
	<b>FUERZA AÉREA COLOMBIANA</b>	<b>Código:</b>	<b>DE-DEAJU-FR-009</b>
	<b>FORMATO ACTA DE INICIO CONTRATO DE BIENES Y SERVICIOS</b>	<b>Versión N°:</b>	<b>02</b>
		<b>Vigencia:</b>	<b>07-05-19</b>

ACTA DE INICIO CONTRATO DE SERVICIOS	FECHA 18-11-2021	HORA: 07:30
CONTRATO N°	Orden De Compra 78836	
FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO	02-11-2021	
OBJETO DEL CONTRATO	SERVICIO DE ASEO, LIMPIEZA Y JARDINERÍA INCLUIDOS LOS SUMINISTROS DEL CACOM 3.	
VALOR DEL CONTRATO	\$148.991.970,45	
LUGAR DE EJECUCIÓN:	BASE AÉREA MAYOR GENERAL “ALBERTO PAUWELS RODRÍGUEZ” – COMANDO ÁREO DE COMBATE No. 3, Malambo, Atlántico.	
CONTRATISTA	Servicios De Aseo, Cafetería Y Mantenimiento Institucional Outsourcing Seasin Limitada	
INTERVENTOR	No aplica	
SUPERVISOR (PRINCIPAL O SUPLENTE)	CT. Guevara Fonseca Federico	
FORMA DE PAGO	En los términos del Acuerdo Marco	
PLAZO DE EJECUCIÓN	30 DE MAYO 2022	
GARANTIA CONTRACTUAL	<p>Póliza de Seguros No: 21-44-101366144 Aseguradora: Seguros Del Estado S.A.</p> <p>Amparos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Cumplimiento del contrato</li></ul> <p>Valor: \$29.798.394,09 Vigencia: 02-11-2021-30-11-2022</p> <p>• Pago de salarios prestaciones sociales legales e indemnizaciones laborales</p> <p>Valor: \$22.348.795,57 Vigencia: 02-11-2021-30-05-2025</p>	
PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL	<p>Póliza de Seguros No: 21-40-101175208 Aseguradora: Seguros Del Estado S.A.</p> <p>Amparos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Predios labores y operaciones</li></ul> <p>Valor: \$181.705.200,00 Vigencia: 02-11-2021-30-05-2025</p>	
En el Comando Aéreo de Combate N°3, en la fecha arriba señalada se reunieron; MAURICIO RUGE MURCIA, en su condición de contratista, CT. GUEVARA FONSECA FEDERICO, en calidad de Supervisor o interventor, con el fin de dejar constancia de la iniciación real y material de la ejecución del contrato en mención, cuyo objeto es <b>SERVICIO DE ASEO, LIMPIEZA Y JARDINERÍA INCLUIDOS LOS SUMINISTROS DEL CACOM 3.</b> , de acuerdo a las condiciones relacionadas anteriormente.		

	<b>FUERZA AÉREA COLOMBIANA</b>	<b>Código:</b>	<b>DE-DEAJU-FR-009</b>
	<b>FORMATO ACTA DE INICIO CONTRATO DE BIENES Y SERVICIOS</b>	<b>Versión N°:</b>	<b>02</b>
		<b>Vigencia:</b>	<b>07-05-19</b>

<b>ACTA DE INICIO CONTRATO DE SERVICIOS</b>	<b>FECHA 18-11-2021</b>	<b>HORA: 07:30</b>
---	-------------------------	--------------------


**PERSONAL REQUERIDO PARA LA EJECUCION DEL SERVICIO  
(EXIGIDO EN LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS)**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>	<b>CARGO</b>	<b>OTROS (TARJETA PROFESIONAL/TITULO PROFESIONAL O TECNICO)</b>
Julieth Patricia Castro Acuña	Operario Aseo	No aplica
Gloribeth Lorena Yanes Arango	Operario Aseo	No aplica
Saudid Paola Peña Escobar	Operario Aseo	No aplica
Daniela García Ruiz	Operario Aseo	No aplica
Ronald José de la Rosa solano	Operario Aseo	No aplica
Oliver Ariel Troya Silvera	Operario Aseo	No aplica
Damiany Andrés Vega Molina	Operario Aseo	No aplica
Haider Antonio Pallares Cadena	Jardinero	No aplica
Alinton Antonio Medina	Jardinero	No aplica
José Luis López González	Jardinero	No aplica

**ACTIVIDADES A DESARROLLAR**


**SERVICIO DE ASEO Y LIMPIEZA**

- Edificio GRUEA: Consta de:
  - a. Salones de clase edificio GRUEA: área 100 m2
  - b. Oficinas: área 300 m2 incluye 02 baños
- Edificio Comando CACOM 3: El cual consta de:
  - a. Oficina Comando, Segundo Comando, DEDHU, ASELE, TJC, DEAIN y ORICO: área 465 m2 incluye 03 baños
- GRUTE y GRUCO Zona operativa: Consta de:
  - Oficinas Hangar Norte Ala Norte segundo piso: área 170 m2
  - Oficinas Hangar Norte Ala Sur segundo piso: área 170 m2 incluye 03 baños (01 baño se encuentra en el primer piso).
  - Oficinas Hangar Sur Ala Norte primer y segundo piso: área 175 m2 incluye 01 baño (no incluye talleres ni pasillos ni almacenes).
- Línea de vuelo: área 45 m2.
- Sala de pilotos: área 170 m2 incluye 03 baños.
- Oficina complejo combustible aviación: área 40 m2 incluye 01 baño.
- Departamento de Seguridad: área 60 m2 incluye 01 baño
- Habitaciones y oficinas Hangar SR-560: área 200 m2 incluye 07 baños, hay una habitación de servicios.
- Despacho: El cual consta de:
  - a. Despacho y Zona VIP: área 212 m2 incluye 03 baños

	<b>FUERZA AÉREA COLOMBIANA</b>	<b>Código:</b>	<b>DE-DEAJU-FR-009</b>
	<b>FORMATO ACTA DE INICIO CONTRATO DE BIENES Y SERVICIOS</b>	<b>Versión N°:</b>	<b>02</b>
		<b>Vigencia:</b>	<b>07-05-19</b>

<b>ACTA DE INICIO CONTRATO DE SERVICIOS</b>	<b>FECHA 18-11-2021</b>	<b>HORA: 07:30</b>
---	-------------------------	--------------------

- Escuela EBART: área 660 m2 incluye 02 baños.
- Aula CAS (contiguo a la EBART): área 125 m2 incluye 01 baño
- Edificio oficinas administrativas (GRUIA, GRUCO, DEFIN, DECON, DEPLA, OFCOH, SIMULADOR ATC): área 830 m2 incluye 04 baños.
- Edificio C3I2: área 350 m2 incluye 01 habitación y 01 baño.
- Sala de conferencias: área 72 m2
- Oficinas GRUSE: área 230 m2 incluye 02 baños.
- Control acceso y recinto de guardia: área 300 m2 incluye 02 baños
- Edificio CMOSD: área 250 m2 incluye 02 baños.
- Edificio GRUAL: área 450 m2 incluye 02 baños, 06 oficinas (COMANDO GRUAL, ESMIS, ESSER, ESINS, SEPLA-GRUAL, ADMINISTRATIVA), (no incluye el interior del Almacén misceláneos, solo oficina principal almacén y pasillos externos al almacén).
- Sastrería: área 12 m2
- Panadería: área 20 m2
- Oficina Telemática: área 36 m2
- Oficina Automotores: área 24 m2 incluye 01 baño.
- Casino de Oficiales: área 1025 m2 incluye 06 baños (incluye discoteca, bar, pasillos, zona de juegos y tv, comedor, Kiosco) (no incluye aérea de cocina, bodegas o almacenes de alimentos y cuartos fríos).
- Casino de Suboficiales: área 1250 m2 incluye 02 baños (incluye bar, zona de juegos, pasillos, comedor, Kiosco) (no incluye aérea de cocina, bodegas o almacenes de alimentos y cuartos fríos).
- Comedor personal civiles: área 64 m2
- Cajeros automáticos: área 3 m2.
- Oficina del Archivo central: área 14 m2
- Capilla: área 56 m2
- Oficinas de cancillería e incorporación: área 50 m2
- Auditorio Awatawaa: área 504 m2 incluye 03 baños, camerinos y sala de videoconferencias.
- Limpieza en los casinos de oficiales y suboficiales en el área de cocinas. (pisos), no incluye cuartos fríos, zonas de almacenaje, estufas, mesones, ollas, etc: área 80 m2
- Cafetería del edificio comando. 8 m2
- Edificio Drako 3: área 936 m2 incluye 14 habitaciones (10 habitaciones tienen baño compartido y las otras 4 tienen baño independiente, total: 09 baños).
- Edificio Mokana: Consta de:
  - Primer piso: área 770 m2 incluye 13 habitaciones con baños.
  - Segundo piso: área 550 m2 incluye 8 habitaciones con baños.
  - 05 habitaciones VIP: área 84 m2 incluye 03 baños.
- Casa de huéspedes: área 235 m2 incluye 04 baños. Estas dependencias deberán tener constantemente suministros de papel higiénico y jabón tocador personal con aproximadamente un 85% de ocupación.


	<b>FUERZA AÉREA COLOMBIANA</b>	<b>Código:</b>	<b>DE-DEAJU-FR-009</b>
	<b>FORMATO ACTA DE INICIO CONTRATO DE BIENES Y SERVICIOS</b>	<b>Versión N°:</b>	<b>02</b>
		<b>Vigencia:</b>	<b>07-05-19</b>

<b>ACTA DE INICIO CONTRATO DE SERVICIOS</b>	<b>FECHA 18-11-2021</b>	<b>HORA: 07:30</b>
---	-------------------------	--------------------


Para el desarrollo del servicio se requiere como mínimo la siguiente frecuencia en las áreas como a continuación se indica.

Área de aseo / Días	L	M	M	J	V	S	D y F
<b>EDIFICIO GRUEA</b>							
Salones de clase edificio GRUEA		X			X		
Oficinas GRUEA		X		X			
Baños GRUEA	X	X	X	X	X		
<b>EDIFICIO COMANDO</b>							
Oficina Comando Cacom-3	X		X		X		
Oficina segundo Comando Cacom-3	X		X		X		
Oficina Asesoría Legal		X		X			
Oficina Control Interno		X		X			
Oficina Recursos Humanos	X		X		X		
Oficina Acción Integral		X		X			
Baños Edificio Comando	X	X	X	X	X		
<b>GRUPO TÉCNICO</b>							
Oficinas Hangar Norte Ala Norte segundo piso		X			X		
Baños Hangar Norte Ala Norte segundo piso	X	X	X	X	X		
Oficinas Hangar Norte Ala Sur segundo piso	X			X			
Oficinas Hangar Sur Ala Norte primer y segundo piso			X		X		
Línea de vuelo	X			X			
Torre de control		X		X			
Sala de pilotos		X			X		
Baños Sala de pilotos	X	X	X	X	X		
Oficina complejo combustible aviación		X			X		
Departamento de Seguridad	X		X				
Habitaciones y oficinas Hangar SR-560		X			X		
Despacho y Zona VIP	X			X			
Baños Despacho y Zona VIP	X	X	X	X	X		
<b>ESCUELA EBART</b>							
Escuela EBART		X		X			
Baños Escuela EBART	X	X	X	X	X		
<b>EDIFICIO OFICINAS ADMINISTRATIVAS</b>							
GRUIA	X			X			
GRUCO		X			X		
DEFIN	X		X				
DECON	X		X		X		
DEPLA		X		X			
OFCOH	X		X				
CCOBA	X	X	X	X	X	X	X



