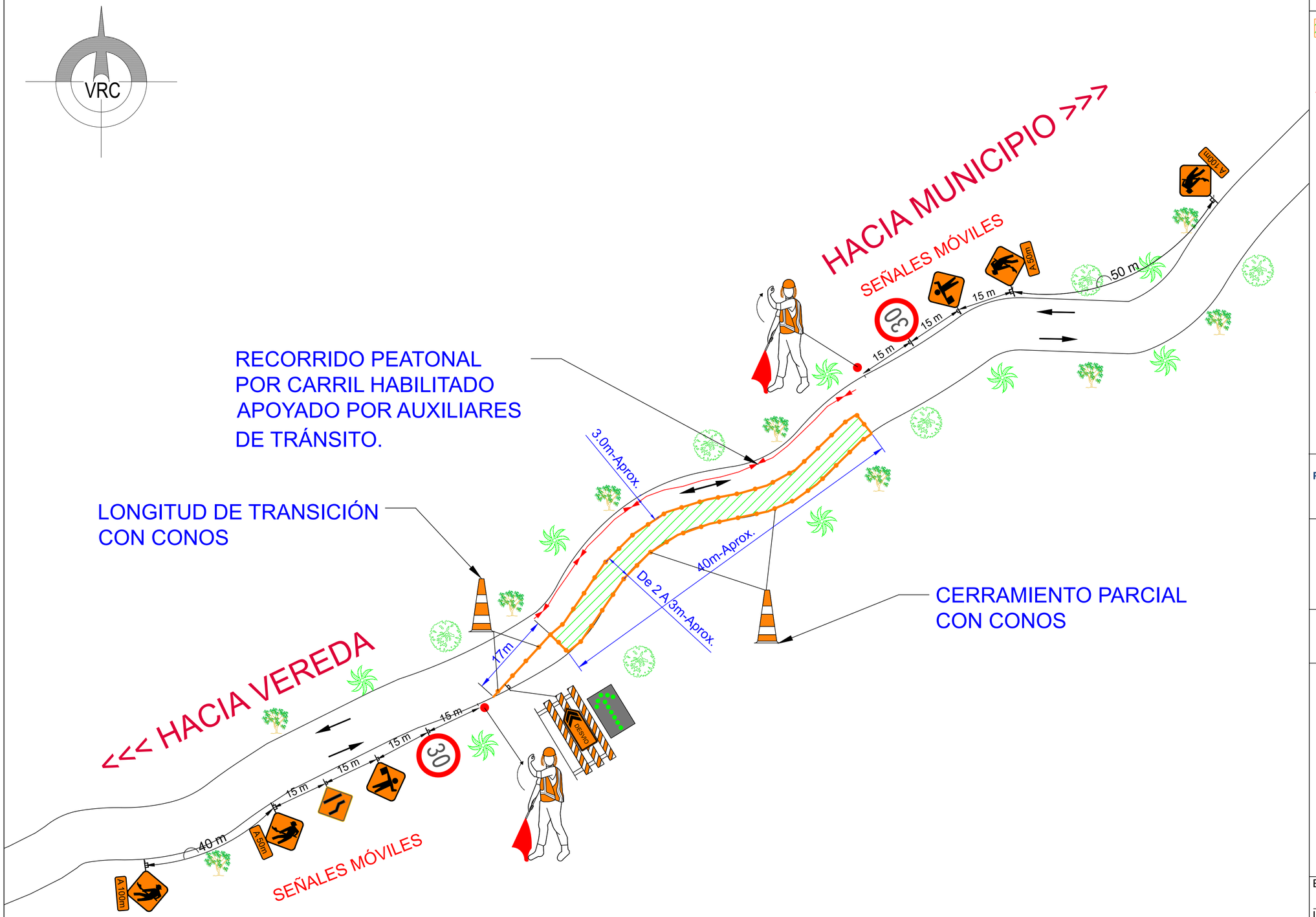
ESCALA GRÁFICA

TÍPICO 1

BOGOTA D.C., 10 DE OCTUBRE DE 2025

MODIFICACIONES: VERSIÓN 1.

NOTA:
1. PARA FACILITAR LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS AUXILIARES DE TRÁNSITO, SE CONTARÁ CON RADIOS DE OPERACIONES.
2. DESPUÉS DEL HORARIO DE TRABAJO, SI NO SE HABILITAN LOS TRAMOS, SE IMPLEMENTARÁN SEÑALES LUMINOSAS QUE INDIQUEN EL CERRAMIENTO DE OBRA.



CONVENCIONES

- ZONA DE OBRA
- SENTIDOS VIALES ACTUALES
- RECORRIDO PEATONAL
- SR-30
- SIO-01
- SPO-01
- BANDERERO
- BARRICADA DE DESVÍO CON SEÑAL LUMINOSA

"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".

CONTRATO ICCU-140-2025.

INTERVENTORÍA:
ECG INGENIERIA SAS.
Ing. Carlos Andrés Chaparro pulido.
Director y Especialista de Interventoría.

PLAN DE MANEJO DE TRÁNSITO PARA ACTIVIDADES DE EXPLANACIÓN, EXCAVACIONES, REPLANTEO VIA, MANTENIMIENTO DE LA RASANTE Y CONSTRUCCIÓN DE MUROS Y ALCANTARILLAS EN:

PROVINCIA DE SUMAPAZ:

MUNICIPIO DE CABRERA: VILLARICA (LÍMITE DEPARTAMENTAL CON TOLIMA) – NUÑEZ – QUEBRADA NEGRA – SANTA MARTA – SAN ISIDRO – CASCO URBANO CABRERA – PEÑAS BLANCAS - PAQUILÓ - SUMAPAZ.

MUNICIPIO DE PANDI: LA HUNCHIA – SANTA RITA.

MUNICIPIO DE TIBACUY: SAN FRANCISCO – CALANDAIMA – EL OCOBO – LA CAJITA – ALBANIA – BATEAS – BOQUERON.

Elaboró:
Ing. Christian G. Reyes Gordo
Especialista en Transportes

Dibujó:
Henry Moreno V.

ESCALA GRÁFICA

TÍPICO 2

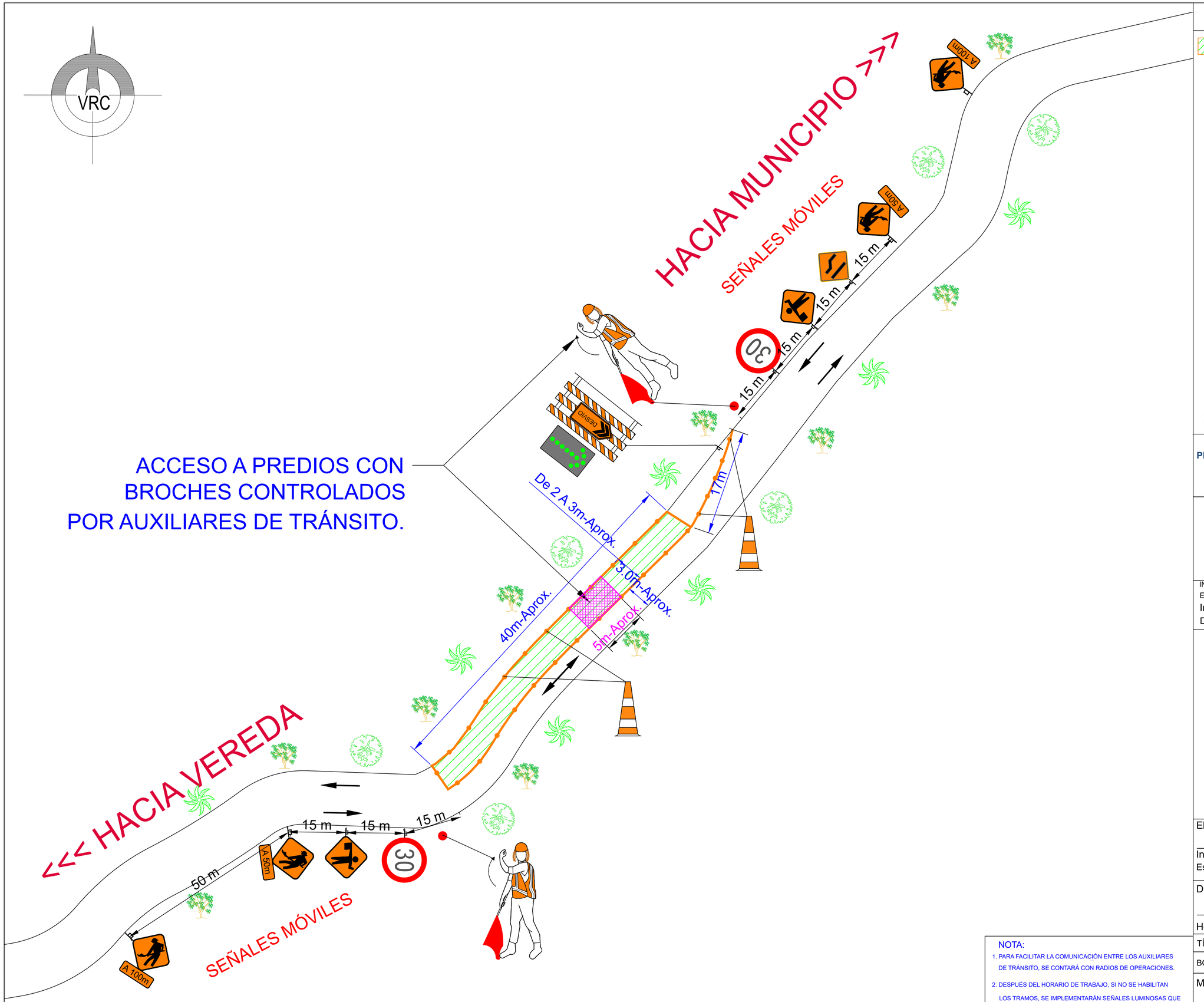
BOGOTA D.C., 10 DE OCTUBRE DE 2025

MODIFICACIONES: VERSIÓN 1.