	<b>FUERZA AÉREA COLOMBIANA</b>	<b>Código:</b>	<b>DE-DEAJU-FR-009</b>
	<b>FORMATO ACTA DE INICIO CONTRATO DE BIENES Y SERVICIOS</b>	<b>Versión N°:</b>	<b>02</b>
		<b>Vigencia:</b>	<b>07-05-19</b>

<b>ACTA DE INICIO CONTRATO DE SERVICIOS</b>		<b>FECHA 18-11-2021</b>				<b>HORA: 07:30</b>	
SIMULADOR ATC		X		X			
Baños Edificio oficinas administrativas	X	X	X	X	X	X	
Edificio C3I2	X		X			X	
Habitación C3I2	X	X	X	X	X	X	X
Sala de conferencias		X		X		X	
<b>GRUSE</b>							
Oficinas GRUSE	X		X		X		
Control acceso y recinto de guardia	X		X			X	
Baños Control acceso y recinto de guardia	X	X	X	X	X	X	X
Edificio CMOSD			X			X	
<b>EDIFICIO GRUAL</b>							
Comando GRUAL	X		X		X		
ESMIS	X			X			
ESSER	X			X			
ESINS	X			X			
SEPLA-GRUAL	X			X			
Administrativa	X			X			
Baños Edificio GRUAL	X	X	X	X	X		
Sastrería		X			X		
Panadería	X		X		X		
Oficina Telemática		X			X		
Oficina Automotores	X		X		X		
<b>CASINOS</b>							
Casino de oficiales	X	X	X	X	X	X	
Casino de suboficiales	X	X	X	X	X	X	
Comedor personal civiles	X				X		
<b>ALOJAMIENTOS</b>							
Edificio Drako 3	X	X	X	X	X	X	X
Edificio Mokana	X	X	X	X	X	X	X
Casa de huéspedes (a requerimiento)	X		X		X		
<b>CAJEROS</b>							
Cajeros automáticos		X				X	
<b>ARCHIVO</b>							
Oficina del Archivo central		X		X			
<b>CAPILLA</b>							
Capilla	X					X	
<b>CANCILLERIA</b>							
Oficinas de cancillería e incorporación		X			X		
<b>INCORPORACION</b>							
Oficinas de incorporación		X			X		
<b>AUDITORIO</b>							
Auditorio Awatawaa	X					X	

	<b>FUERZA AÉREA COLOMBIANA</b>	<b>Código:</b>	<b>DE-DEAJU-FR-009</b>
	<b>FORMATO ACTA DE INICIO CONTRATO DE BIENES Y SERVICIOS</b>	<b>Versión N°:</b>	<b>02</b>
		<b>Vigencia:</b>	<b>07-05-19</b>


<b>ACTA DE INICIO CONTRATO DE SERVICIOS</b>	<b>FECHA 18-11-2021</b>	<b>HORA: 07:30</b>
---	-------------------------	--------------------

### JARDINERIA


<b>ZONA</b>	<b>AREA (M2)</b>	<b>DESCRPCIÓN</b>
Zona 1	430	Guardia hasta malla planta eléctrica, (borde camino ingreso)
Zona 2	13295	Awatawa, Ebart, Escuadrón 311, CMOSD, archivo.
Zona 3	3000	Dragoncitos, ecterna PTAP, vía pavimentada
Zona 4	3600	Mokana – Astas
Zona 5	1540	Comando hasta malla Grute
Zona 6	2100	Sanidad (alrededores)
Zona 7	5786	Casino de suboficiales hasta drako 2
Zona 8	3340	Parque GRUSE, Kiosko Gruse, Gual, limoncillos exteriores GRUTE, limoncillos separadores PTAP, separador suboficiales
Zona 9	3758	Parque de la X, gruco, Top Off, Estado Mayor, Gruea
Zona 10	1739	Grute – Despacho (externo e interno)
Zona 11	20860	Residencial Oficiales
Zona 12	18404	Residencial Suboficiales

### A. INSUMOS


1	Jabón abrasivo	-Con agente(s) tensoactivo(s) pincipal(es) con efecto limpiador, pulidor y desengrasante - Con agente activo mínimo del 5%	En polvo, en tarro de mínimo 500 gr	15,00
2	Jabón de dispensador para manos 2	- Con agente limpiador en una concentración mínima del 6% - Con agente humectante en una concentración mínima del 3% - pH entre 5,5 a 7 - Disponible en mínimo (2) dos fragancias	Líquido, en recipiente plástico con capacidad mínima de 3.785 cc	15,00

	<b>FUERZA AÉREA COLOMBIANA</b>	<b>Código:</b>	<b>DE-DEAJU-FR-009</b>
	<b>FORMATO ACTA DE INICIO CONTRATO DE BIENES Y SERVICIOS</b>	<b>Versión N°:</b>	<b>02</b>
		<b>Vigencia:</b>	<b>07-05-19</b>


<b>ACTA DE INICIO CONTRATO DE SERVICIOS</b>			<b>FECHA 18-11-2021</b>	<b>HORA: 07:30</b>			
3	Limpiador multiusos 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Con agente(s) tensoactivo(s) principal(es) con efecto limpiador en una concentración mínima del 8%</li> <li>- Disponible en mínimo (2) dos fragancias</li> <li>- El envase debe estar correctamente etiquetados bajo los parámetros establecidos en el sistema globalmente armonizado indicando: nombre comercial del producto, pictogramas de los compuestos peligrosos e instrucciones de uso</li> </ul>	Líquido, en recipiente plástico con capacidad mínima de 3.785 cc	15,00			
4	Detergente multiusos en polvo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Con agente tensoactivo de mínimo 60% de biodegradabilidad</li> <li>- Con efecto limpiador de mínimo 9%.</li> <li>- El envase del producto deberá estar correctamente etiquetado bajo los parámetros: nombre comercial del producto, pictogramas de los compuestos peligrosos e instrucciones de uso</li> </ul>	Polvo, en bolsa plástica o recipiente plástico con un peso de 1.000 gr	25,00			
5	Desinfectante para uso general 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Con agente(s) tensoactivo(s) con efecto antibacterial en una concentración mínima del 0,2%</li> <li>- Con agente(s) tensoactivo(s) con efecto limpiador y desengrasante en una concentración mínima del 1,5%</li> <li>- El envase debe estar correctamente etiquetados bajo los parámetros establecidos en el sistema globalmente armonizado indicando: nombre comercial del producto, pictogramas de los compuestos peligrosos e instrucciones de uso</li> </ul>	Líquido, en recipiente plástico con capacidad mínima de 3.785 cc	20,00			

	<b>FUERZA AÉREA COLOMBIANA</b>	<b>Código:</b>	<b>DE-DEAJU-FR-009</b>
	<b>FORMATO ACTA DE INICIO CONTRATO DE BIENES Y SERVICIOS</b>	<b>Versión N°:</b>	<b>02</b>
		<b>Vigencia:</b>	<b>07-05-19</b>


<b>ACTA DE INICIO CONTRATO DE SERVICIOS</b>			<b>FECHA 18-11-2021</b>	<b>HORA: 07:30</b>			
6	Líquido para limpiar vidrios 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Con agente(s) principal(es) con efecto limpiador y desengrasante en una concentración mínima del 4%</li> <li>- Disponible mínimo en dos (2) fragancias</li> <li>- El envase debe estar correctamente etiquetados bajo los parámetros establecidos en el sistema globalmente armonizado indicando: nombre comercial del producto, pictogramas de los compuestos peligrosos e instrucciones de uso</li> </ul>	Líquido, en recipiente plástico con capacidad mínima de 3.785 cc	5,00			
7	Blanquead or o hipoclorito 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Solución con una concentración mínima del 5%</li> <li>- El envase del producto deberá estar correctamente etiquetado, indicando: nombre comercial del producto, pictogramas de los compuestos peligrosos e instrucciones de uso</li> <li>- El envase del producto deberá estar correctamente etiquetado bajo los parámetros establecidos en el sistema globalmente armonizado, indicando: nombre comercial del producto, pictogramas de los compuestos peligrosos e instrucciones de uso</li> </ul>	Líquido, en recipiente plástico con capacidad mínima de 3.785 cc	25,00			
8	Lustrador de muebles	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Con agentes limpiadores y abrillantadores en una concentración mínima del 5%</li> <li>- El envase del producto deberá estar correctamente etiquetado bajo los parámetros establecidos en el sistema globalmente armonizado, indicando: nombre comercial del producto, pictogramas de los compuestos peligrosos e instrucciones de uso</li> </ul>	Líquido, en recipiente plástico con capacidad mínima de 200 cc	2,00			

	<b>FUERZA AÉREA COLOMBIANA</b>	<b>Código:</b>	<b>DE-DEAJU-FR-009</b>
	<b>FORMATO ACTA DE INICIO CONTRATO DE BIENES Y SERVICIOS</b>	<b>Versión N°:</b>	<b>02</b>
		<b>Vigencia:</b>	<b>07-05-19</b>

<b>ACTA DE INICIO CONTRATO DE SERVICIOS</b>				<b>FECHA 18-11-2021</b>		<b>HORA: 07:30</b>	
9	Cera emulsionada Neutra	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Emulsionada</li> <li>- Neutra (para pisos de todos los colores)</li> <li>- Contenido mínimo de sólidos del 5%</li> </ul>	Líquido, en recipiente plástico con capacidad mínima de 3.785 cc	10,00			
10	Cera emulsionada roja	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Emulsionada</li> <li>- Roja</li> <li>- Contenido mínimo de sólidos del 5%</li> <li>- Antideslizante</li> </ul>	Líquido, en recipiente plástico con capacidad mínima de 3.785 cc	5,00			
11	Varsol ecológico 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Solución con agentes desinfectantes, desmanchadores y desengrasantes en concentración mínima del 15%.</li> <li>- Biodegradable mínimo en un 95%</li> </ul>	Líquido, en recipiente plástico con capacidad mínima de 3.785 cc	26,00			
12	Ambientador 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Solución con alcohol etílico y solventes.</li> <li>- Con fragancia en una concentración del 1,5%</li> <li>- En múltiples fragancias</li> <li>- libre de CFC</li> <li>- Envase correctamente etiquetado bajo los parámetros establecidos indicando: nombre comercial del producto, pictogramas de los compuestos peligrosos e instrucciones de uso.</li> </ul>	Líquido, en aerosol seguro para la capa de ozono con capacidad mínima de 400 cc	8,00			
13	Bayetilla 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En tela fileteada</li> <li>- 100% algodón y fibra natural</li> <li>- Color rojo sin estampado</li> <li>- Tamaño mínimo de 100 cm de largo por 70 cm de ancho</li> </ul>	Unidad	10,00			
14	Escoba 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cerdas suaves elaboradas con PET calibre entre 0,3 y 0,4 mm.</li> <li>- Área de barrido mínima de 25 cm de largo por 8 cm de ancho por 10 cm de alto</li> <li>- Material de base en plástico con acople tipo rosca</li> </ul>	Unidad	10,00			


	<b>FUERZA AÉREA COLOMBIANA</b>	<b>Código:</b>	<b>DE-DEAJU-FR-009</b>
	<b>FORMATO ACTA DE INICIO CONTRATO DE BIENES Y SERVICIOS</b>	<b>Versión N°:</b>	<b>02</b>
		<b>Vigencia:</b>	<b>07-05-19</b>

<b>ACTA DE INICIO CONTRATO DE SERVICIOS</b>			<b>FECHA 18-11-2021</b>		<b>HORA: 07:30</b>		
15	Trapero 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborado con hilaza de algodón natural</li> <li>- Mecha con peso mínimo de 450 gr y extensión mínima de 32 cm de largo</li> <li>- Material de base en plástico con acople tipo rosca</li> </ul>	Unidad	10,00			
16	Cepillo para sanitario (churrusco)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cerdas duras elaboradas en fibras plásticas</li> <li>- Extensión mínima de las cerdas es de 2,5 cm</li> <li>- Base y mango elaborados en plástico</li> <li>- Mango con longitud mínima de 33 cm</li> </ul>	Unidad	2,00			
17	Pads 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para brillo</li> <li>- Diámetro mínimo de 16 pulgadas</li> <li>- Rojo o blanco</li> </ul>	Unidad	1,00			
18	Pads 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para remoción</li> <li>- Diámetro mínimo de 16 pulgadas</li> <li>- Café o negro</li> </ul>	Unidad	1,00			
19	Bolsas plástica 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborada en polietileno de baja densidad</li> <li>- De color blanco</li> <li>- Calibre de mínimo 1</li> <li>- Tamaño de 40 cm de ancho por 55 cm de largo</li> </ul>	Paquete de mínimo 6	200,00			
20	Bolsas plástica 15	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborada en polietileno de baja densidad</li> <li>- De color negro</li> <li>- Calibre de mínimo 2</li> <li>- Tamaño de 70 cm de ancho por 90 cm de largo</li> </ul>	Paquete de mínimo 6	200,00			
21	Bolsas plástica 18	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborada en polietileno de baja densidad</li> <li>- De color rojo</li> <li>- Calibre de mínimo 2</li> <li>- Tamaño de 70 cm de ancho por 90 cm de largo</li> <li>- Con impresión de aviso de riesgo biológico</li> </ul>	Paquete de mínimo 6	200,00			

	<b>FUERZA AÉREA COLOMBIANA</b>	<b>Código:</b>	<b>DE-DEAJU-FR-009</b>
	<b>FORMATO ACTA DE INICIO CONTRATO DE BIENES Y SERVICIOS</b>	<b>Versión N°:</b>	<b>02</b>
		<b>Vigencia:</b>	<b>07-05-19</b>


<b>ACTA DE INICIO CONTRATO DE SERVICIOS</b>			<b>FECHA 18-11-2021</b>	<b>HORA: 07:30</b>		
22	Guantes 5	- Tipo industrial - Elaborados en látex - Calibre mínimo de 35 - Tallas 7 a 9 - Color negro	Par	25,00		
23	Papel higiénico 1	- Rollo con longitud mínima de 30 metros - Doble hoja blanca - Sin fragancia	Rollo	300,00		
24	Papel higiénico 2	- Rollo con longitud mínima de 250 metros - Doble hoja de color natural - Sin fragancia	Rollo	40,00		
25	Toallas para manos 5	- Rollo con longitud mínima de 250 metros - Hoja sencilla con un tamaño mínimo de 15 cm de ancho - Hoja color natural	Rollo	20,00		
26	Toallas para manos 7	- Toallas interdobladadas, paquete con mínimo 150 unidades - Doble hoja con un tamaño mínimo de 20 cm de largo por 15 cm de ancho - Hoja color blanco	Unidad	20,00		
27	Rastrillo 1	- Barra dentada plástica con mínimo 18 dientes - Mango metálico plastificado con longitud mínima de 120 cm	Unidad	5,00		
28	Rastrillo 2	- Barra dentada metálica con mínimo 18 dientes - Mango metálico plastificado con longitud mínima de 120 cm	Unidad	5,00		
29	Recogedor de basura 1	- Elaborado en plástico - Con banda de goma y dientes barrescobas - Mango con longitud mínima de 70 cm	Unidad	5,00		
30	Espátula (Compra)	- Metálica con mango de plástico - Con hoja de mínimo 2 pulgadas de largo	Unidad	1,00		
31	Haraganes 2 (Compra)	- Para limpiar vidrios - Con banda de goma con longitud mínima de 50 cm. - Mango metálico extensible	Unidad	2,00		




	<b>FUERZA AÉREA COLOMBIANA</b>	<b>Código:</b>	<b>DE-DEAJU-FR-009</b>
	<b>FORMATO ACTA DE INICIO CONTRATO DE BIENES Y SERVICIOS</b>	<b>Versión N°:</b>	<b>02</b>
		<b>Vigencia:</b>	<b>07-05-19</b>

<b>ACTA DE INICIO CONTRATO DE SERVICIOS</b>	<b>FECHA 18-11-2021</b>	<b>HORA: 07:30</b>
---	-------------------------	--------------------

		con longitud mínima de 60 cm y máxima de 150 cm			
<b>B.ELEMENTOS EQUIPOS Y MAQUINARIAS</b>					
1	Carros para limpieza	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tamaño mínimo de 70 cm de largo por 50 cm de ancho por 95 cm de alto</li> <li>- Mínimo dos bandejas de servicio</li> <li>- Con mínimo una bolsa de limpieza</li> <li>- Con plataforma para balde escurridor</li> <li>- Con cuatro ruedas antirayones</li> <li>- Ruedas delanteras con ángulo de giro de 360 grados</li> </ul>	Unidad	8,00	
2	Escalera 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuerpo Metálico</li> <li>- Altura mínima de mínimo cuatro pasos.</li> </ul>	Unidad	1,00	
3	Mangueras 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Longitud mínima de 30 metros</li> <li>- Elaborada en PVC</li> <li>- Con terminales roscadas en ambos extremos</li> <li>- Incluye accesorios: acoples y pistola</li> </ul>	Unidad	2,00	
4	Contenedor de basura 25	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborado en plástico</li> <li>- Con tapa</li> <li>- Capacidad mínima de 340 litros</li> <li>- Color gris</li> <li>- Con ruedas traseras macizas y manijas</li> </ul>	Unidad	2,00	
5	Extensión eléctrica 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De mínimo 25 metros de longitud</li> <li>- Tipo industrial</li> <li>- Recubierta en plástico PVC</li> <li>- Con clavijas</li> </ul>	Unidad	1,00	

	<b>FUERZA AÉREA COLOMBIANA</b>	<b>Código:</b>	<b>DE-DEAJU-FR-009</b>
	<b>FORMATO ACTA DE INICIO CONTRATO DE BIENES Y SERVICIOS</b>	<b>Versión N°:</b>	<b>02</b>
		<b>Vigencia:</b>	<b>07-05-19</b>

<b>ACTA DE INICIO CONTRATO DE SERVICIOS</b>			<b>FECHA 18-11-2021</b>	<b>HORA: 07:30</b>		
6	Aspiradora 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De uso industrial para aspirado en seco y húmedo</li> <li>- Motor con potencia entre 1200 w y 1400 w</li> <li>- Capacidad entre 45 y 55 litros</li> <li>- Cable de potencia con longitud mínima de 5m</li> <li>- Accesorios mínimos: manguera puntera, 2 tubos para extensión, cepillos para tapizados</li> </ul>	Unidad	1,00		
7	Brilladora de alta revolución	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De uso industrial</li> <li>- Motores con potencia mínima de 1,5 hp y velocidad mínima de 1500 rpm.</li> <li>- Con manijas dobles</li> <li>- Con interruptor de apagado de seguridad</li> <li>- Diámetro mínimo de 20"</li> <li>- Cable de potencia con longitud mínima de 8m</li> <li>- Accesorios mínimos: portapad</li> </ul>	Unidad	1,00		
8	Hidrolavadora	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Motor eléctrico y potencia de mínimo 2.2 KW - 1.450 RPM y entre 2.5 HP y 3.5 HP.</li> <li>- Presión de salida de agua entre 1500 psi y 1900 psi.</li> <li>- Con ruedas</li> </ul>	Unidad	1,00		
9	Guadañas	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Guadaña de Eje Rígido</li> <li>- Viene cilindrada con aproximadamente 30 a 51,6 cm3.</li> <li>-Peso promedio entre 6,5 Kg y 7,7 Kg.</li> <li>-Cuchilla de 80 puntas</li> <li>-Capacidad del tanque de combustible entre 0,65 Lt y 1 Lt.</li> <li>-Cuenta con un sistema de arranque manual.</li> <li>-Cuenta con un sistema de ignición electrónico</li> <li>- Incluye el combustible para su funcionamiento (Máximo 3 galones)</li> </ul>	Unidad	2,00		

	<b>FUERZA AÉREA COLOMBIANA</b>	<b>Código:</b>	<b>DE-DEAJU-FR-009</b>
	<b>FORMATO ACTA DE INICIO CONTRATO DE BIENES Y SERVICIOS</b>	<b>Versión N°:</b>	<b>02</b>
		<b>Vigencia:</b>	<b>07-05-19</b>

<b>ACTA DE INICIO CONTRATO DE SERVICIOS</b>	<b>FECHA 18-11-2021</b>	<b>HORA: 07:30</b>
---	-------------------------	--------------------


Jardinería y poda

Especificación
Machete
Guadaña
Motosierra
Corta seto
Tijera de poda
Fumigadora
Tijera podadora de alturas
Tanque para recoger material de poda
Rastrillo
Podadora corta césped
Escalera larga
Escalera de tijera

## **OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA**

Documentos necesarios para la firma del acta de inicio:


- ✓ Presentar planillas de pago vigente o certificado de salud y pensión de cada trabajador que desarrolla las actividades del objeto del contrato.
  - ✓ Por tratarse de una guarnición militar el oferente que resulte adjudicatario, deberá entregar los documentos requeridos para el estudio de seguridad del personal que asigne para la prestación de servicios en el CACOM-3, a más tardar dentro de los 2 días hábiles siguientes a la notificación de adjudicación, se deberá cancelar un valor de \$10.000 por concepto de fichero de identificación. En caso de que el personal propuesto por el adjudicatario no supere el estudio de seguridad, este último deberá ser reemplazado de forma inmediata por uno que si lo supere. Queda entendido que las demoras presentadas por no pago de los costos aquí citados o en la entrega los documentos requeridos, no será justificación para el desarrollo oportuno del contrato y el cumplimiento del plazo de ejecución pactado en el contrato.
1. Cumplir con todos los protocolos de bioseguridad ordenados por el Gobierno Nacional (Ministerio de vivienda, ciudad y territorio, Ministerio de trabajo, Ministerio de salud y protección social), así Como aquellos que determine la unidad militar aérea, durante el término de ejecución del contrato.
  2. Cumplir con cada una de las especificaciones técnicas requeridas para el cumplimiento del objeto del contrato.
  3. El Contratista garantizará que el personal contratado para la ejecución del contrato

	<b>FUERZA AÉREA COLOMBIANA</b>	<b>Código:</b>	<b>DE-DEAJU-FR-009</b>
	<b>FORMATO ACTA DE INICIO CONTRATO DE BIENES Y SERVICIOS</b>	<b>Versión N°:</b>	<b>02</b>
		<b>Vigencia:</b>	<b>07-05-19</b>


<b>ACTA DE INICIO CONTRATO DE SERVICIOS</b>	<b>FECHA 18-11-2021</b>	<b>HORA: 07:30</b>
---	-------------------------	--------------------

prestará dicho servicio de manera eficiente.