NOTA:
1. PARA FACILITAR LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS AUXILIARES DE TRÁNSITO, SE CONTARÁ CON RADIOS DE OPERACIONES.
2. DESPUÉS DEL HORARIO DE TRABAJO, SI NO SE HABILITAN LOS TRAMOS, SE IMPLEMENTARÁN SEÑALES LUMINOSAS QUE INDIQUEN EL CERRAMIENTO DE OBRA.

VRC

ACCESO A PREDIOS CON BROCHES CONTROLADOS POR AUXILIARES DE TRÁNSITO.



CONVENCIONES

- ZONA DE OBRA
- SENTIDOS VIALES ACTUALES
- SR-30
- SIO-01
- SPO-01
- BANDERERO
- BARRICADA DE DESVÍO CON SEÑAL LUMINOSA

"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".

CONTRATO ICCU-140-2025.

INTERVENTORÍA:
ECG INGENIERIA SAS.
Ing. Carlos Andrés Chaparro pulido.
Director y Especialista de Interventoría.

PLAN DE MANEJO DE TRÁNSITO PARA ACTIVIDADES DE EXPLANACIÓN, EXCAVACIONES, REPLANTEO VIA, MANTENIMIENTO DE LA RASANTE Y CONSTRUCCIÓN DE MUROS Y ALCANTARILLAS EN:

PROVINCIA DE SUMAPAZ:

MUNICIPIO DE CABRERA: VILLARICA (LÍMITE DEPARTAMENTAL CON TOLIMA) – NUÑEZ – QUEBRADA NEGRA – SANTA MARTA – SAN ISIDRO – CASCO URBANO CABRERA – PEÑAS BLANCAS - PAQUILÓ - SUMAPAZ.

MUNICIPIO DE PANDI: LA HUNCHIA – SANTA RITA.

MUNICIPIO DE TIBACUY: SAN FRANCISCO – CALANDAIMA – EL OCOBO – LA CAJITA – ALBANIA – BATEAS – BOQUERON.

Elaboró:
Ing. Christian G. Reyes Gordo
Especialista en Transportes

Dibujó:
Henry Moreno V.

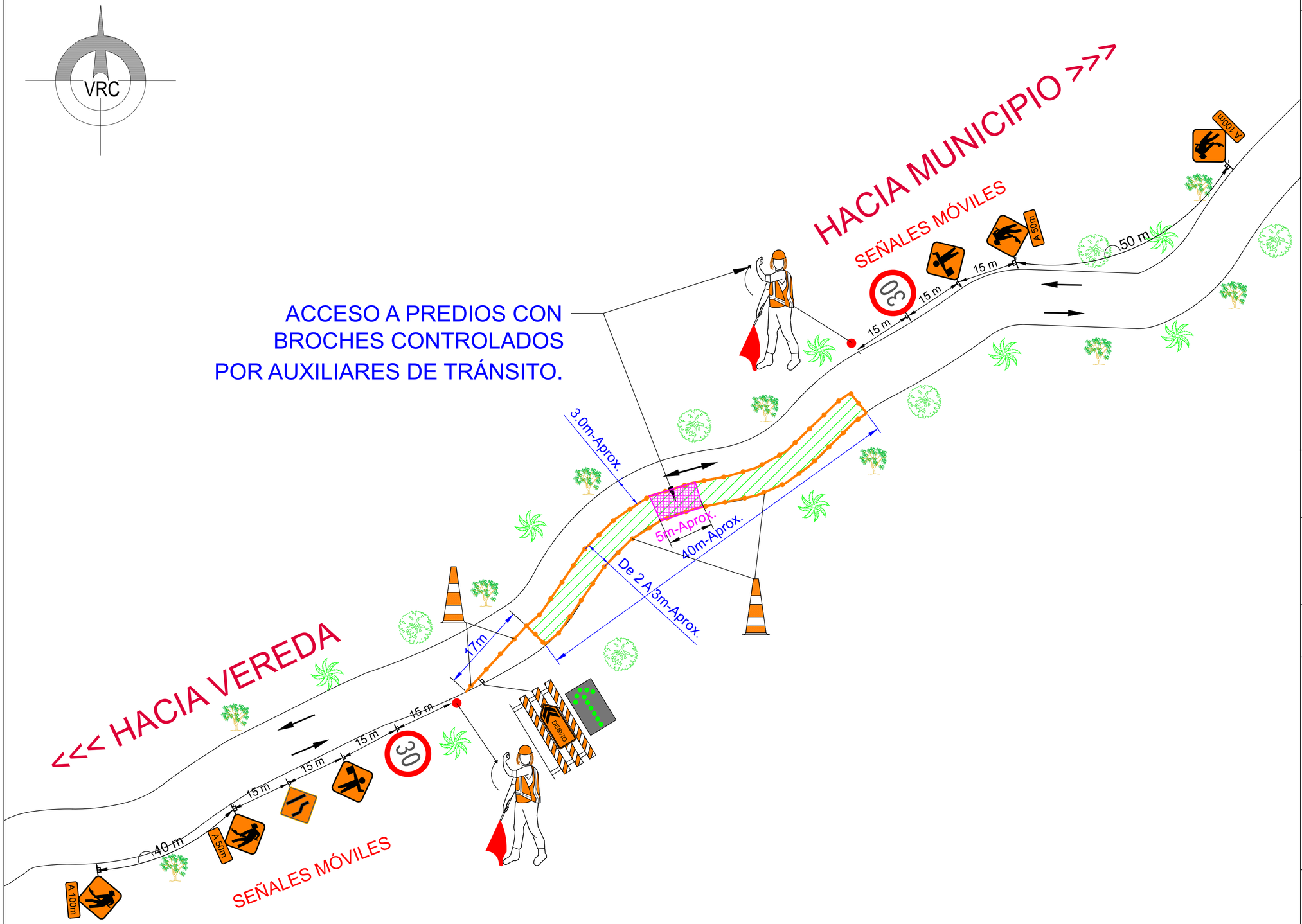
ESCALA GRÁFICA

TÍPICO 3

BOGOTA D.C., 10 DE OCTUBRE DE 2025

MODIFICACIONES: VERSIÓN 1.

NOTA:
1. PARA FACILITAR LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS AUXILIARES DE TRÁNSITO, SE CONTARÁ CON RADIOS DE OPERACIONES.
2. DESPUÉS DEL HORARIO DE TRABAJO, SI NO SE HABILITAN LOS TRAMOS, SE IMPLEMENTARÁN SEÑALES LUMINOSAS QUE INDIQUEN EL CERRAMIENTO DE OBRA.



CONVENCIONES

- ZONA DE OBRA
- SENTIDOS VIALES ACTUALES
- SR-30
- SIO-01
- SPO-01
- BANDERERO
- BARRICADA DE DESVÍO CON SEÑAL LUMINOSA

"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".

CONTRATO ICCU-140-2025.

INTERVENTORÍA:
ECG INGENIERIA SAS.
Ing. Carlos Andrés Chaparro pulido.
Director y Especialista de Interventoría.

PLAN DE MANEJO DE TRÁNSITO PARA ACTIVIDADES DE EXPLANACIÓN, EXCAVACIONES, REPLANTEO VIA, MANTENIMIENTO DE LA RASANTE Y CONSTRUCCIÓN DE MUROS Y ALCANTARILLAS EN:

PROVINCIA DE SUMAPAZ:

MUNICIPIO DE CABRERA: VILLARICA (LÍMITE DEPARTAMENTAL CON TOLIMA) – NUÑEZ – QUEBRADA NEGRA – SANTA MARTA – SAN ISIDRO – CASCO URBANO CABRERA – PEÑAS BLANCAS - PAQUILÓ - SUMAPAZ.

MUNICIPIO DE PANDI: LA HUNCHIA – SANTA RITA.

MUNICIPIO DE TIBACUY: SAN FRANCISCO – CALANDAIMA – EL OCOBO – LA CAJITA – ALBANIA – BATEAS – BOQUERON.

Elaboró:
Ing. Christian G. Reyes Gordo
Especialista en Transportes

Dibujó:
Henry Moreno V. ESCALA GRÁFICA

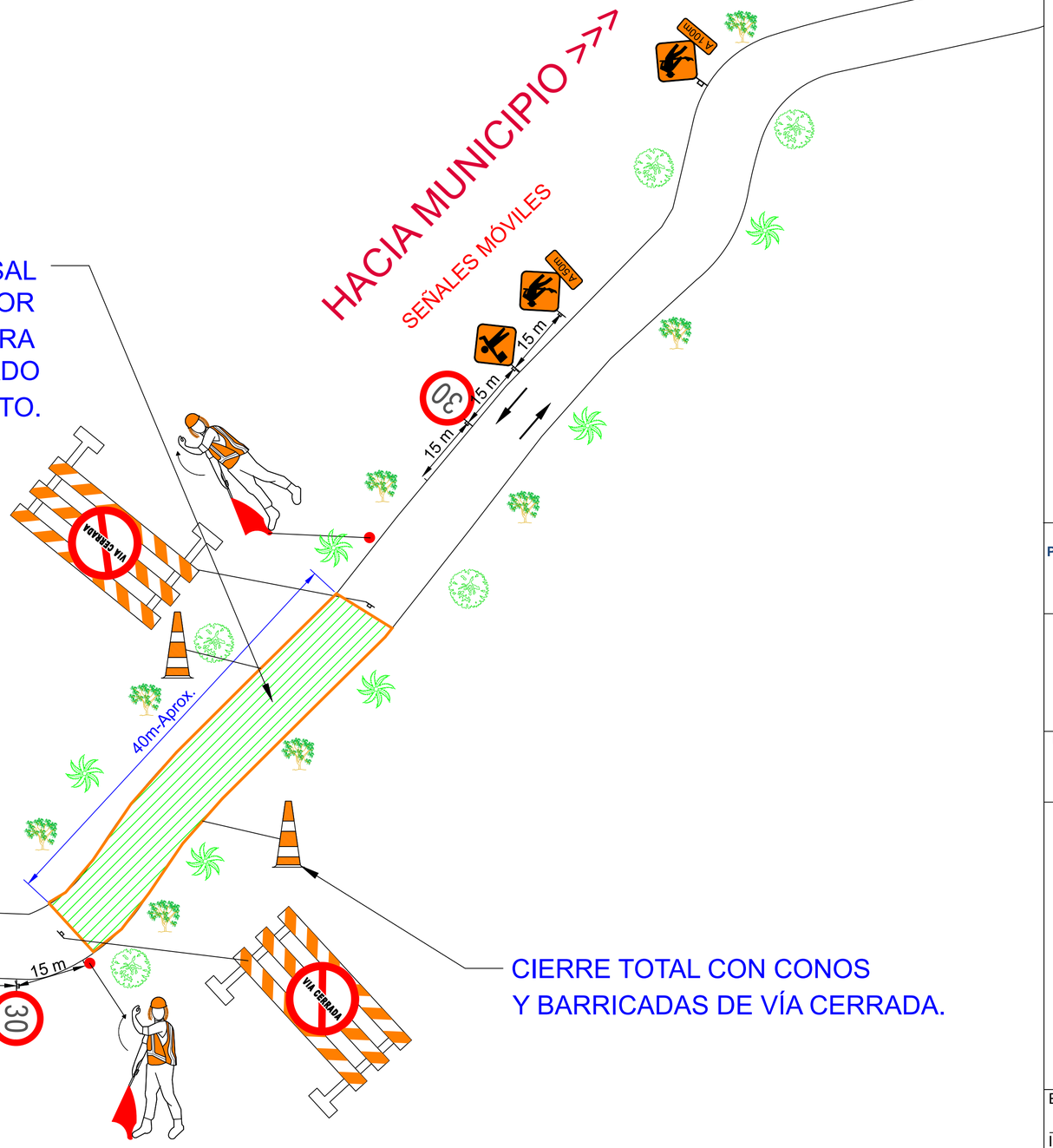
NOTA:
1. PARA FACILITAR LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS AUXILIARES DE TRÁNSITO, SE CONTARÁ CON RADIOS DE OPERACIONES.
2. DESPUÉS DEL HORARIO DE TRABAJO, SI NO SE HABILITAN LOS TRAMOS, SE IMPLEMENTARÁN SEÑALES LUMINOSAS QUE INDIQUEN EL CERRAMIENTO DE OBRA.

TÍPICO 4

BOGOTA D.C., 10 DE OCTUBRE DE 2025

MODIFICACIONES: VERSIÓN 1.

CIERRE TOTAL CUANDO LA SECCIÓN TRANSVERSAL SEA IGUAL O MENOR A CUATRO METROS, POR INTERVALOS DE TIEMPO MÁXIMO DE UNA HORA, PARA LUEGO REANUDAR EL PASO VEHICULAR, REGULADO POR AUXILIARES DE TRÁNSITO.



CIERRE TOTAL CON CONOS
Y BARRICADAS DE VÍA CERRADA.

CONVENCIONES

- ZONA DE OBRA
- SENTIDOS VIALES ACTUALES
- SR-30
- SIO-01
- SPO-01
- BANDERERO
- BARRICADA DE DESVÍO CON SEÑAL LUMINOSA

"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".

CONTRATO ICCU-140-2025.

INTERVENTORÍA:
ECG INGENIERIA SAS.
Ing. Carlos Andrés Chaparro pulido.
Director y Especialista de Interventoría.

PLAN DE MANEJO DE TRÁNSITO PARA ACTIVIDADES DE EXPLANACIÓN, EXCAVACIONES, REPLANTEO VIA, MANTENIMIENTO DE LA RASANTE Y CONSTRUCCIÓN DE MUROS Y ALCANTARILLAS EN:

PROVINCIA DE SUMAPAZ:

MUNICIPIO DE CABRERA: VILLARICA (LÍMITE DEPARTAMENTAL CON TOLIMA) – NUÑEZ – QUEBRADA NEGRA – SANTA MARTA – SAN ISIDRO – CASCO URBANO CABRERA – PEÑAS BLANCAS - PAQUILÓ - SUMAPAZ.

MUNICIPIO DE PANDI: LA HUNCHIA – SANTA RITA.

MUNICIPIO DE TIBACUY: SAN FRANCISCO – CALANDAIMA – EL OCOBO – LA CAJITA – ALBANIA – BATEAS – BOQUERON.

POR CIERRE TOTAL.

Elaboró:
Ing. Christian G. Reyes Gordo
Especialista en Transportes

Dibujó:
Henry Moreno V.

ESCALA GRÁFICA

TÍPICO 5

BOGOTA D.C., 10 DE OCTUBRE DE 2025

MODIFICACIONES: VERSIÓN 1.

REGISTRO FOTOGRÁFICO











ASPECTOS NO CONTEMPLADOS

Elaboró:	**PROFECIONAL SST**	YSAI MENA QUEJADA

ANEXOS CONSORCIO VICGER SST

1. SEGURIDAD SOCIAL.

2. EGRESOS

3. INDUCCIONES

4. EXAMENES MEDICOS

5. NOTIFICACION DE RIESGOS

6. CAPACITACIONES

7. ENTRESGA 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

RELACION DELAPROBACION PERSONAL DE OBRA CONTRATO No. 140 de 2025								
ITEM	**COMUNICADO**	**FECHA ENTREGA HV**	**Nombres y Apellidos**	**Cargo**	**Fecha de Aprobación**	**Fecha Inicio**	**Fecha de retiro**	**Dedicación**
1	25C02_DTO_008	29 de abril de 2025	Carlos Andrés Ballestas Barandica	Director de Obra	15/05/2025	2/04/2025		100%
2			Mildre Lorena Pinilla	Profesional en Gestión Social	15/05/2025	1/06/2025	20/5/2026	50%
3			Francy Paola Quinche Cobos	Profesional en Gestión Social	15/05/2025	2/04/2025	30/09/2025	50%
4			Claudia Patricia Ballestas Barandica	Profesional SISO	15/05/2025	2/04/2025		100%
5	25C02_DTO_009	29 de abril de 2025	Brian Steve Castro Baena	Ingeniero SIG	19/05/2025	2/05/2025	30/08/2025	100%
6	25C02_DTO_012	27 de mayo de 2025	Carlos Iván Gutiérrez Guevara	Especialista en Geotecnia	5/06/2025	5/06/2025		40%
7			Ana Sofia Figueroa Infante	Especialista en Geotecnia	5/06/2025	NA	NA	40%
8			Everardo Pardo Guio	Especialista en Pavimentos	5/06/2025	2/04/2025	1/11/2025	50%
9			Teófilo Carlos Yidi Villareal	Especialista en Pavimentos	5/06/2025	2/04/2025	2/01/2026	50%
10	25C02_DTO_014	29 de mayo de 2025	María Clara Diaz Medina	Inspectora	10/06/2025	28/05/2025	15/10/2025	100%
11			Cristian Camilo Henao Palacios	Inspectora	10/06/2025	NA	NA	100%
12			Edna Margarita Ramírez Gómez	Residente de Obra	11/06/2025	2/04/2025	25/04/2026	100%
13	25C02_DTO_044	8 de julio de 2025	Claudia Milena Rivera Roa	Profesional Gestor Social	8/08/2025	NA	NA	50%
14	25C02_DTO_069	25 de agosto de 2025	Maribel Aponte Rincón	Especialista Ambiental	27/08/2025	NA	RETIRO	50%
15	25C02_DTO_070	21 de agosto de 2025	Ivonne Palacio Palma	Profesional Gestor Social	28/08/2025	23/08/2025	16/10/2025	50%
16	25C02_DTO_131	08 de septie de 2025	Yiby Consuelo Bonilla Garzón	Profsional Gestor Social	23/09/2025	8/10/2025	21/11/2025	50%
17	25C02_DTO_172	02 de octubre de 2025	Cristian Camilo Grimaldo Yanes	Profesional (PMP)	15/10/2025	NA	INACTIVO	100%
18	25C02-DTO-192	4 DE NOVIEMBRE 2025	Brayan Felipe Casas Garcia	Ingeniero Ambiental	4/11/2025	4/11/2025		100%
19	25C02-DTO-191	18/10/2025	Juan Harvey Ochoa	Residente de Obra	20/10/2025	21/10/2025	20/02/2026	100%

RELACION DELAPROBACION PERSONAL DE OBRA CONTRATO No. 140 de 2025								
ITEM	**COMUNICADO**	**FECHA ENTREGA HV**	**Nombres y Apellidos**	**Cargo**	**Fecha de Aprobación**	**Fecha Inicio**	**Fecha de retiro**	**Dedicación**
20	260123_25C02_DTO_282	18/10/2025	Oscar Enrique Garzon Lopez	Topografo	22/10/2025	22/10/2025	14/04/2026	100%
21	NO REQUIERE APROBACION	8 de julio de 2025	ANGELA PATRICIA RODRIGUEZ LADINO	SECRETARIA	1/08/2025	18/07/2025	1/6/2026	100%
22	260123_25C02_DTO_285	18/10/2025	Nelson Eduardo Giraldo Noreña	Residente de Obra	1/10/2025	1/10/2025	18/11/2025	100%
23	260123_25C02_DTO_282	23/01/2026	NELSON FELIPE MORENO	HIDRAULICO	26/10/2025	INACTIVO	INACTIVO	50%
24	260123_25C02_DTO_287	26/01/2025	MARICELA MONROY MOSQUERA	PROFESIONAL SOCIAL	29/01/2026	13/01/2026	27/03/2026	100%
25	260123_25C02_DTO_287	26/01/2025	GUILLERMO NUÑES CARREÑO	INGENIERO RESIDETE	29/01/2026	20/01/2026		100%
26	260123_25C02_DTO_289	29/01/2025	ANDRES GOMEZ ROBLES	RESIDENTE DE OBRA	10/01/2026	13/01/2026		100%
27	260210_25C02_DTO_303	7/02/2026	ESTHER TUÑON PEREZ	PROFESIONAL SOCIAL	10/02/2026	11/02/2026		100%
28	CVG – ICCU –OF-0324-2026	10/02/2026	ANDRES FERNANDO CARDOSO ROMERO	INGENIERO RESIDENTE	6/03/2026	7/03/2026		100%
29	260326_25C02_DTO_365	21/03/2026	SHIRLEY CASTILLO JIMENEZ	PROFESIONAL SST	27/03/2026		7/04/2026	100%
30	260330_25C02_DTO_370	26/03/2026	YENY ELIZABETH SANGUINO ROMERO	PROFESIONAL SOCIAL	30/03/2026		7/04/2026	100%
31	260330_25C02_DTO_399	27/04/2026	BOJACA DIANA ESPERANZA	RESIDENTE SOCIAL	27/4/2026	27/4/2026		100%
32	CVG – ICCU –OF-0429-2026	22/04/2026	MATEUS PARDO GILBERT	INENIERO RESIDENTE	24/4/2026	25/5/2026		100%
33	CVG – ICCU –OF-0445-2026	19/05/2026	GORDILLO GOMEZ ANGELA	RESIDENTE SST	21/5/2026	21/5/2026		100%
34	El contratista no envio la hoja de vida	N/A	DIAZ AVILA LADY LIZETH	INGENIERO RESIDETE	11/5/2026	21/7/2026	21/7/2026	100%