4. El Contratista se obliga a emplear personal apto, capacitado, especializado y con experiencia para cada tipo de actividad, con el fin de que el desarrollo de las mismas, se ejecuten en forma segura, técnica y eficiente.
5. Informar de forma inmediata al supervisor del contrato de cualquier anomalía que se presente durante la ejecución del mismo.
6. El contratista dispondrá para el CACOM-3 comunicación directa con el supervisor del contrato por Tienda Virtual del Estado Colombiano, correo electrónico, herramienta TEAMS y presencial en la unidad para cualquier requerimiento relacionado con el objeto del contrato en el proceso de ejecución.
7. Ante cualquier requerimiento realizada por el Supervisor, el Contratista tendrá hasta 24 horas hábiles para establecer comunicación.
8. En caso de pérdida del fichero de identificación este tendrá un valor de \$25.000, costo que será asumido por el oferente adjudicatario.
9. No subcontratar a personal civil de la unidad para realizar labores propias del servicio contratado.
10. Deberá cumplir con la normatividad vigente sobre dotación de uniformes, calzado y elementos de protección personal y de bioseguridad de los operarios que desarrollaran este servicio durante la ejecución del contrato, acorde a la normatividad vigente establecida para dicha actividad, así como la maquinaria, equipos y suministros necesarios para las actividades propias del objeto contratado relacionado en las especificaciones técnicas mínimas exigidas.
11. Los servicios serán desarrollados por el contratista en las instalaciones del CACOM-3 obrando por su propia cuenta y riesgo, con plena libertad y autonomía técnica, con su personal y equipos, garantizando la disponibilidad y cumplimiento de las actividades según lo establecido en las fichas técnicas.
12. Anexar mensualmente y durante la ejecución del contrato el soporte de pago de salud, pensión y ARL donde se evidencie el nombre de las personas que desarrollaran las actividades del servicio contratado, así como el pago y validación de la planilla de pago de aportes. En cumplimiento de los términos de ley con las obligaciones relacionadas con el Sistema de Seguridad Integral, así como los propios del SENA ICBF y cajas de compensación familiar, cuando a ello hubiere lugar, circunstancia que deberá ser verificada mensualmente por el supervisor del respectivo contrato durante la ejecución y liquidación del mismo, exigiendo al contratista la certificación expedida por el revisor fiscal o por el representante legal, según sea el caso de encontrarse al día en el pago de dichas obligaciones. El incumplimiento de estas obligaciones dará lugar a las sanciones pertinentes.
13. El Contratista pagará la nómina al personal vinculado a su cargo para la prestación del servicio, además, el pago y/o consignación debe hacerse efectiva en la cuenta de sus trabajadores, respetando las fechas acordadas; para lo cual se debe tener en cuenta los tiempos de desembolso interbancarios.
14. El uso, manejo y almacenamiento tanto de los productos químicos como de la maquinaria y herramientas deben regirse de acuerdo con las normas de Seguridad Industrial.
15. Responsabilizarse del mantenimiento de su maquinaria sin afectar las labores de aseo, limpieza y jardinería en el CACOM3.
16. Encargarse del transporte dentro de la Unidad militar del material vegetal que se produzca durante las jornadas de mantenimiento, los cuales deben ser llevados hasta el sector de

	<b>FUERZA AÉREA COLOMBIANA</b>	<b>Código:</b>	<b>DE-DEAJU-FR-009</b>
	<b>FORMATO ACTA DE INICIO CONTRATO DE BIENES Y SERVICIOS</b>	<b>Versión N°:</b>	<b>02</b>
		<b>Vigencia:</b>	<b>07-05-19</b>

<b>ACTA DE INICIO CONTRATO DE SERVICIOS</b>	<b>FECHA 18-11-2021</b>	<b>HORA: 07:30</b>
<p>acopio de material vegetal del CACOM-3.</p> <p>17. La facturación se debe realizar de manera electrónica, conforme a lo ordenado por la ley.</p> <p>18. El contratista para proceso de recepción de facturas electrónicas de venta, notas débito y notas crédito deberá:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Elaborar factura electrónica mediante operador tecnológico autorizado, solución gratuita de la DIAN o software propio, previa habilitación ante la DIAN.</li> <li>✓ Diligenciar en el asunto o en la sección de la factura Notas, lo siguiente: # \$ luego el código de identificación de la entidad a la cual le va a enviar la factura, datos del contrato, y correo del supervisor o gestor de pagos de la ESCAD, finalizando con # \$, debidamente separados por punto y coma, según ej. adjunto. 15-01-05-005; #ordendecompra; correo del supervisor@fac.mil.co.</li> <li>✓ Registrar en la sección de la factura Datos del Adquiriente en el campo "Correo", el buzón electrónico siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co dispuesto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, con el fin que, una vez generada la factura electrónica a través del medio seleccionado, éste la envíe automáticamente.</li> <li>✓ Generar factura obteniendo el contenedor electrónico -Documento zip (PDF, XML). Enviar al buzón electrónico siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co dispuesto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el contenedor electrónico - Documento zip (PDF, XML), referenciando en el asunto de este correo el código de identificación de la entidad a la cual le va a enviar la factura, datos del contrato, y correo del supervisor o gestor de pagos de la ESCAD, debidamente separados por punto y coma, según ej. adjunto: 15-01-05-005; #ordendecompra; correo del supervisor @fac.mil.co.</li> </ul> <p>19. Los Proveedores deben constituir una garantía de cumplimiento dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la colocación de la Orden de Compra a favor de la Entidad Compradora (Acuerdo Marco de Precios para el suministro del Servicio Integral de Aseo y Cafetería por parte Entidades Compradoras CCE-972-AMP-2019) El valor de los amparos de la garantía de cumplimiento es calculado de acuerdo con el valor de la Orden de Compra.</p> <p>20. Suscribir el ACTA DE LIQUIDACIÓN: De conformidad a lo establecido en el artículo 11 de la Ley 1150 de 2007 (subrogó el artículo 60 de la Ley 80 de 1993).</p> <p>21. Mantener reserva de la información o documentos que conozca con ocasión de la ejecución del contrato.</p> <p>22. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales evitando dilaciones y/o aplazamientos.</p> <p>23. Cumplir con las condiciones jurídicas, técnicas, económicas y comerciales requeridas y ofertadas en la propuesta.</p>		

	<b>FUERZA AÉREA COLOMBIANA</b>	<b>Código:</b>	<b>DE-DEAJU-FR-009</b>
	<b>FORMATO ACTA DE INICIO CONTRATO DE BIENES Y SERVICIOS</b>	<b>Versión N°:</b>	<b>02</b>
		<b>Vigencia:</b>	<b>07-05-19</b>

<b>ACTA DE INICIO CONTRATO DE SERVICIOS</b>	<b>FECHA 18-11-2021</b>	<b>HORA: 07:30</b>
---	-------------------------	--------------------

#### **OBSERVACIONES**

- La aprobación de pólizas se encuentra cargada en documentos adicionales de la tienda virtual del Estado Colombiano.
- Los suministros de aseo relacionados en el acuerdo, fueron recibidos en la Unidad el día 17 de noviembre de 2021.
- Se deja constancia que a la fecha se inicia la ejecución de la orden de compra No. 78836.
- Se cumplieron con los requisitos exigidos para dar inicio a la ejecución de la orden de compra No. 78836. (Estudios de seguridad, pago de ficheros, afiliaciones a salud, ARL, pensión y dotación en los términos de ley).
- La fecha de entrega al CACOM-3 de los insumos, queda establecida en el lapso del 10 al 15 de cada mes.
- La fecha de pago de nómina para los operarios será en el lapso del 01 al 10 de cada mes.
- La fecha de pago de seguridad social será el segundo día hábil de cada mes.

#### **EN CONSTANCIA, FIRMAN QUIENES INTERVINIERON:**

  
NIT 900.229.503-2

**MAURICIO RUGE MURCIA**

Representante Legal Servicios De Aseo, Cafetería Y Mantenimiento Institucional Outsourcing  
Seasin Limitada  
CONTRATISTA



**CT. GUEVARA FONSECA FEDERICO**  
SUPERVISOR

ORIGINAL: E.P.S.

1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación

Fecha de Radicación

D D M M A A A A

NIT 900.006.394-7

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite

A. Afiliación

B. Reporte de Novedades

C. Colectiva

A. Individual

- Cotizante o Cabeza de Familia

- Beneficiario o afiliado adicional

C. Institucional

D. De oficio

3. Régimen

A. Contributivo

B. Subsidiado

4. Tipo de afiliado

A. Cotizante

B. Cabeza de Familia

C. Beneficiario

5. Tipo de cotizante

A. Dependiente

B. Independiente

C. Pensionado

Código (a registrar por la EPS)

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

6. Apellidos y nombres

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad

8. Número del documento de identidad

9. Sexo

Femenino

Masculino

10. Fecha de nacimiento

D D M M A A A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia

12. Discapacidad

Tipo

Condición

13. Puntaje SGSSS

14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL

16. Administradora de Pensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC

18. Residencia

Dirección

Teléfono fijo

Teléfono celular

Correo electrónico

Municipio/Distrito

Zona

Urbana

Rural

Localidad/Comuna

Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad

21. Número del documento de identidad

22. Sexo

Femenino

Masculino

23. Fecha de nacimiento

D D M M A A A A

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

24. Apellidos y nombres

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

B1

B2

B3

B4

B5

25. Tipo de documento de identidad

26. Número del documento de identidad

27. Sexo

Femenino

Masculino

28. Fecha de nacimiento

D D M M A A A A

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2



ORIGINAL: EPS.

- 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

001-2018-0011



# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

## B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

<input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.	<input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
<input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.	<input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
<input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad.	<input checked="" type="checkbox"/> 13. Movilidad: <input checked="" type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo.
<input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.	<input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado.
<input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS.	<input type="checkbox"/> 14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen.
Código: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen.
<input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS.	<input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento.
<input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
<input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
<input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.	<input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado.
<input type="checkbox"/> 10. Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.	

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad		Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de nacimiento
42. Fecha de inscripción en la EPS		43. EPS anterior	
44. Motivo de traslado		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.

48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.

☒ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

☒ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.

☒ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

☒ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

## VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, apoderante o entidad responsable de la afiliación colectiva

## IX. ANEXOS

☒ 56. Anexo copia del documento de identidad. ☐ CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CO ☐ SC

Cantidad:  Total:

☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.

☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.

☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.

☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.

☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.

☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

## X. DATOS A SER DIJENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial

67. Datos del SISGEN

68. Fecha de ratificación

69. Fecha de validación

## 70. Datos del funcionario que realiza la validación

71. Firma del funcionario

## 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.

- 2a. COPIA: AFILIADO -

Página 2 de 2

Medellín, 08 de Noviembre de 2021

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

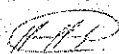
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de OUTSOURCING SEASIN LTDA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000006003 - CONTRATOS ATLANTICO 3, Clase de riesgo 3, Porcentaje de cotización 2.436%.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C72099943	MEDINA MONTERO ALINTON ANTONIO	09/11/2021		173m1572	DEPENDIENTE

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](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C633517362131231544

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 08/11/2021 08:45:46.

Los trabajadores marcados con asterisco (\*) son afiliados independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (\*\*) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.52.85.38, 198.143.41.25, 172.16.42.57

COMPANIA PROMOTORA DE  
VALOR MUTUAL  
GERENLES



**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:**

Se certifica que el/la afiliado(a) mencionado(a) en la presente certificación es titular de la pensión y cesantías porvenir.

**ALINTON ANTONIO MEDINA MONTERO**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **72.099.943**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Noviembre del 2021.

Cordialmente,

  
SOCIEDAD ADMINISTRADORA  
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS

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.



GRANDE  
COMO NOS  
SUEÑOS

## FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES

Antes de diligenciar este formulario lea las instrucciones

Los espacios sombreados son para uso exclusivo de la caja.