CONSORCIO VICGER 2021- CONTRATISTA									
RELACION DEL PERSONAL DE OBRA CONTRATO No. 140 de 2025- JULIO 2026									
ITEM	**NOMBRE**	**CC**	**CARGO**	**% dedicación**	**FECHA INGRESO**	**FECHA RETIRO**	**TIPO DE CONTRATO**	**FRENTE DE OBRA**	**No. Planilla SS FEB-MAR**
1	CARLOS ANDRES BALLESTAS	80.023.146	DIRECTOR	100%	2/04/2025		OBRA LABOR	ADMIN-OBRA	9509188377
2	CLAUDIA PATRICIA BALLESTAS	1.019.022.615	PROFESIONAL SST	100%	2/04/2025		OBRA LABOR	ADMIN-OBRA	9509188377

CONSORCIO VICGER 2021- CONTRATISTA

RELACION DEL PERSONAL DE OBRA CONTRATO No. 140 de 2025- JULIO 2026

ITEM	NOMBRE	CC	CARGO	% dedicación	FECHA INGRESO	FECHA RETIRO	TIPO DE CONTRATO	FRENTE DE OBRA	No. Planilla SS FEB-MAR
3	CARLOS IVAN GUTIERREZ GUEVARA	19.165.638	ESPECIALISTA	50%	2/04/2025		OPS	ADMIN-OBRA	1082529937
4	CASAS GARCIA BRAYAN FELIPE	1.016.082.534	INGENIERO AMBIENTAL	100%	4/11/2025		OBRA LABOR	ADMIN-OBRA	9509188377
5	GORDILLO GOMEZ ANGELA	52.394.442	PROFESIONAL SST	100%	15/5/2026		OBRA LABOR	ADMIN-OBRA	9509188377
6	CARDOZO ANDRES FERNANDO	10.105.688.025	INGENIERO RESIDENTE NARIÑO	100%	2/01/2026		OBRA LABOR	NARIÑO	9509188377
7	ESTHER TUÑON	1.048.609.602	RESIDENTE SOCIAL	100%	11/2/2026		OBRA LABOR	NARIÑO	9509188377
8	BOJACA DIANA ESPERANZA	52.154.882	RESIDENTE SOCIAL	100%	27/4/2026		OBRA LABOR	ADMIN-OBRA	9509188377
9	NUÑEZ GUILLERMO	1.052.616	INGENIERO RESIDENTE	100%	20/1/2025		OBRA LABOR	ADMIN-OBRA	9509188377
10	MATEUS PARDO GILBERT	1.096.906.644	INGENIERO RESIDENTE	100%	2/5/2026		OBRA LABOR	ADMIN-OBRA	9509188377
11	HENAO CRISTIIAN	1.018.505.287	INGENIERO RESIDENTE	100%	2/5/2026		OBRA LABOR	ADMIN-OBRA	9509188377
12	REYES LUIS CARLOS	3.102.127	AUX TRAFICO NARIÑO	100%	18/6/2026		OBRA LABOR	NARIÑO	9509188377
13	SOLER JOHAN STIVEN	1.070.004.440	OPERADOR RETRO CABRERA	100%	30/9/2025		OBRA LABOR	CABRERA	9509188377
14	GONZALEZ RAMIRO HERNANDO	3.361.126	OPERADOR VIBROCOMPACTADOR CABRERA	100%	1/10/2025		OBRA LABOR	CABRERA	9509188377
15	ROMERO GONZALEZ JIMMY DARIO	1.069.230.091	AYUDANTE	100%	3/10/2025		OBRA LABOR	CABRERA	9509188377
16	FORIGUA CARLOS HERNANDO	79.238.199	OPERADOR MOTONIVELADORA CABRERA	100%	9/2/2026		OBRA LABOR	CABRERA	9509188377
17	REYES ROJAS YULEIDY	1.003.748.724	AUX TRAFICO NARIÑO	100%	18/6/2026		OBRA LABOR	NARIÑO	9509188377
18	RICO RICO HECTOR ISAIAS	3.155.071	OPERADOR RETROEXCAVADORA PANDI	100%	19/1/2026		OBRA LABOR	PANDI	9509188377
19	PEDRAZA JORGE DILMAR	79.820.750	CONDUCTOR CARROTANQUE	100%	3/10/2025		OBRA LABOR	PANDI	9509188377
20	BONILLA JUAN ALFONSO	2.969.563	OPERADOR VIBRO PANDI	100%	16/2/2026		OBRA LABOR	PANDI	9509188377

CONSORCIO VICGER 2021- CONTRATISTA

RELACION DEL PERSONAL DE OBRA CONTRATO No. 140 de 2025- JULIO 2026

ITEM	NOMBRE	CC	CARGO	% dedicación	FECHA INGRESO	FECHA RETIRO	TIPO DE CONTRATO	FRENTE DE OBRA	No. Planilla SS FEB-MAR
21	VARELA RODRIGUEZ JESUS EDUARSO	93.461.471	AYUDANTE PANDI	100%	3/01/2026		OBRA LABOR	PANDI	9509188377
22	VARELA MORENO LUIS FELIPE	1.070.751.279	AYUDANTE PANDI	100%	3/1/2026		OBRA LABOR	PANDI	9509188377
23	CARVAJAR LAURA CAMILA	1.010.089.873	AUX TRAFICO JERUSALEN	100%	25/6/2026		OBRA LABOR	JERUSALEN	9509188377
24	ROMERO JOSE MIGUEL	79.869.713	OPERADOR MOTONIVELADORA	100%	11/05/2026		OBRA LABOR	NILO	9509188377
25	RODRIGUEZ AMAYA CIRO	14105469	OPERADOR MOTONIVELADORA	100%	17/03/2026		OBRA LABOR	CABRERA	9509188377
26	ALEJO CRUZ EDISON ALBERTO	1.022.351.814	AYUDANTE TIBACUY	100%	13/4/2025		OBRA LABOR	TIBACUY	9509188377
27	PUIN HERNANDEZ JOHN EDISON	413.525	AYUDANTE TIBACUY	100%	16/4/2026		OBRA LABOR	TIBACUY	9509188377
28	FARA VICTOR DANILO	1.073.558.668	AYUDANTE JERUSALEN	100%	23/6/2026		OBRA LABOR	JERUSALEN	9509188377
29	CHAVEZ CLAUDIA LILI	52.811.371	AYUDANTE JERUSALEN	100%	24/6/2026		OBRA LABOR	JERUSALEN	9509188377
30	**CRUZ ARAMBULA WENDY DANIELA**	**1.014.279.422**	**AUX TRAFICO JERUSALEN**	100%	**30/06/2026**		OBRA LABOR	JERUSALEN	AFILIACIONES
31	**RAMOS LUIS CARLOS**	**1.067.912.432**	**AYUDANTE NILO**	100%	**30/06/2026**		OBRA LABOR	NILO	AFILIACIONES
32	**ESCAMILLA ASTRIS**	**20.761.831**	**AUX TRAFICO NILO**	100%	**30/06/2026**		OBRA LABOR	NILO	AFILIACIONES
33	**CORREA JEIMMY**	**1.069.925.161**	**AUX TRAFICO NILO**	100%	**30/06/2026**		OBRA LABOR	NILO	AFILIACIONES
34	**RODRIGUEZ SIERRA LUIS FELIPE**	**1.003.523.427**	**AYUDANTE NILO**	100%	**30/06/2026**		OBRA LABOR	NILO	AFILIACIONES
35	**RICO DUBAN ERNESTO**	**1.069.732.357**	**AYUDANTE NILO**	100%	**1/7/2026**		OBRA LABOR	NILO	AFILIACIONES
36	**DIAZ MARIO ALEJANDRO**	**1.069.924.828**	**AYUDANTE NILO**	100%	**1/7/2026**		OBRA LABOR	NILO	AFILIACIONES
37	**REYES GOMEZ WERNEL DANIEL**	**1.003.568.843**	**AYUDANTE NILO**	100%	**1/7/2026**		OBRA LABOR	NILO	AFILIACIONES
38	**VILLALBA ROJAS CARLOS ALBERO**	**1.033.792.250**	**AYUDANTE JERUSALEN**	100%	06/07/2026		OBRA LABOR	JERUSALEN	AFILIACIONES
39	**PARRADO RUIZ ANGIE LORENA**	**1.004.037.144**	**AUX. TRAFICO VIOTA**	100%	21/07/2026		OBRA LABOR	VIOTA	AFILIACIONES
40	**TORRES CASTRO LAURA**	**1.078.826.670**	**AUX. TRAFICO VIOTA**	100%	21/07/2026		OBRA LABOR	VIOTA	AFILIACIONES

CONSORCIO VICGER 2021- CONTRATISTA									
RELACION DEL PERSONAL DE OBRA CONTRATO No. 140 de 2025- JULIO 2026									
ITEM	**NOMBRE**	**CC**	**CARGO**	**% dedicación**	**FECHA INGRESO**	**FECHA RETIRO**	**TIPO DE CONTRATO**	**FRENTE DE OBRA**	**No. Planilla SS FEB-MAR**
	YULIETH								
41	**ROMERO RESTREPO ANDREY BERNARDO**	**1.026.250.212**	**AYUDANTE VIOTA**	100%	27/07/2026		OBRA LABOR	VIOTA	AFILIACIONES
42	**DAZA DIEGO ARMANDO**	**1.069.759.419**	**AYUDANTE VIOTA**	100%	27/07/2026		OBRA LABOR	VIOTA	AFILIACIONES
43	**PEREZ CAPERA ALBEIRO EUCLIDES**	**5.823.225**	**AYUDANTE VIOTA**	100%	27/07/2026		OBRA LABOR	VIOTA	AFILIACIONES
44	**MONTAÑO KEBIN ARBEY**	**1.007.413.305**	**AYUDANTE VIOTA**	100%	27/07/2026		OBRA LABOR	VIOTA	AFILIACIONES
45	**ESTEPA DIANA**	**52.968.492**	**SECRETARIA**	100%	**4/7/2026**		OBRA LABOR	ADMON	AFILIACIONES

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!

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	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
11	TOTAL			55.100.000	100%	50.350.000	57.107.474	0	2.284.300	7.016.400	2.284.300	57.107.474	2.284.300	0	0	57.107.474	1	3.974.800
	TOTALES							$ 2.284.300		$ 9.300.700			$ 2.284.300	$ -	$ -			$ 3.974.800
																		$ 17.844.100

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





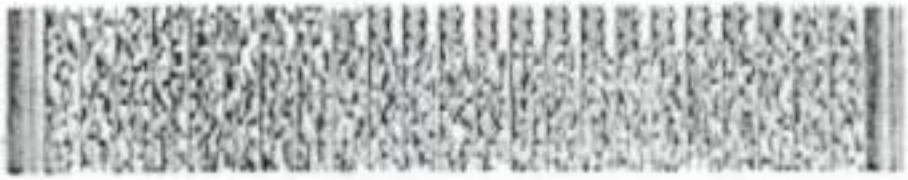
FECHA DE NACIMIENTO 29-SEP-1997
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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	

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

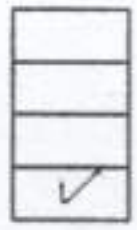
1. Uso Elementos de protección personal [ ]
2. Reportar los accidentes de trabajo [ ]
3. Cumplir con las normas de seguridad de la obra [ ]
4. Asistir a capacitaciones [ ]
5. Todas las anteriores [X]

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

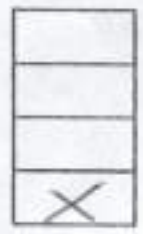
Andrey R.

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



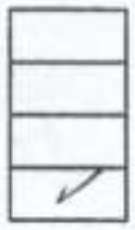
TRABAJADOR Angie Lorena Parrado

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



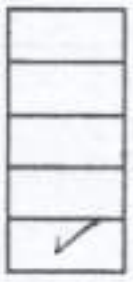
Un Accidente de trabajo
1. Es el que ocurre por causa o en ocasión del trabajo
2. ocurre cuando estoy jugando con mis amigos fútbol



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

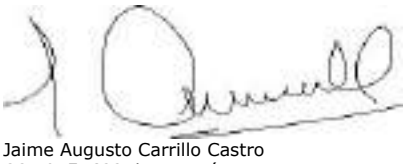
CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

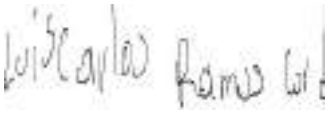
OBSERVACIONES FINALES

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)

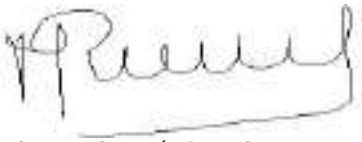
No se generan recomendaciones médicas

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:

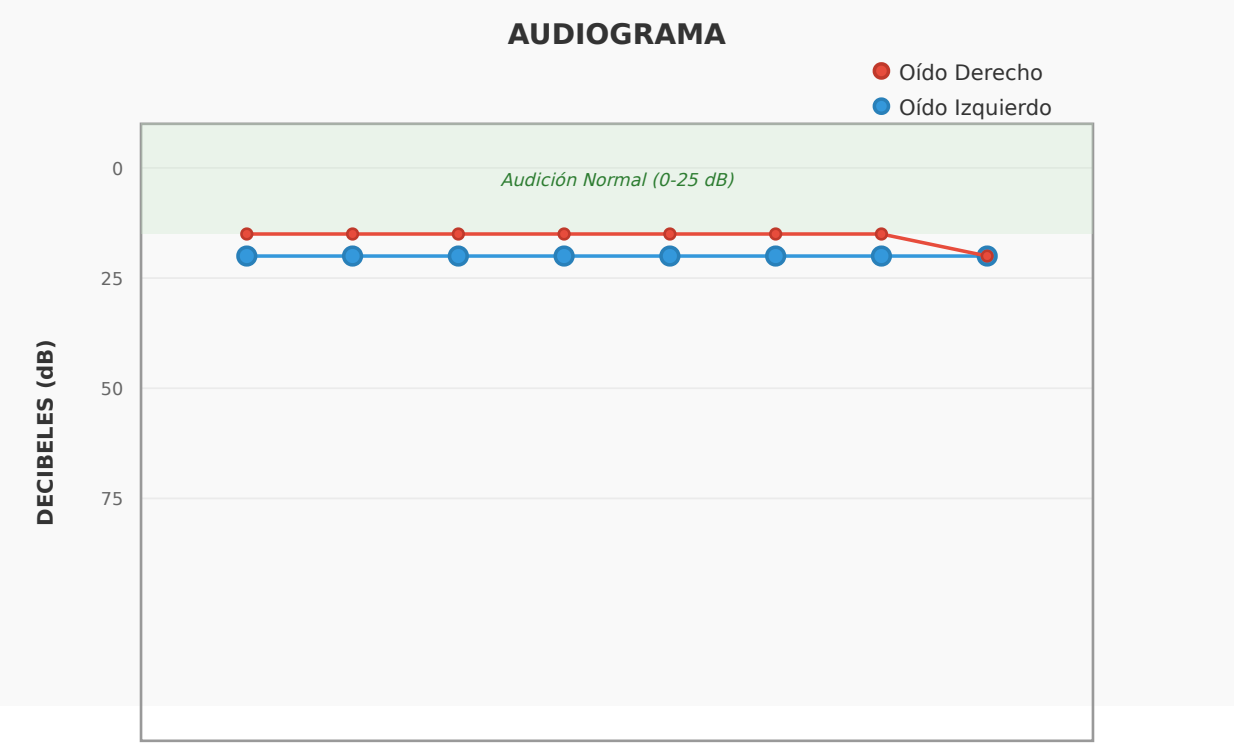
Diagnóstico: EMETROPE
Observaciones: NORMAL



Dr. Miguel Garzón Rincón
C.C.: 79.569.881 - Optómetra Ocupacional Res. 6473 04/07/2017

Fecha: 04 de julio de 2026

RESULTADOS DE AUDIOMETRÍA



Diagnóstico

OD: NORMAL. OI: NORMAL

JENNY MARCELA MARTINEZ HIGUERA
TP Resolución 4502 Dic 2012 - C.C.: 1.024.479.059

Fecha: 04 de julio de 2026

ANEXO 5
NOTIFICACION DE RIESGOS



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, 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 Wendy Daniela
CC. 1014234427
Firma: Wendy Cruz

4



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, 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 Luis Carlos Ramos Cardozo
CC. 1067 912 432
Firma: Luis Carlos



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, 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 Astris Escamilla C.
CC. 20761831
Firma:



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, 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 Jeimy Correa Penagos
CC. 1.069 925.161
Firma: Jeimy Correa P.

3



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, 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 Luis felipe Rodrigues
CC. 1003523427
Firma: Luis felipe Rodrigues



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, 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 prohibe 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 Duan Rico Escobar
CC. 1069732333
Firma:



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, 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 Mario Diaz Torres
CC. 1069924828
Firma:



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, 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 Werner Daniel reyes
CC. 1005568813
Firma: Werner Daniel R.



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, 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 Carlos Alberto
CC. 1033792250
Firma: Carlos



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, 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 Angie Lorena Parrado
CC. 1004037744
Firma:



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, 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 Laura Yulieth Torres
CC. 1078826670
Firma: Laura Torres



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, 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 Andrey Romero R.
CC. 1026250212
Firma: Andrey R.



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, 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 Diego Alfredo Diaz
CC. 1069759419
Firma: Diego Alfredo Diaz Cobos



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, 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 ALBEIRO E. PEREZ
CC. 5823225
Firma:



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, 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 Kobin Aldaf montaño moya
CC. 1007-133065
Firma:
Kobin Montaño



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, caídase
- ☑ 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: DIANA ESTEPA
CC. 52.968.492
Firma:

ANEXO 6
CAPACITACIONES

REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

LUGAR Y FECHA: 8 DE JULIO DE 2026 - JERUSALEN

CAPACITADOR ANGELA VICTORIA CORDILLO COMES

EMPRESA CONSORCIO VICGER 2021

TEMA ESPECIFICO: PELIGROS DE PRODUCTOS SUSTANCIAS QUIMICAS

HORA DE INICIO: 7:00AM HORA TERMINACION 8:00AM

TIPO

INDUCCIÓN [ ] CAPACITACION [X]

CHARLA INFORMATIVA [ ] ENTRENAMIENTO [ ]

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Juan A Bonilla	2969565	Operador	
Carlos Fragoso	79238197	Operador	
Jorge Pedraza H	79820750	Conductor	
Luis Felipe Valda	1070751279	Ayudante	
Carlos Alberto	1033796650	ayudante	Carlos
Jesus E. Varela	9746471	Ayudante	
Jimmy Romero	1069230044	Ayudante	
victor Anilo Fara	1073558668	ayudante	
Camila Carvajal	1010089873	Controladora	Camila Carvajal
Wendy Pineda Cruz	1014279427	Ayudante	Wendy Cruz

REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

LUGAR Y FECHA: 15/07/2026

CAPACITADOR: ANGELA VICTORIA BORDELLO GÓMEZ

EMPRESA: CONSORCIO VICGER 2021

TEMA ESPECIFICO: EVALUACION DE PELIGROS DE PRODUCTOS SUSTANCIAS QUIMICAS

HORA DE INICIO: 7:30 AM HORA TERMINACION: 9:00 AM

TIPO

INDUCCIÓN: [ ] CAPACITACION: [X]

CHARLA INFORMATIVA: [ ] ENTRENAMIENTO: [ ]

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Jenny Correa Benagos	1069925161	Controladora	Jenny Correa
Astrid Escamilla	2076V831	Controladora	
Duvan Rico Cerda	1069732353	Auxiliar	
Mario Diaz Torres	1069924928	Auxiliar	
Luis Carlos Ramos	1067912432	Auxiliar	
Jose Miguel R	79869770	OP	
Luis Felipe Rodriguez S	1003523427	Auxiliar	Luis Felipe L. S
Werner Daniel Ramirez	1003568643	Auxiliar	Werner Daniel R.

REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

LUGAR Y FECHA: 28/ JULIO / 2026

CAPACITADOR: ANGELA VICTORIA GORALLO GÓMEZ

EMPRESA: CONSORCIO VICGER 2021

TEMA ESPECIFICO: PELIGROS DE PRODUCTOS SUSTANCIAS QUIMICAS

HORA DE INICIO: 7:30 AM HORA TERMINACION: 8:30 AM

TIPO

INDUCCIÓN		CAPACITACION	
CHARLA INFORMATIVA	X	ENTRENAMIENTO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Andrey Romero R.	1026250212	Ayudante	Andrey R.
Kelvin Arley Morán	1001413205	Ayudante	K Leo Morán.
Laura Torres	1078826670	Controladora Vial	Laura Torres
Lorena Parrado	1004037144	Controladora	
ALBEIRO PEREZ	5823225	ayudante	
[illegible]	1069759419	ayudante	

EVALUCION DE PELIGROS DE PRODUCTOS SUSTANCIAS QUIMICAS

1. ¿Qué pictograma del SGA identifica sustancias tóxicas que pueden causar intoxicación grave o la muerte?

A. Llama
B. Corrosión
C. Calavera y tibias cruzadas
D. Signo de exclamación

2. ¿Qué pictograma indica que un producto químico puede causar quemaduras en la piel, lesiones oculares graves o corroer metales?

A. Bomba explotando
B. Corrosión
C. Botella de gas
D. Medio ambiente

3. ¿Cuál de los siguientes pictogramas representa sustancias inflamables?

A. Llama
B. Llama sobre círculo
C. Peligro para la salud
D. Signo de exclamación

4. ¿Qué pictograma advierte que un producto es peligroso para el medio ambiente acuático?

A. Botella de gas
B. Medio ambiente
C. Bomba explotando
D. Calavera y tibias cruzadas

Nombre del Trabajador: Wenel Daniel reyes Gomez

Cedula: 1003 568843

EVALUCION DE PELIGROS DE PRODUCTOS SUSTANCIAS QUIMICAS

1. ¿Qué pictograma del SGA identifica sustancias tóxicas que pueden causar intoxicación grave o la muerte?

A. Llama
B. Corrosión
C. Calavera y tibias cruzadas
D. Signo de exclamación

2. ¿Qué pictograma indica que un producto químico puede causar quemaduras en la piel, lesiones oculares graves o corroer metales?

A. Bomba explotando
B. Corrosión
C. Botella de gas
D. Medio ambiente

3. ¿Cuál de los siguientes pictogramas representa sustancias inflamables?

A. Llama
B. Llama sobre círculo
C. Peligro para la salud
D. Signo de exclamación

4. ¿Qué pictograma advierte que un producto es peligroso para el medio ambiente acuático?

A. Botella de gas
B. Medio ambiente
C. Bomba explotando
D. Calavera y tibias cruzadas

Nombre del Trabajador:

Cedula:

CC 79869713

EVALUCION DE PELIGROS DE PRODUCTOS SUSTANCIAS QUIMICAS

1. ¿Qué pictograma del SGA identifica sustancias tóxicas que pueden causar intoxicación grave o la muerte?

A. Llama
B. Corrosión
C. Calavera y tibias cruzadas
D. Signo de exclamación

2. ¿Qué pictograma indica que un producto químico puede causar quemaduras en la piel, lesiones oculares graves o corroer metales?

A. Bomba explotando
B. Corrosión
C. Botella de gas
D. Medio ambiente

3. ¿Cuál de los siguientes pictogramas representa sustancias inflamables?

A. Llama
B. Llama sobre círculo
C. Peligro para la salud
D. Signo de exclamación

4. ¿Qué pictograma advierte que un producto es peligroso para el medio ambiente acuático?

A. Botella de gas
B. Medio ambiente
C. Bomba explotando
D. Calavera y tibias cruzadas

Nombre del Trabajador: Luis carlos Ramos cordero

Cedula: 1064 912 432

EVALUCION DE PELIGROS DE PRODUCTOS SUSTANCIAS QUIMICAS

1. ¿Qué pictograma del SGA identifica sustancias tóxicas que pueden causar intoxicación grave o la muerte?

A. Llama
B. Corrosión
X. Calavera y tibias cruzadas
D. Signo de exclamación

2. ¿Qué pictograma indica que un producto químico puede causar quemaduras en la piel, lesiones oculares graves o corroer metales?

A. Bomba explotando
X. Corrosión
C. Botella de gas
D. Medio ambiente

3. ¿Cuál de los siguientes pictogramas representa sustancias inflamables?

X. Llama
B. Llama sobre círculo
C. Peligro para la salud
D. Signo de exclamación

4. ¿Qué pictograma advierte que un producto es peligroso para el medio ambiente acuático?

A. Botella de gas
X. Medio ambiente
C. Bomba explotando
D. Calavera y tibias cruzadas

Nombre del Trabajador: Wendy Daniela Cruz

Cedula: 1014279422

EVALUCION DE PELIGROS DE PRODUCTOS SUSTANCIAS QUIMICAS

1. ¿Qué pictograma del SGA identifica sustancias tóxicas que pueden causar intoxicación grave o la muerte?

A. Llama
B. Corrosión
X. Calavera y tibias cruzadas
D. Signo de exclamación

2. ¿Qué pictograma indica que un producto químico puede causar quemaduras en la piel, lesiones oculares graves o corroer metales?

A. Bomba explotando
X. Corrosión
C. Botella de gas
D. Medio ambiente

3. ¿Cuál de los siguientes pictogramas representa sustancias inflamables?

X. Llama
B. Llama sobre círculo
C. Peligro para la salud
D. Signo de exclamación

4. ¿Qué pictograma advierte que un producto es peligroso para el medio ambiente acuático?

A. Botella de gas
X. Medio ambiente
C. Bomba explotando
D. Calavera y tibias cruzadas

Nombre del Trabajador: Carina Carvajal

Cedula: 1010089873

EVALUCION DE PELIGROS DE PRODUCTOS SUSTANCIAS QUIMICAS

1. ¿Qué pictograma del SGA identifica sustancias tóxicas que pueden causar intoxicación grave o la muerte?

A. Llama
B. Corrosión
C. Calavera y tibias cruzadas
D. Signo de exclamación

2. ¿Qué pictograma indica que un producto químico puede causar quemaduras en la piel, lesiones oculares graves o corroer metales?

A. Bomba explotando
B. Corrosión
C. Botella de gas
D. Medio ambiente

3. ¿Cuál de los siguientes pictogramas representa sustancias inflamables?

A. Llama
B. Llama sobre círculo
C. Peligro para la salud
D. Signo de exclamación

4. ¿Qué pictograma advierte que un producto es peligroso para el medio ambiente acuático?

A. Botella de gas
B. Medio ambiente
C. Bomba explotando
D. Calavera y tibias cruzadas

Nombre del Trabajador: Jesus Eduardo Varela R

Cedula: C.C. 4346147

EVALUCION DE PELIGROS DE PRODUCTOS SUSTANCIAS QUIMICAS

1. ¿Qué pictograma del SGA identifica sustancias tóxicas que pueden causar intoxicación grave o la muerte?

A. Llama
B. Corrosión
X. Calavera y tibias cruzadas
D. Signo de exclamación

2. ¿Qué pictograma indica que un producto químico puede causar quemaduras en la piel, lesiones oculares graves o corroer metales?

A. Bomba explotando
X. Corrosión
C. Botella de gas
D. Medio ambiente

3. ¿Cuál de los siguientes pictogramas representa sustancias inflamables?

X. Llama
B. Llama sobre círculo
C. Peligro para la salud
D. Signo de exclamación

4. ¿Qué pictograma advierte que un producto es peligroso para el medio ambiente acuático?

A. Botella de gas
X. Medio ambiente
C. Bomba explotando
D. Calavera y tibias cruzadas

Nombre del Trabajador: Norge Dilman Polanza Moreno

Cedula: 79820750 BTA

EVALUCION DE PELIGROS DE PRODUCTOS SUSTANCIAS QUIMICAS

1. ¿Qué pictograma del SGA identifica sustancias tóxicas que pueden causar intoxicación grave o la muerte?

A. Llama
B. Corrosión
C. Calavera y tibias cruzadas
D. Signo de exclamación

2. ¿Qué pictograma indica que un producto químico puede causar quemaduras en la piel, lesiones oculares graves o corroer metales?

A. Bomba explotando
B. Corrosión
C. Botella de gas
D. Medio ambiente

3. ¿Cuál de los siguientes pictogramas representa sustancias inflamables?

A. Llama
B. Llama sobre círculo
C. Peligro para la salud
D. Signo de exclamación

4. ¿Qué pictograma advierte que un producto es peligroso para el medio ambiente acuático?

A. Botella de gas
B. Medio ambiente
C. Bomba explotando
D. Calavera y tibias cruzadas

Nombre del Trabajador: Claudia Chavez

Cedula: 52811371

EVALUCION DE PELIGROS DE PRODUCTOS SUSTANCIAS QUIMICAS

1. ¿Qué pictograma del SGA identifica sustancias tóxicas que pueden causar intoxicación grave o la muerte?

A. Llama
B. Corrosión
C. Calavera y tibias cruzadas
D. Signo de exclamación

2. ¿Qué pictograma indica que un producto químico puede causar quemaduras en la piel, lesiones oculares graves o corroer metales?