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Trabajador                  | <input type="radio"/> Independiente       | <input type="radio"/> Taxistas independientes               |
| <input type="radio"/> Aumento de personas a cargo | <input type="radio"/> Servicio doméstico  | <input type="radio"/> Colombiano residente en el extranjero |
| <input type="radio"/> Representante legal         | <input type="radio"/> Madres comunitarias |   |

Código empresa:

Razón social empresa: Outsourcing Seasin Hda

NIT: 900229503-2

### DATOS DEL TRABAJADOR(A)

Documento: ☒ C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ P.E.P. ☐ Pasaporte ☐ Carné diplomático  
☐ Certificado cabildo ☐ TMF (Tarjeta Movilidad Fronteriza) ☐ Visa No. 72099972

1er Apellido: Medina

2do Apellido: Montero

1er Nombre: Alinton

2do Nombre: Antonio

Fecha de nacimiento: 1984 07 02

Sexo:  
☐ Femenino ☒ Masculino

Dirección de residencia: Cra 19 n° 18-05

Barrio: Centro

Municipio de residencia: Barranquilla

Teléfono:

Celular: 3107419651

Tipo de discapacidad:  
☒ Ninguna ☐ Física ☐ Cognitiva

Correo electrónico: medinaalinton@gmail.com

Nivel de escolaridad: ☐ Preescolar ☐ Básico adulto ☐ Tecnológico  
☐ Básico (1.º- 5.º) ☒ Secundaria adulto ☐ Profesional universitario  
☐ Secundaria (6.º- 9.º) ☐ Primera infancia ☐ Posgrado/Maestría  
☐ Media (10.º- 11.º) ☐ Técnico ☐ Ninguno

Tipo de afiliado: ☒ Dependiente ☐ Por fidelidad ☐ Facultativo ☐ Con exención ☐ Voluntario

Estado civil: ☐ Casado (a) ☐ Unión libre ☐ Divorciado (a) ☐ Separado (a) ☐ Viudo (a) ☒ Soltero (a) (Nunca ha estado casado ni vivido en unión libre)

Municipio donde labora: Malambo

Ocupación/Cargo: Serv. Generales

Fecha ingreso empresa: 2021 11 09

Salario básico o promedio: 906526

Horas laborales mes: 240

Centro de costos:

### DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERA(O) PERMANENTE

Documento: ☐ C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ P.E.P. ☐ Pasaporte ☐ Carné diplomático  
☐ Certificado cabildo ☐ TMF (Tarjeta Movilidad Fronteriza) ☐ Visa No. \_\_\_\_\_

1er Apellido:

2do Apellido:

1er Nombre:

2do Nombre:

Fecha de nacimiento:

Sexo:  
☐ Femenino ☐ Masculino

Dirección de residencia:

Tipo de discapacidad:  
☐ Ninguna ☐ Física ☐ Cognitiva

Labora:  
☐ SI ☐ NO

Salario:

Empresa:

Conviven:  
☐ SI ☐ NO

Nivel de escolaridad: ☐ Preescolar ☐ Básico adulto ☐ Tecnológico  
☐ Básico (1.º- 5.º) ☐ Secundaria adulto ☐ Profesional universitario  
☐ Secundaria (6.º- 9.º) ☐ Primera infancia ☐ Posgrado/Maestría  
☐ Media (10.º- 11.º) ☐ Técnico ☐ Ninguno

## DATOS SENSIBLES DEL TRABAJADOR - TIENE DERECHO DE CONTESTAR O NO ESTAS PREGUNTAS

### Factor de vulnerabilidad:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> Desplazado<br><input type="radio"/> Víctima del conflicto armado (No desplazado)<br><input type="radio"/> Desmovilizado o reinsertado<br><input type="radio"/> Hijo (a) de desmovilizados o reinsertados | <input type="radio"/> Damnificado por desastre natural<br><input type="radio"/> Cabeza de familia<br><input type="radio"/> Hijo (a) de madres cabeza de familia<br><input type="radio"/> En condición de discapacidad | <input type="radio"/> Población migrante<br><input type="radio"/> Población en zona de frontera (nacionales)<br><input type="radio"/> Ejercicio del trabajo sexual<br><input checked="" type="radio"/> No aplica |
|--|---|--|

### Pertenencia étnica:

- ☐ Afrocolombiano   ☐ Comunidad negra   ☐ Palenquero  
☐ Raíz del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina   ☐ Rom/Gitano  
☒ No se autorreconoce en ninguno de los anteriores.

### Orientación sexual:

- ☒ Heterosexual   ☐ Homosexual  
☐ Bisexual   ☐ No disponible

**Aviso de privacidad y autorización de tratamiento de datos por parte del afiliado para acceder a beneficios y/o como afiliado.** Entiende el AFILIADO que el aviso de privacidad dispuesto en la parte posterior, informa sobre las finalidades y tratamiento que por disposición legal debe realizar esta caja de compensación en el marco de las obligaciones que derivan del sistema de compensación familiar. El AFILIADO, mientras tenga tal calidad, a través de este aviso otorga su autorización expresa, informada e inequívoca para que esta caja de compensación remita información comercial, a través de los datos de contacto suministrados y/o resultado de actualizaciones, sobre los beneficios y descuentos a los que puede acceder como afiliado y/o beneficiario respecto de los servicios de educación, vivienda, recreación, salud, turismo, crédito, deporte, cultura, empleo que oferta esta organización a los afiliados. Para fines de crear valor y otorgar mejores beneficios a los afiliados y beneficiarios esta caja de compensación podrá realizar procesos de análisis de datos para un mejor conocimiento de los servicios y preferencias de los usuarios de estos. En aras de obtener mayor número de beneficios para los afiliados y beneficiarios es posible que esta organización celebre acuerdos comerciales con terceros como almacenes de cadena, establecimientos comerciales, establecimientos educativos, entre otros; caso en el cual estos deberán acceder a la información mencionada en esta cláusula para otorgarlos. Se informa que el pago de subsidios podrá realizarse a través de terceros. Es posible que esta organización y/o terceros mencionados para otorgar los descuentos y/o beneficios realicen consultas en bases de datos disponibles al público y en bases de datos de riesgo crediticio. El titular del dato en cualquier momento podrá ejercer el derecho al Habeas Data a través de las facultades de conocer, actualizar, rectificar, oponerse y/o suprimir su información; para ello podrá remitir comunicación electrónica al siguiente correo: [privacidad@comfamiliar.com.co](mailto:privacidad@comfamiliar.com.co) o dirigiendo una comunicación física a la siguiente dirección física: Calle 48 # 43 - 104 en la ciudad de Barranquilla. La Política de Privacidad puede ser consultada en el siguiente enlace web: [www.comfamiliar.com.co](http://www.comfamiliar.com.co) seleccionar política de privacidad o puede ser consultada en nuestras sedes.

**ALINTON MEDINA**

FIRMA DEL TRABAJADOR

c.c. 72099943

**Aviso de privacidad:** La CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFAMILIAR ATLÁNTICO comunica al trabajador que la información personal que trata de estos la realiza por autorización de ley en virtud de las normas que regulan el régimen de los diferentes subsidios a cargo de las cajas de compensación familiar y demás normas legales que aplican a la luz del sistema de compensación familiar vigente en Colombia. Es posible que durante la afiliación al sistema de compensación familiar, actualizaciones, reportes y cumplimiento de las obligaciones legales que derivan de este régimen, COMFAMILIAR ATLÁNTICO recolecte además datos sensibles y/o de niños, niñas y adolescentes menores de edad, caso en el cual se aplicarán las medidas de seguridad que este tipo de datos requiera; los cuales serán tratados de acuerdo con el principio de seguridad, confidencialidad y demás principios aplicables al tratamiento de datos personales consagrado en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y Ley Estatutaria 1266 de 2008, cuando esta última sea de aplicación. Los datos personales serán tratados para cumplir con las finalidades vinculadas al régimen de compensación familiar, así como para cumplir con las obligaciones originadas en relaciones contractuales resultado de la adquisición y prestación de los servicios que la ley está en capacidad de ofertar esta caja de compensación familiar. COMFAMILIAR ATLÁNTICO informa que podrá recolectar datos personales de carácter biométrico con el fin de verificar la identidad de quienes solicitan subsidio y así prevenir los fraudes que afectan al sistema de compensación familiar en detrimento de los dineros públicos que gestiona como caja de compensación familiar. En cumplimiento de las funciones delegadas a las cajas de compensación familiar estas podrán tratar datos personales vinculados al régimen de fomento al empleo - FOSFEC. En atención al principio de legalidad esta caja de compensación tiene como obligaciones suministrar información a las autoridades y terceros que intervienen en el sistema de compensación familiar para verificar el estado de la afiliación, gestión de subsidios, atención de PQRSF's, entre otras finalidades amparadas en un interés legítimo. Para los tratamientos y finalidades antes descritas COMFAMILIAR ATLÁNTICO podrá acudir a los datos personales de contacto suministrados por sus afiliados y beneficiarios, como pueden ser, correo electrónico, dirección física, teléfonos fijos o celulares, fax, entre otros, a través de los cuales podrá informar de manera verbal o escrita, usando cualquier tecnología presente o futura. Así mismo, cumpliendo las normas vigentes, se informa que los datos personales tratados en el marco de las finalidades vinculadas al sistema de compensación familiar y/o en relaciones contractuales podrán ser tratados directamente y/o a través de terceros, en condición de encargados del tratamiento de datos, en centro de datos ubicados dentro o fuera de Colombia, en territorios como Estados Unidos, Canadá, Europa, Latinoamérica u otros. Así mismo, para determinar la calidad y veracidad de los datos se podrán efectuar cruces de información con los entes del Estado, como lo es Catastro Municipal, Registraduría Civil, y con otras cajas de compensación familiar, agremiaciones u otras entidades de protección social, en cumplimiento de las obligaciones de ley. El trabajador de manera expresa manifiesta, con la entrega de los datos que hace por los diferentes canales dispuestos por esta caja de compensación, que los mismos son exactos, ciertos y pertinentes, acorde con la finalidad de afiliación y/o actualización y/o reporte de novedades al sistema de compensación familiar. Para el ejercicio del Habeas Data, el titular del dato personal o quien demuestre un legítimo interés conforme lo señalado en la normatividad vigente, podrá hacerlo a través del siguiente correo electrónico: [privacidad@comfamiliar.com.co](mailto:privacidad@comfamiliar.com.co) o dirigiendo una comunicación a la siguiente dirección física: Calle 48 # 43 - 104 en la ciudad de Barranquilla. Quien ejerza el Habeas Data deberá suministrar con precisión los datos de contacto solicitados para efecto de tramitar, atender y responder su solicitud y desplegar las cargas para el ejercicio de sus derechos. Recibida la solicitud de ejercicio de Habeas Data, COMFAMILIAR ATLÁNTICO dará respuesta en los términos de ley.

**ALINTON MEDINA**

FIRMA DEL TRABAJADOR

c.c. 72099943

### OBLIGACIONES QUE SE CONTRAEN

El trabajador se obliga con Comfamiliar Atlántico, para que en el evento que se produzca la terminación del contrato laboral y este haya recibido suma a buena cuenta del subsidio familiar, se le retendrá de su salario y prestaciones sociales las sumas adeudadas a la caja, para la cual el trabajador autoriza, al firmar este documento. Para todos los efectos legales certifico a que este formulario contiene una verdadera y completa información sobre los hijos, cónyuge o compañera (o), padres y hermanos.

**A LINTON MEDINA**

FIRMA DEL TRABAJADOR

c.c. 72099943

### DIRECCIÓN DE LA EMPRESA

El empleador se obliga con Comfamiliar Atlántico, para que en el evento que se produzca la terminación del contrato laboral con el trabajador beneficiario del subsidio y este haya recibido suma a buena cuenta del subsidio familiar, le retendrá de su salario y prestaciones sociales las sumas adeudadas a la caja.