A. Bomba explotando
B. Corrosión
C. Botella de gas
D. Medio ambiente

3. ¿Cuál de los siguientes pictogramas representa sustancias inflamables?

A. Llama
B. Llama sobre círculo
C. Peligro para la salud
D. Signo de exclamación

4. ¿Qué pictograma advierte que un producto es peligroso para el medio ambiente acuático?

A. Botella de gas
B. Medio ambiente
C. Bomba explotando
D. Calavera y tibias cruzadas

Nombre del Trabajador: Jimmy Romero

Cedula: 1069230091

EVALUCION DE PELIGROS DE PRODUCTOS SUSTANCIAS QUIMICAS

1. ¿Qué pictograma del SGA identifica sustancias tóxicas que pueden causar intoxicación grave o la muerte?

A. Llama
B. Corrosión
C. Calavera y tibias cruzadas
D. Signo de exclamación

2. ¿Qué pictograma indica que un producto químico puede causar quemaduras en la piel, lesiones oculares graves o corroer metales?

A. Bomba explotando
B. Corrosión
C. Botella de gas
D. Medio ambiente

3. ¿Cuál de los siguientes pictogramas representa sustancias inflamables?

A. Llama
B. Llama sobre círculo
C. Peligro para la salud
D. Signo de exclamación

4. ¿Qué pictograma advierte que un producto es peligroso para el medio ambiente acuático?

A. Botella de gas
B. Medio ambiente
C. Bomba explotando
D. Calavera y tibias cruzadas

Nombre del Trabajador: VICTOR DANILO FARA

Cedula: 1073558668

EVALUCION DE PELIGROS DE PRODUCTOS SUSTANCIAS QUIMICAS

1. ¿Qué pictograma del SGA identifica sustancias tóxicas que pueden causar intoxicación grave o la muerte?

A. Llama
B. Corrosión
X. Calavera y tibias cruzadas
D. Signo de exclamación

2. ¿Qué pictograma indica que un producto químico puede causar quemaduras en la piel, lesiones oculares graves o corroer metales?

A. Bomba explotando
X Corrosión
C. Botella de gas
D. Medio ambiente

3. ¿Cuál de los siguientes pictogramas representa sustancias inflamables?

X Llama
B. Llama sobre círculo
C. Peligro para la salud
D. Signo de exclamación

4. ¿Qué pictograma advierte que un producto es peligroso para el medio ambiente acuático?

A. Botella de gas
X. Medio ambiente
C. Bomba explotando
D. Calavera y tibias cruzadas

Nombre del Trabajador: Carlos Alberto villalba Rojas

Cedula: 1033792250

EVALUCION DE PELIGROS DE PRODUCTOS SUSTANCIAS QUIMICAS

1. ¿Qué pictograma del SGA identifica sustancias tóxicas que pueden causar intoxicación grave o la muerte?

A. Llama
B. Corrosión
C. Calavera y tibias cruzadas
D. Signo de exclamación

2. ¿Qué pictograma indica que un producto químico puede causar quemaduras en la piel, lesiones oculares graves o corroer metales?

A. Bomba explotando
B. Corrosión
C. Botella de gas
D. Medio ambiente

3. ¿Cuál de los siguientes pictogramas representa sustancias inflamables?

A. Llama
B. Llama sobre círculo
C. Peligro para la salud
D. Signo de exclamación

4. ¿Qué pictograma advierte que un producto es peligroso para el medio ambiente acuático?

A. Botella de gas
B. Medio ambiente
C. Bomba explotando
D. Calavera y tibias cruzadas

Nombre del Trabajador: Luis Felipe Varela Moreno

Cedula: 1070751279

EVALUCION DE PELIGROS DE PRODUCTOS SUSTANCIAS QUIMICAS

1. ¿Qué pictograma del SGA identifica sustancias tóxicas que pueden causar intoxicación grave o la muerte?

A. Llama
B. Corrosión
C. Calavera y tibias cruzadas
D. Signo de exclamación

2. ¿Qué pictograma indica que un producto químico puede causar quemaduras en la piel, lesiones oculares graves o corroer metales?

A. Bomba explotando
B. Corrosión
C. Botella de gas
D. Medio ambiente

3. ¿Cuál de los siguientes pictogramas representa sustancias inflamables?

A. Llama
B. Llama sobre círculo
C. Peligro para la salud
D. Signo de exclamación

4. ¿Qué pictograma advierte que un producto es peligroso para el medio ambiente acuático?

A. Botella de gas
B. Medio ambiente
C. Bomba explotando
D. Calavera y tibias cruzadas

Nombre del Trabajador: Laura Yulieth Torres

Cedula: 1078826670

EVALUCION DE PELIGROS DE PRODUCTOS SUSTANCIAS QUIMICAS

1. ¿Qué pictograma del SGA identifica sustancias tóxicas que pueden causar intoxicación grave o la muerte?

A. Llama
B. Corrosión
C. Calavera y tibias cruzadas
D. Signo de exclamación

2. ¿Qué pictograma indica que un producto químico puede causar quemaduras en la piel, lesiones oculares graves o corroer metales?

A. Bomba explotando
B. Corrosión
C. Botella de gas
D. Medio ambiente

3. ¿Cuál de los siguientes pictogramas representa sustancias inflamables?

A. Llama
B. Llama sobre círculo
C. Peligro para la salud
D. Signo de exclamación

4. ¿Qué pictograma advierte que un producto es peligroso para el medio ambiente acuático?

A. Botella de gas
B. Medio ambiente
C. Bomba explotando
D. Calavera y tibias cruzadas

Nombre del Trabajador: Andrey Romero Restrepo

Cedula: 1026250212.

Andrey R.

EVALUCION DE PELIGROS DE PRODUCTOS SUSTANCIAS QUIMICAS

1. ¿Qué pictograma del SGA identifica sustancias tóxicas que pueden causar intoxicación grave o la muerte?

A. Llama
B. Corrosión
C. Calavera y tibias cruzadas
D. Signo de exclamación

2. ¿Qué pictograma indica que un producto químico puede causar quemaduras en la piel, lesiones oculares graves o corroer metales?

A. Bomba explotando
B. Corrosión
C. Botella de gas
D. Medio ambiente

3. ¿Cuál de los siguientes pictogramas representa sustancias inflamables?

A. Llama
B. Llama sobre círculo
C. Peligro para la salud
D. Signo de exclamación

4. ¿Qué pictograma advierte que un producto es peligroso para el medio ambiente acuático?

A. Botella de gas
B. Medio ambiente
C. Bomba explotando
D. Calavera y tibias cruzadas

Nombre del Trabajador: Angie Lorena Parrado

Cedula: Acepte

EVALUCION DE PELIGROS DE PRODUCTOS SUSTANCIAS QUIMICAS

1. ¿Qué pictograma del SGA identifica sustancias tóxicas que pueden causar intoxicación grave o la muerte?

A. Llama
B. Corrosión
C. Calavera y tibias cruzadas
D. Signo de exclamación

2. ¿Qué pictograma indica que un producto químico puede causar quemaduras en la piel, lesiones oculares graves o corroer metales?

A. Bomba explotando
B. Corrosión
C. Botella de gas
D. Medio ambiente

3. ¿Cuál de los siguientes pictogramas representa sustancias inflamables?

A. Llama
B. Llama sobre círculo
C. Peligro para la salud
D. Signo de exclamación

4. ¿Qué pictograma advierte que un producto es peligroso para el medio ambiente acuático?

A. Botella de gas
B. Medio ambiente
C. Bomba explotando
D. Calavera y tibias cruzadas

Nombre del Trabajador: ALBEIRO PEREZ

Cedula: 5823225

EVALUCION DE PELIGROS DE PRODUCTOS SUSTANCIAS QUIMICAS

1. ¿Qué pictograma del SGA identifica sustancias tóxicas que pueden causar intoxicación grave o la muerte?

A. Llama
B. Corrosión
C. Calavera y tibias cruzadas
D. Signo de exclamación

2. ¿Qué pictograma indica que un producto químico puede causar quemaduras en la piel, lesiones oculares graves o corroer metales?

A. Bomba explotando
B. Corrosión
C. Botella de gas
D. Medio ambiente

3. ¿Cuál de los siguientes pictogramas representa sustancias inflamables?

A. Llama
B. Llama sobre círculo
C. Peligro para la salud
D. Signo de exclamación

4. ¿Qué pictograma advierte que un producto es peligroso para el medio ambiente acuático?

A. Botella de gas
B. Medio ambiente
C. Bomba explotando
D. Calavera y tibias cruzadas

Nombre del Trabajador: Kibin Aibey montaño moya

Cedula: 1007FD305

Kibin Montaño

EVALUCION DE PELIGROS DE PRODUCTOS SUSTANCIAS QUIMICAS

1. ¿Qué pictograma del SGA identifica sustancias tóxicas que pueden causar intoxicación grave o la muerte?

A. Llama
B. Corrosión
X. Calavera y tibias cruzadas
D. Signo de exclamación

2. ¿Qué pictograma indica que un producto químico puede causar quemaduras en la piel, lesiones oculares graves o corroer metales?

X. Bomba explotando
B. Corrosión
C. Botella de gas
D. Medio ambiente

3. ¿Cuál de los siguientes pictogramas representa sustancias inflamables?

X. Llama
B. Llama sobre círculo
C. Peligro para la salud
D. Signo de exclamación

4. ¿Qué pictograma advierte que un producto es peligroso para el medio ambiente acuático?

A. Botella de gas
X. Medio ambiente
C. Bomba explotando
D. Calavera y tibias cruzadas

Nombre del Trabajador: DIEGO AMANDO DAZA

Cedula: 1069759419

Diego Amando Daza Carrillos

1069 759 419

EVALUCION DE PELIGROS DE PRODUCTOS SUSTANCIAS QUIMICAS

1. ¿Qué pictograma del SGA identifica sustancias tóxicas que pueden causar intoxicación grave o la muerte?

A. Llama
B. Corrosión
C. Calavera y tibias cruzadas
D. Signo de exclamación

2. ¿Qué pictograma indica que un producto químico puede causar quemaduras en la piel, lesiones oculares graves o corroer metales?

A. Bomba explotando
B. Corrosión
C. Botella de gas
D. Medio ambiente

3. ¿Cuál de los siguientes pictogramas representa sustancias inflamables?

A. Llama
B. Llama sobre círculo
C. Peligro para la salud
D. Signo de exclamación

4. ¿Qué pictograma advierte que un producto es peligroso para el medio ambiente acuático?

A. Botella de gas
B. Medio ambiente
C. Bomba explotando
D. Calavera y tibias cruzadas

Nombre del Trabajador: MARIO DIAZ TORRES

Cedula: 1069924828

EVALUCION DE PELIGROS DE PRODUCTOS SUSTANCIAS QUIMICAS

1. ¿Qué pictograma del SGA identifica sustancias tóxicas que pueden causar intoxicación grave o la muerte?

A. Llama
B. Corrosión
C. Calavera y tibias cruzadas
D. Signo de exclamación

2. ¿Qué pictograma indica que un producto químico puede causar quemaduras en la piel, lesiones oculares graves o corroer metales?

A. Bomba explotando
B. Corrosión
C. Botella de gas
D. Medio ambiente

3. ¿Cuál de los siguientes pictogramas representa sustancias inflamables?

A. Llama
B. Llama sobre círculo
C. Peligro para la salud
D. Signo de exclamación

4. ¿Qué pictograma advierte que un producto es peligroso para el medio ambiente acuático?

A. Botella de gas
B. Medio ambiente
C. Bomba explotando
D. Calavera y tibias cruzadas

Nombre del Trabajador: Werner Daniel Reyes

Cedula: 1003566843

EVALUCION DE PELIGROS DE PRODUCTOS SUSTANCIAS QUIMICAS

1. ¿Qué pictograma del SGA identifica sustancias tóxicas que pueden causar intoxicación grave o la muerte?

A. Llama
B. Corrosión
C. Calavera y tibias cruzadas
D. Signo de exclamación

2. ¿Qué pictograma indica que un producto químico puede causar quemaduras en la piel, lesiones oculares graves o corroer metales?

A. Bomba explotando
B. Corrosión
C. Botella de gas
D. Medio ambiente

3. ¿Cuál de los siguientes pictogramas representa sustancias inflamables?

A. Llama
B. Llama sobre círculo
C. Peligro para la salud
D. Signo de exclamación

4. ¿Qué pictograma advierte que un producto es peligroso para el medio ambiente acuático?

A. Botella de gas
B. Medio ambiente
C. Bomba explotando
D. Calavera y tibias cruzadas

Nombre del Trabajador: Jose Miguel R

Cedula: 79869713

EVALUCION DE PELIGROS DE PRODUCTOS SUSTANCIAS QUIMICAS

1. ¿Qué pictograma del SGA identifica sustancias tóxicas que pueden causar intoxicación grave o la muerte?

A. Llama
B. Corrosión
C. Calavera y tibias cruzadas
D. Signo de exclamación

2. ¿Qué pictograma indica que un producto químico puede causar quemaduras en la piel, lesiones oculares graves o corroer metales?

A. Bomba explotando
B. Corrosión
C. Botella de gas
D. Medio ambiente

3. ¿Cuál de los siguientes pictogramas representa sustancias inflamables?

A. Llama
B. Llama sobre círculo
C. Peligro para la salud
D. Signo de exclamación

4. ¿Qué pictograma advierte que un producto es peligroso para el medio ambiente acuático?

A. Botella de gas
B. Medio ambiente
C. Bomba explotando
D. Calavera y tibias cruzadas

Nombre del Trabajador: Luis Felipe Rodriguez

Cedula: 1003529427

EVALUCION DE PELIGROS DE PRODUCTOS SUSTANCIAS QUIMICAS

1. ¿Qué pictograma del SGA identifica sustancias tóxicas que pueden causar intoxicación grave o la muerte?

A. Llama
B. Corrosión
C. Calavera y tibias cruzadas
D. Signo de exclamación

2. ¿Qué pictograma indica que un producto químico puede causar quemaduras en la piel, lesiones oculares graves o corroer metales?

A. Bomba explotando
B. Corrosión
C. Botella de gas
D. Medio ambiente

3. ¿Cuál de los siguientes pictogramas representa sustancias inflamables?

A. Llama
B. Llama sobre circulo
C. Peligro para la salud
D. Signo de exclamación

4. ¿Qué pictograma advierte que un producto es peligroso para el medio ambiente acuático?

A. Botella de gas
B. Medio ambiente
C. Bomba explotando
D. Calavera y tibias cruzadas

Nombre del Trabajador: Luis Carlos Ramos

Cedula: 1067912432

EVALUCION DE PELIGROS DE PRODUCTOS SUSTANCIAS QUIMICAS

1. ¿Qué pictograma del SGA identifica sustancias tóxicas que pueden causar intoxicación grave o la muerte?

A. Llama
B. Corrosión
(C) Calavera y tibias cruzadas
D. Signo de exclamación

2. ¿Qué pictograma indica que un producto químico puede causar quemaduras en la piel, lesiones oculares graves o corroer metales?

A. Bomba explotando
(B) Corrosión
C. Botella de gas
D. Medio ambiente

3. ¿Cuál de los siguientes pictogramas representa sustancias inflamables?

(A.) Llama
B. Llama sobre círculo
C. Peligro para la salud
D. Signo de exclamación

4. ¿Qué pictograma advierte que un producto es peligroso para el medio ambiente acuático?

A. Botella de gas
(B.) Medio ambiente
C. Bomba explotando
D. Calavera y tibias cruzadas

Nombre del Trabajador: Astrid Escamilla Criollo

Cedula: 20761831

EVALUCION DE PELIGROS DE PRODUCTOS SUSTANCIAS QUIMICAS

1. ¿Qué pictograma del SGA identifica sustancias tóxicas que pueden causar intoxicación grave o la muerte?

A. Llama
B. Corrosión
C. Calavera y tibias cruzadas ✓
D. Signo de exclamación

2. ¿Qué pictograma indica que un producto químico puede causar quemaduras en la piel, lesiones oculares graves o corroer metales?

A. Bomba explotando
B. Corrosión ✓
C. Botella de gas
D. Medio ambiente

3. ¿Cuál de los siguientes pictogramas representa sustancias inflamables?

A. Llama
B. Llama sobre círculo ✓
C. Peligro para la salud
D. Signo de exclamación

4. ¿Qué pictograma advierte que un producto es peligroso para el medio ambiente acuático?

A. Botella de gas
B. Medio ambiente ✓
C. Bomba explotando
D. Calavera y tibias cruzadas

Nombre del Trabajador: Jeimy Correa Reagos

Cedula: 1069925161

EVALUCION DE PELIGROS DE PRODUCTOS SUSTANCIAS QUIMICAS

1. ¿Qué pictograma del SGA identifica sustancias tóxicas que pueden causar intoxicación grave o la muerte?

A. Llama
B. Corrosión
(C) Calavera y tibias cruzadas ✓
D. Signo de exclamación

2. ¿Qué pictograma indica que un producto químico puede causar quemaduras en la piel, lesiones oculares graves o corroer metales?

A. Bomba explotando
(B) Corrosión ✓
C. Botella de gas
D. Medio ambiente

3. ¿Cuál de los siguientes pictogramas representa sustancias inflamables?

(A) Llama ✓
B. Llama sobre círculo
C. Peligro para la salud
D. Signo de exclamación

4. ¿Qué pictograma advierte que un producto es peligroso para el medio ambiente acuático?

A. Botella de gas
(B) Medio ambiente ✓
C. Bomba explotando
D. Calavera y tibias cruzadas

Nombre del Trabajador:

Cedula: Duvan Rico Escobar
1069732353.

EVALUCION DE PELIGROS DE PRODUCTOS SUSTANCIAS QUIMICAS

1. ¿Qué pictograma del SGA identifica sustancias tóxicas que pueden causar intoxicación grave o la muerte?

A. Llama
B. Corrosión
C. Calavera y tibias cruzadas ✓
D. Signo de exclamación

2. ¿Qué pictograma indica que un producto químico puede causar quemaduras en la piel, lesiones oculares graves o corroer metales?

A. Bomba explotando
B. Corrosión ✓
C. Botella de gas
D. Medio ambiente

3. ¿Cuál de los siguientes pictogramas representa sustancias inflamables?

A. Llama ✓
B. Llama sobre círculo
C. Peligro para la salud
D. Signo de exclamación

4. ¿Qué pictograma advierte que un producto es peligroso para el medio ambiente acuático?

A. Botella de gas
B. Medio ambiente ✓
C. Bomba explotando
D. Calavera y tibias cruzadas

Nombre del Trabajador: Mario Alejandro Diaz Torres

Cedula: 1069924828

ANEXO 7
ENTREGA EPP

CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

VERSIÓN: 1

FECHA: JUNIO 2026

FECHA	BOTAS	CHALECO	GAFAS	TAPA BOCAS	TAPA OÍDOS	IMPERMEABLE	GUANTES DE CARNAZA	GUANTES DE CAUCHO	CASCO	RESPIRADOR	OVEROL	OTRO	NOMBRE	FIRMA RECIBIDO	REPOSICIÓN		
															ORDINARIA	DESGASTE	PERDIDA
27-06-26			X	X	X		X		X		X		Luis felipe R.	Luis felipe R. S.	X		
30-06-26			X	X	X		X		X		X		Luis Carlos R.	Luis carlos Ruiz	X		
30-06-26			X	X	X		X		X		X		Alejandra Coneg.	Jeimy Correa	X		
30-06-26	X		X	X	X		X		X		X		Astrid. Escamilla		X		
1-07-26	X												Jeimy Correa	Jeimy Correa.	X		
1-07-26	X												Ramos cordero	Luis carlos	X		
01-07-26	X		X	X	X		X		X		X		Duran Rico		X		
01-07-26		X	X	X	X		X		X		X		Mario Diaz		X		
02-07-26	X							X					Ivis Felipe Cadiguel	Felipe Cadiguel	X		
02-07-26							X						Luis carlos Ramos		X		
02-07-26	X	X	X	X	X		X		X		X		Wilder Daniel Ferro	Wilder Daniel R	X		

ebco.