SEASIN LTDA

**AFILIACIONES**

*Melany Salcedo*

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

TELÉFONO: 6387575

### RECIBIDO:

AAAA MM DD

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

## COOSALUD

En Pos de bienestar

No. De Radicación

Fecha de Radicación

### I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de novedades <input checked="" type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual: <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
--	---	--

4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	6. Código (a registrar por la EPS)
--	---	------------------------------------

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

7. Apellidos y nombre Castro	8. Número del documento de identidad 32803001	9. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento 31/03/1984
---------------------------------	--	--	---------------------------------------

### III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo: F N M Condición: T P	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Sura	16. Administradora de Pensiones Pruvenir	17. Ingreso base de cotización - IBC 908526	
18. Residencia Calle 55 # 36 - 34	3002162214	juliethcastro31@gmail.com	
Baranquilla	Las Americas	Atlantico	

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

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

19. Apellidos y nombre	20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento
------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	--	-------------------------

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

24. Apellidos y nombres	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	28. Fecha de nacimiento
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

### Datos complementarios

29. Patencia	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo: F N M Condición: T P
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

### 32. Datos de residencia

33. Valor de la UPC de afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1
B2
B3
B4
B5

34. Nombre de la institución proveedora de servicios de salud - EPS

Código de la EPS (a registrar por la EPS)
B1
B2
B3
B4
B5

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

35. Nombre o razón social Outsourcing Seasm Ltda	36. Tipo de documento de identificación RUT	37. Número del documento de identificación 900229563-2	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Apellido CRA 21 A # 35-94	6387575	repcion@seasmhmda.com	Placibbiana
40. Municipio/Distrito Santander			



## 40. Tipo de Novedad

- VL DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

#### 41. Datos básicos de identificación

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ### VIII. FIRMAS

FILIACIONES  
Melanny Salgado

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

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

## IX. ANEXOS

- |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                             |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------|
| 56. Anexo copia del documento de identidad: | CIN                  | RC                   | TI                   | CC                   | PA                   | CE                   | GD                   | SC                   |                             |
| Cantidad:                                   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Total: <input type="text"/> |

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.

59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.

60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.

61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.

62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.

63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

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

65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

**X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL**

[illegible]

## 70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario	

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.



Medellín, 08 de Noviembre de 2021

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

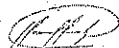
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de OUTSOURCING SEASIN LTDA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000005978 - CONTRATOS BARRANQUILLA 2, Clase de riesgo 2, Porcentaje de cotización 1.044%.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C32803001	CASTRO ACUÑA JULIETH.PATRICIA	09/11/2021		40Y165P1	DEPENDIENTE

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](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C633517362131231489

Atentamente,



**Dirección de Afiliaciones y Recaudos**

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 08/11/2021 08:44:53.

Los trabajadores marcados con asterisco (\*) son afiliados independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (\*\*) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.52.85.38, 198.143.41.25, 172.16.42.57



**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:**

**JULIETH PATRICIA CASTRO ACUÑA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **32.803.001**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Noviembre del 2021.

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.



GRANDE  
COMO LOS  
SUEÑOS

## FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES

Antes de diligenciar este formulario lea las instrucciones

Los espacios sombreados son para uso exclusivo de la caja.

- ☒ Trabajador ☐ Independiente ☐ Taxistas independientes  
☐ Aumento de personas a cargo ☐ Servicio doméstico ☐ Colombiano residente en el extranjero  
☐ Representante legal ☐ Madres comunitarias

Código empresa: NIT

Razón social empresa: outsourcing SSSN COCA 90029503-2

### DATOS DEL TRABAJADOR(A)

Documento: ☒ C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ P.E.P. ☐ Pasaporte ☐ Carné diplomático  
☐ Certificado cabildo ☐ TMF (Tarjeta Movilidad Fronteriza) ☐ Visa No. 32 803001

1er Apellido: Castro 2do Apellido: Acuña

1er Nombre: Julieth 2do Nombre: Patricia

Fecha de nacimiento: 31/3/1984 Sexo: ☒ Femenino ☐ Masculino Dirección de residencia: calle 55 # 3B-34

Barrio: las américas Municipio de residencia: Banangillo

Teléfono: Celular: 3002162214 Tipo de discapacidad: ☒ Ninguna ☐ Física ☐ Cognitiva

Correo electrónico: juliethcastro331@gmail.com

Nivel de escolaridad: ☐ Preescolar ☐ Básico adulto ☐ Tecnológico  
☐ Básico (1.º-5.º) ☐ Secundaria adulto ☐ Profesional universitario  
☐ Secundaria (6.º-9.º) ☐ Primera infancia ☐ Posgrado/Maestría  
☐ Media (10.º-11.º) ☐ Técnico ☐ Ninguno

Tipo de afiliado: ☒ Dependiente ☐ Por fidelidad ☐ Facultativo ☐ Con exención ☐ Voluntario

Estado civil: ☐ Casado (a) ☐ Unión libre ☐ Divorciado (a) ☐ Separado (a) ☐ Viudo (a) ☒ Soltero (a) (Nunca ha estado casado ni viudo en unión libre)

Municipio donde labora: Banangillo Ocupación/Cargo: S. Generales

Fecha ingreso empresa: 2021 11 09 Salario básico o promedio: 908526 Horas laborales mes: 240 Centro de costos:

### DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERA(O) PERMANENTE

Documento: ☐ C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ P.E.P. ☐ Pasaporte ☐ Carné diplomático  
☐ Certificado cabildo ☐ TMF (Tarjeta Movilidad Fronteriza) ☐ Visa No. \_\_\_\_\_

1er Apellido: 2do Apellido:

1er Nombre: 2do Nombre:

Fecha de nacimiento: Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino Dirección de residencia:

Tipo de discapacidad: ☐ Ninguna ☐ Física ☐ Cognitiva Labora: ☐ SI ☐ NO Salario:

Empresa: Conviven: ☐ SI ☐ NO

Nivel de escolaridad: ☐ Preescolar ☐ Básico adulto ☐ Tecnológico  
☐ Básico (1.º-5.º) ☐ Secundaria adulto ☐ Profesional universitario  
☐ Secundaria (6.º-9.º) ☐ Primera infancia ☐ Posgrado/Maestría  
☐ Media (10.º-11.º) ☐ Técnico ☐ Ninguno

# **DATOS SENSIBLES DEL TRABAJADOR - TIENE DERECHO DE CONTESTAR O NO ESTAS PREGUNTAS**

## **Factor de vulnerabilidad:**

- ☐ Desplazado  
☐ Víctima del conflicto armado (No desplazado)  
☐ Desmovilizado o reinsertado  
☐ Hijo (a) de desmovilizados o reinsertados  
☐ Dañificado por desastre natural  
☐ Cabeza de familia  
☐ Hijo (a) de madres cabeza de familia  
☐ En condición de discapacidad  
☐ Población migrante  
☐ Población en zona de frontera (nacionales)  
☐ Ejercicio del trabajo sexual  
☒ No aplica

## **Pertenencia étnica:**

- ☐ Afrocolombiano  
☐ Comunidad negra  
☐ Palenquero  
☐ Raíz del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina  
☐ Room/Gitano  
☒ No se autorreconoce en ninguno de los anteriores

## **Orientación sexual:**

- ☒ Heterosexual  
☐ Homosexual  
☐ Bisexual  
☐ No disponible

**Aviso de privacidad y autorización de tratamiento de datos por parte del afiliado para acceder a beneficios y/o como afiliado.** Entiende el AFILIADO que el aviso de privacidad dispuesto en la parte posterior, informa sobre las finalidades y tratamiento que por disposición legal debe realizar esta caja de compensación en el marco de las obligaciones que derivan del sistema de compensación familiar. El AFILIADO, mientras tenga tal calidad, a través de este aviso otorga su autorización expresa, informada e inequívoca para que esta caja de compensación remita información comercial, a través de los datos de contacto suministrados y/o resultado de actualizaciones, sobre los beneficios y descuentos a los que puede acceder como afiliado y/o beneficiario respecto de los servicios de educación, vivienda, recreación, salud, turismo, crédito, deporte, cultura, empleo que oferta esta organización a los afiliados. Para fines de crear valor y otorgar mejores beneficios a los afiliados y beneficiarios esta caja de compensación podrá realizar procesos de análisis de datos para un mejor conocimiento de los servicios y preferencias de los usuarios de estos. En aras de obtener mayor número de beneficios para los afiliados y beneficiarios es posible que esta organización celebre acuerdos comerciales con terceros como almacenes de cadena, establecimientos comerciales, establecimientos educativos, entre otros; caso en el cual estos deberán acceder a la información mencionada en esta cláusula para otorgarlos. Se informa que el pago de subsidios podrá realizarse a través de terceros. Es posible que esta organización y/o terceros mencionados para otorgar los descuentos y/o beneficios realicen consultas en bases de datos disponibles al público y en bases de datos de riesgo crediticio. El titular del dato en cualquier momento podrá ejercer el derecho al Habeas Data a través de las facultades de conocer, actualizar, rectificar, oponerse y/o suprimir su información; para ello podrá remitir comunicación electrónica al siguiente correo: [privacidad@comfamiliar.com.co](mailto:privacidad@comfamiliar.com.co) o dirigiendo una comunicación física a la siguiente dirección física: Calle 48 # 43 - 104 en la ciudad de Barranquilla. La Política de Privacidad puede ser consultada en el siguiente enlace web: [www.comfamiliar.com.co](http://www.comfamiliar.com.co) seleccionar política de privacidad o puede ser consultada en nuestras sedes.

*Julieth Castro*

FIRMA DEL TRABAJADOR  
C.C.

**Aviso de privacidad:** La CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFAMILIAR ATLÁNTICO comunica al trabajador que la información personal que trata de estos la realiza por autorización de ley en virtud de las normas que regulan el régimen de los diferentes subsidios a cargo de las cajas de compensación familiar y demás normas legales que aplican a la luz del sistema de compensación familiar vigente en Colombia. Es posible que durante la afiliación al sistema de compensación familiar, actualizaciones, reportes y cumplimiento de las obligaciones legales que derivan de este régimen, COMFAMILIAR ATLÁNTICO recolecte además datos sensibles y/o de niños, niñas y adolescentes menores de edad, caso en el cual se aplicarán las medidas de seguridad que este tipo de datos requiera; los cuales serán tratados de acuerdo con el principio de seguridad, confidencialidad y demás principios aplicables al tratamiento de datos personales consagrado en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y Ley Estatutaria 1266 de 2008, cuando esta última sea de aplicación. Los datos personales serán tratados para cumplir con las finalidades vinculadas al régimen de compensación familiar, así como para cumplir con las obligaciones originadas en relaciones contractuales resultado de la adquisición y prestación de los servicios que la ley está en capacidad de ofertar esta caja de compensación familiar. COMFAMILIAR ATLÁNTICO informa que podrá recolectar datos personales de carácter biométrico con el fin de verificar la identidad de quienes solicitan subsidio y así prevenir los fraudes que afectan al sistema de compensación familiar en detrimento de los dineros públicos que gestiona como caja de compensación familiar. En cumplimiento de las funciones delegadas a las cajas de compensación familiar estas podrán tratar datos personales vinculados al régimen de fomento al empleo - FOSFEC. En atención al principio de legalidad esta caja de compensación tiene como obligaciones suministrar información a las autoridades y terceros que intervienen en el sistema de compensación familiar para verificar el estado de la afiliación, gestión de subsidios, atención de PQRSF's, entre otras finalidades amparadas en un interés legítimo. Para los tratamientos y finalidades antes descritas COMFAMILIAR ATLÁNTICO podrá acudir a los datos personales de contacto suministrados por sus afiliados y beneficiarios, como pueden ser, correo electrónico, dirección física, teléfonos fijos o celulares, fax, entre otros, a través de los cuales podrá informar de manera verbal o escrita, usando cualquier tecnología presente o futura. Así mismo, cumpliendo las normas vigentes, se informa que los datos personales tratados en el marco de las finalidades vinculadas al sistema de compensación familiar y/o en relaciones contractuales podrán ser tratados directamente y/o a través de terceros, en condición de encargados del tratamiento de datos, en centro de datos ubicados dentro o fuera de Colombia, en territorios como Estados Unidos, Canadá, Europa, Latinoamérica u otros. Así mismo, para determinar la calidad y veracidad de los datos se podrán efectuar cruces de información con los entes del Estado, como lo es Catastro Municipal, Registraduría Civil, entre otros; y con otras cajas de compensación familiar, agremiaciones u otras entidades de protección social, en cumplimiento de las obligaciones de ley. El trabajador de manera expresa manifiesta, con la entrega de los datos que hace por los diferentes canales dispuestos por esta caja de compensación, que los mismos son exactos, ciertos y pertinentes, acorde con la finalidad de afiliación y/o actualización y/o reporte de novedades al sistema de compensación familiar. Para el ejercicio del Habeas Data, el titular del dato personal o quien demuestre un legítimo interés conforme lo señalado en la normatividad vigente, podrá hacerlo a través del siguiente correo electrónico: [privacidad@comfamiliar.com.co](mailto:privacidad@comfamiliar.com.co) o dirigiendo una comunicación a la siguiente dirección física: Calle 48 # 43 - 104 en la ciudad de Barranquilla. Quien ejerza el Habeas Data deberá suministrar con precisión los datos de contacto solicitados para efecto de permitir atender y responder su solicitud y desplegar las cargas para el ejercicio de sus derechos. Recibida la solicitud de ejercicio de Habeas Data, COMFAMILIAR ATLÁNTICO dará respuesta en los términos de ley.

*Julieth Castro*

FIRMA DEL TRABAJADOR  
C.C.

## **OBLIGACIONES QUE SE CONTRAEN**

El trabajador se obliga con Comfamiliar Atlántico, para que en el evento que se produzca la terminación del contrato laboral y este haya recibido suma a buena cuenta del subsidio familiar, se le retendrá de su salario y prestaciones sociales las sumas adeudadas a la caja, para la cual el trabajador autoriza, al firmar este documento. Para todos los efectos legales certifico a que este formulario contiene una verdadera y completa información sobre los hijos, cónyuge o compañera (o), padres y hermanos.

*Julieth Castro*

FIRMA DEL TRABAJADOR  
C.C.

## **DIRECCIÓN DE LA EMPRESA**

El empleador se obliga con Comfamiliar Atlántico, para que en el evento que se produzca la terminación del contrato laboral con el trabajador beneficiario del subsidio y este haya recibido suma a buena cuenta del subsidio familiar, le retendrá de su salario y prestaciones las sumas adeudadas a la caja.

*OUTSOURCING  
SEASIN LTDA*  
NIT 900 229 503-2

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA  
TELÉFONO:

## **RECIBIDO:**

AAAA - MM - DD

SaludTotal EPS-S

NIT 800.130.907-4

Las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COLEGIO DE BARRAS

No. DE RADICACIÓN

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> - Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	Código (a registrar por la EPS) <input type="text"/>

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

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres Primer apellido: Yanes Segundo apellido: Arango Tercer apellido: Gloribet Cuarto apellido: Lorena	7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número del documento de identidad 1129625173	9. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento 19041984
--	---	--	--	-------------------------------------

III. DATOS COMPLEMENTARIOS  
Datos personales

11. Etnia <input type="text"/>	12. Discapacidad Tipo <input type="text"/> Condición <input type="text"/>	13. Puntaje SISBEN <input type="text"/>	14. Grupo de población especial <input type="text"/>
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Sura	16. Administradora de Pensiones Prevenir	17. Ingreso base de cotización - IBC 908926	
18. Residencia Cra 21 n° 29-59 Malambo Municipio/Distrito	Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	2008508334 villal concha Localidad/Comuna	gloribetcondela@gmail.com Amarillo Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres Primer apellido: <input type="text"/> Segundo apellido: <input type="text"/> Primer nombre: <input type="text"/> Segundo nombre: <input type="text"/>	20. Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	21. Número del documento de identidad <input type="text"/>	22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento D M A A A A A
--	---	--	--	--

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

24. Apellidos y nombres	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento
Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre			Femenino Masculino	D M A A A A A
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo <input type="text"/> Condición <input type="text"/>	32. Datos de residencia Municipio/Distrito Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Departamento Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS)
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS C B A B B B	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
--	---

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

35. Nombre o razón social Oulsoxring y Seosin Ltda	36. Tipo de documento de identificación Nit	37. Número del documento de identificación 900229503-2	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación Cra 21A # 35-99	6387575 Teléfono	recepcion@seosinltda.com Correo electrónico	Florclablanca Municipio/Distrito
			Santander Departamento

ORIGINAL EPS  
COPIA APORTANTE

M-PYGA-F001 V 2.0-2020

**SaludTotal** EPS-S

NIT 800.130.907-4

Las las instrucciones que se encuentran en el formulario antes de diligenciarlo

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

CONGO DE MARIAS

No. DE RADICACIÓN

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Apellido		Nombre		Fecha de nacimiento		Sexo	
Tipo de documento de identidad		Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		Fecha de nacimiento		42. Fecha	
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- ☒ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- ☒ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☒ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- ☒ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, apoderado o representante responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio
--	--

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: ☐ CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC
- Cantidad:  Total
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial	67. Datos del SISBEN	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje
			Nivel
70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Tipo documento de identidad		71. Firma del funcionario	
Número del documento de identidad			

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 EPS  
COPIA APORTANTE

M-PYGA-F001 V 2.0-2020



Medellín, 08 de Noviembre de 2021

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

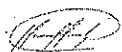
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de OUTSOURCING SEASIN LTDA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000005978 - CONTRATOS BARRANQUILLA 2, Clase de riesgo 2, Porcentaje de cotización 1.044%.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C1129525173	YANEZ ARANGO GLORIBET LORENA	09/11/2021		17423324	DEPENDIENTE

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](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C633517362131231488

Atentamente,



**Dirección de Afiliaciones y Recaudos**

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 08/11/2021 08:44:51.

Los trabajadores marcados con asterisco (\*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (\*\*) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.52.85.38, 198.143.41.25, 172.16.42.57





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

En su condición de administradora del  
**FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

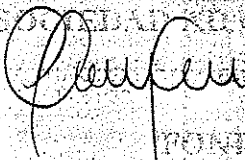
NIT 800.144.331-3

**CERTIFICA QUE:**

**GLORIBET LORENA YANES ARANGO**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.129.525.173**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Noviembre del 2021.

Cordialmente,

  
PORVENIR S.A.

Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:** **LORENA YANES ARANGO**

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.



GRANDE  
COMO UN  
SUEÑO

## FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES

Antes de diligenciar este formulario lea las instrucciones

Los espacios sombreados son para uso exclusivo de la caja.

- ☒ Trabajador ☐ Independiente ☐ Taxistas independientes  
☐ Aumento de personas a cargo ☐ Servicio doméstico ☐ Colombiano residente en el extranjero  
☐ Representante legal ☐ Madres comunitarias

Código empresa: NIT

Razón social empresa: outsourcing Soas SA SPA

NIT: 900229503-2

### DATOS DEL TRABAJADOR(A)

Documento: ☒ C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ P.E.P. ☐ Pasaporte ☐ Carné diplomático  
☐ Certificado cabilado ☐ TMF (Tarjeta Movilidad Fronteriza) ☐ Visa No. 1129525173

1er Apellido: Manes 2do Apellido: Arango

1er Nombre: Gloribel 2do Nombre: Lorena

Fecha de nacimiento: 19/11/1984 Sexo: ☒ Femenino ☐ Masculino Dirección de residencia: Cra 21 # 29-59

Barrio: Villa concha Municipio de residencia: Barranquilla

Teléfono: Celular: 3008508334 Tipo de discapacidad: ☒ Ninguna ☐ Física ☐ Cognitiva

Correo electrónico: Manes.Arango@hotmail.com

Nivel de escolaridad: ☐ Preescolar ☐ Básico adulto ☐ Tecnológico  
☐ Básico (1.º-5.º) ☐ Secundaria adulto ☐ Profesional universitario  
☐ Secundaria (6.º-9.º) ☐ Primera infancia ☐ Posgrado/Maestría  
☐ Media (10.º-11.º) ☐ Técnico ☐ Ninguno

Tipo de afiliado: ☒ Dependiente ☐ Por fidelidad ☐ Facultativo ☐ Con exención ☐ Voluntario

Estado civil: ☐ Casado (a) ☐ Unión libre ☐ Divorciado (a) ☐ Separado (a) ☐ Viudo (a) ☒ Soltero (a) (Nunca ha estado casado ni viudo en unión libre)

Municipio donde labora: Barranquilla Ocupación/Cargo: S. Generales

Fecha ingreso empresa: 9/11/2021 Salario básico o promedio: 908526 Horas laborales mes: 240 Centro de costos:

### DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERA(O) PERMANENTE

Documento: ☐ C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ P.E.P. ☐ Pasaporte ☐ Carné diplomático  
☐ Certificado cabilado ☐ TMF (Tarjeta Movilidad Fronteriza) ☐ Visa No.

1er Apellido: 2do Apellido:

1er Nombre: 2do Nombre:

Fecha de nacimiento: Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino Dirección de residencia:

Tipo de discapacidad: ☐ Ninguna ☐ Física ☐ Cognitiva Labora: ☐ SI ☐ NO Salario:

Empresa: Conviven: ☐ SI ☐ NO

Nivel de escolaridad: ☐ Preescolar ☐ Básico adulto ☐ Tecnológico  
☐ Básico (1.º-5.º) ☐ Secundaria adulto ☐ Profesional universitario  
☐ Secundaria (6.º-9.º) ☐ Primera infancia ☐ Posgrado/Maestría  
☐ Media (10.º-11.º) ☐ Técnico ☐ Ninguno

## DATOS SENSIBLES DEL TRABAJADOR - TIENE DERECHO DE CONTESTAR O NO ESTAS PREGUNTAS

### Factor de vulnerabilidad:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> Desplazado<br><input type="radio"/> Víctima del conflicto armado (No desplazado)<br><input type="radio"/> Desmovilizado o reinsertado<br><input type="radio"/> Hijo (a) de desmovilizados o reinsertados | <input type="radio"/> Damnificado por desastre natural<br><input type="radio"/> Cabeza de familia<br><input type="radio"/> Hijo (a) de madres cabeza de familia<br><input type="radio"/> En condición de discapacidad | <input type="radio"/> Población migrante<br><input type="radio"/> Población en zona de frontera (nacionales)<br><input type="radio"/> Ejercicio del trabajo sexual<br><input checked="" type="radio"/> No aplica |
|--|---|--|

### Pertenencia étnica:

- ☐ Afrocolombiano    ☐ Comunidad negra    ☐ Palenquero  
☐ Raíz del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina    ☐ Room/Gitano  
☒ No se autorreconoce en ninguno de los anteriores

### Orientación sexual:

- ☒ Heterosexual    ☐ Homosexual  
☐ Bisexual    ☐ No disponible

**Aviso de privacidad y autorización de tratamiento de datos por parte del afiliado para acceder a beneficios y/o como afiliado.** Entiende el AFILIADO que el aviso de privacidad dispuesto en la parte posterior, informa sobre las finalidades y tratamiento que por disposición legal debe realizar esta caja de compensación en el marco de las obligaciones que derivan del sistema de compensación familiar. El AFILIADO, mientras tenga tal calidad, a través de este aviso otorga su autorización expresa, informada e inequívoca para que esta caja de compensación remita información comercial, a través de los datos de contacto suministrados y/o resultado de actualizaciones, sobre los beneficios y descuentos a los que puede acceder como afiliado y/o beneficiario respecto de los servicios de educación, vivienda, recreación, salud, turismo, crédito, deporte, cultura, empleo que oferta esta organización a los afiliados. Para fines de crear valor y otorgar mejores beneficios a los afiliados y beneficiarios esta caja de compensación podrá realizar procesos de análisis de datos para un mejor conocimiento de los servicios y preferencias de los usuarios de estos. En aras de obtener mayor número de beneficios para los afiliados y beneficiarios es posible que esta organización celebre acuerdos comerciales con terceros como almacenes de cadena, establecimientos comerciales, establecimientos educativos, entre otros; caso en el cual estos deberán acceder a la información mencionada en esta cláusula para otorgarlos. Se informa que el pago de subsidios podrá realizarse a través de terceros. Es posible que esta organización y/o terceros mencionados para otorgar los descuentos y/o beneficios realicen consultas en bases de datos disponibles al público y en bases de datos de riesgo crediticio. El titular del dato en cualquier momento podrá ejercer el derecho al Habeas Data a través de las facultades de conocer, actualizar, rectificar, oponerse y/o suprimir su información; para ello podrá remitir comunicación electrónica al siguiente correo: [privacidad@comfamiliar.com.co](mailto:privacidad@comfamiliar.com.co) o dirigiendo una comunicación física a la siguiente dirección física: Calle 48 # 43 - 104 en la ciudad de Barranquilla. La Política de Privacidad puede ser consultada en el siguiente enlace web: [www.comfamiliar.com.co](http://www.comfamiliar.com.co) seleccionar política de privacidad o puede ser consultada en nuestras sedes.

*Gloribel Yanes*

FIRMA DEL TRABAJADOR  
C.C.

**Aviso de privacidad:** La CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFAMILIAR ATLÁNTICO comunica al trabajador que la información personal que trata de estos la realiza por autorización de ley en virtud de las normas que regulan el régimen de los diferentes subsidios a cargo de las cajas de compensación familiar y demás normas legales que aplican a la luz del sistema de compensación familiar vigente en Colombia. Es posible que durante la afiliación al sistema de compensación familiar, actualizaciones, reportes y cumplimiento de las obligaciones legales que derivan de este régimen, COMFAMILIAR ATLÁNTICO recolecte además datos sensibles y/o de niños, niñas y adolescentes menores de edad, caso en el cual se aplicarán las medidas de seguridad que este tipo de datos requiera; los cuales serán tratados de acuerdo con el principio de seguridad, confidencialidad y demás principios aplicables al tratamiento de datos personales consagrado en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y Ley Estatutaria 1266 de 2008, cuando esta última sea de aplicación. Los datos personales serán tratados para cumplir con las finalidades vinculadas al régimen de compensación familiar, así como para cumplir con las obligaciones originadas en relaciones contractuales resultado de la adquisición y prestación de los servicios que la ley está en capacidad de ofertar esta caja de compensación familiar. COMFAMILIAR ATLÁNTICO informa que podrá recolectar datos personales de carácter biométrico con el fin de verificar la identidad de quienes solicitan subsidio y así prevenir los fraudes que afectan al sistema de compensación familiar en detrimento de los dineros públicos que gestiona como caja de compensación familiar. En cumplimiento de las funciones delegadas a las cajas de compensación familiar estas podrán tratar datos personales vinculados al régimen de fomento al empleo - FOSFEC. En atención al principio de legalidad esta caja de compensación tiene como obligaciones suministrar información a las autoridades y terceros que intervienen en el sistema de compensación familiar para verificar el estado de la afiliación, gestión de subsidios, atención de PQRSFs, entre otras finalidades emparadas en un interés legítimo. Para los tratamientos y finalidades antes descritas COMFAMILIAR ATLÁNTICO podrá acudir a los datos personales de contacto suministrados por sus afiliados y beneficiarios, como pueden ser, correo electrónico, dirección física, teléfonos fijos o celulares, fax, entre otros, a través de los cuales podrá informar de manera verbal o escrita, usando cualquier tecnología presente o futura. Así mismo, cumpliendo las normas vigentes, se informa que los datos personales tratados en el marco de las finalidades vinculadas al sistema de compensación familiar y/o en relaciones contractuales podrán ser tratados directamente y/o a través de terceros, en condición de encargados del tratamiento de datos, en centro de datos ubicados dentro o fuera de Colombia, en territorios como Estados Unidos, Canadá, Europa, Latinoamérica u otros. Así mismo, para determinar la calidad y veracidad de los datos se podrán efectuar cruces de información con los entes del Estado, como lo es Catastro Municipal, Registraduría Civil, entre otros; y con otras cajas de compensación familiar, agremiaciones u otras entidades de protección social, en cumplimiento de las obligaciones de ley. El trabajador de manera expresa manifiesta, con la entrega de los datos que hace por los diferentes canales dispuestos por esta caja de compensación, que los mismos son exactos, ciertos y pertinentes, acorde con la finalidad de afiliación y/o actualización y/o reporte de novedades al sistema de compensación familiar. Para el ejercicio del Habeas Data, el titular del dato personal o quien demuestre un legítimo interés conforme lo señalado en la normatividad vigente, podrá hacerlo a través del siguiente correo electrónico: [privacidad@comfamiliar.com.co](mailto:privacidad@comfamiliar.com.co) o dirigiendo una comunicación a la siguiente dirección física: Calle 48 # 43 - 104 en la ciudad de Barranquilla. Quien ejerza el Habeas Data deberá suministrar con precisión los datos de contacto solicitados para efecto de tramitar, atender y responder su solicitud y desplegar las cargas para el ejercicio de sus derechos. Recibida la solicitud de ejercicio de Habeas Data, COMFAMILIAR ATLÁNTICO dará respuesta en los términos de ley.

*Gloribel Yanes*

FIRMA DEL TRABAJADOR  
C.C.

### OBLIGACIONES QUE SE CONTRAEN

El trabajador se obliga con Comfamiliar Atlántico, para que en el evento que se produzca la terminación del contrato laboral y esté haya recibido suma a buena cuenta del subsidio familiar, se le retendrá de su salario y prestaciones sociales las sumas adeudadas a la caja, para la cual el trabajador autoriza, al firmar este documento. Para todos los efectos legales certifico a que este formulario contiene una verdadera y completa información sobre los hijos, cónyuge o compañera (o), padres y hermanos.

*Gloribel Yanes*

FIRMA DEL TRABAJADOR  
C.C.

### DIRECCIÓN DE LA EMPRESA

El empleador se obliga con Comfamiliar Atlántico, para que el evento que se produzca la terminación del contrato laboral con el trabajador beneficiario del subsidio y este haya recibido suma a buena cuenta del subsidio familiar, le retendrá de su salario y prestaciones las sumas adeudadas a la caja.

*[Firma de la Empresa]*  
FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA  
AFILIACIONES

### RECIBIDO:

AAAA - MM - DD

**SaludTotal** EPS-S

NIT 800.130.907-4

Los datos personales que se ingresan en este formulario son de carácter obligatorio

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

CÓDIGO DE BARRAS /

Nº. DE RADICACIÓN

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	A. Individual: <input checked="" type="checkbox"/> Cotizante o Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> Beneficiario o afiliado adicional C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>	A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	

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

6. Apellidos y nombres	7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
Troya Silvera Oliver Ariel	CC	6497028	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	15/03/1973

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
	Tipo <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/>		
15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC	
Sura	parvenir	908526	
18. Residencia	19. Teléfono Fijo	20. Correo electrónico	
Calle 15 # 69-41	3135134322	oliver.troya@gmail.com	
Palmar de Varela	Urbano <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Atlántico	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres	20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
			Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	

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

24. Apellidos y nombres	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento
Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre			Femenino Masculino	
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	32. Datos de residencia	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS)
B1		Tipo <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/>	Municipio/Distrito Zona Urbano Rural Departamento Teléfono Fijo y/o celular	
B2				
B3				
B4				
B5				

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	
B	
A	

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Outsourcing Season Ltda	NIT	400229503-2	
39. Ubicación	40. Teléfono	41. Correo electrónico	42. Municipio/Distrito
Cra 21A # 35-94	6367575	recepcao@seasonlim	Florencia
Dirección			Departamento
			San Jerónimo

ORIGINAL EPS  
COPIA APORTANTE

M-PYGA-F001 V 2.0-2020

**SaludTotal** EPS-S

NIT 800.130.907-4

Las inscripciones deben realizarse antes de formular este documento

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

CÓDIGO DE BARRAS

No. DE RADICACIÓN

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.  | <input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas     |
| <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.  | <input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas |
| <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad.   | <input type="checkbox"/> 13. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo                    |
| <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.                                    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado                                     |
| <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS.  | <input type="checkbox"/> 14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen                            |
| Código <input type="text"/>   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen                                      |
| <input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS.  | <input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento.  |
| <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.                                  | <input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante.                                  |
| <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.                                  | <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.                                       |
| <input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.                   | <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado.   |
| <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando. |   |

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD


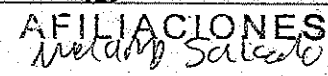
41. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad <input type="text"/>		Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de nacimiento <input type="text"/>
43. EPS anterior <input type="text"/>	44. Motivo de traslado Código <input type="text"/>	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones <input type="text"/>	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- ☒ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- ☒ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☒ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- ☒ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio
---	--

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: ☐ CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC  
Cantidad:  Total:
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio <input type="text"/> Código del departamento <input type="text"/>	67. Datos del SISBEN Número de ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/>	68. Fecha de radicación <input type="text"/>	69. Fecha de validación <input type="text"/>
--	--	--	--

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo documento de identidad <input type="text"/>	Número del documento de identidad <input type="text"/>	71. Firma del funcionario <input type="text"/>
--	--	--

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 EPS  
COPIA APORTANTE

M-PYGA-F001 V 2.0-2020

Medellín, 08 de Noviembre de 2021

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

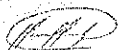
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de OUTSOURCING SEASIN LTDA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000005978 - CONTRATOS BARRANQUILLA 2, Clase de riesgo 2, Porcentaje de cotización 1.044%.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C8497028	TROYA SILVERA OLIVER ARIEL	09/11/2021		24124517	DEPENDIENTE

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](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C633517362131231536

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 08/11/2021 08:45:39.

Los trabajadores marcados con asterisco (\*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (\*\*) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.52.85.38, 198.143.41.25, 172.16.42.57





**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:**

**OLIVER ARIEL TROYA SILVERA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **8.497.028**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Noviembre del 2021.

Cordialmente,

  
SOCIEDAD ADMINISTRADORA  
FONDO DE PENSIONES

Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas; si presenta inconsistencias, ingrese a [www.porvenir.com.co](http://www.porvenir.com.co) y actualice su Historia Laboral.





GRANDE  
COMUNIDAD  
SUEÑOS

## FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES

Antes de diligenciar este formulario lea las instrucciones

Los espacios sombreados son para uso exclusivo de la caja.

- ☒ Trabajador  
☐ Aumento de personas a cargo  
☐ Representante legal
- ☐ Independiente  
☐ Servicio doméstico  
☐ Madres comunitarias
- ☐ Taxistas independientes  
☐ Colombiano residente en el extranjero

Código empresa:

NPT

Razón social empresa:

outsourcing SASSINUM

NIT: 900229303-2

### DATOS DEL TRABAJADOR(A)

Documento:

- ☒ C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ P.E.P. ☐ Pasaporte ☐ Carné diplomático  
☐ Certificado cabildo ☐ TMF (Tarjeta Movilidad Fronteriza) ☐ Visa

No. 8497028

1er Apellido:

Troya

2do Apellido:

Silbero

1er Nombre:

Oliver

2do Nombre:

Ariel

Fecha de nacimiento:

15/3/2021

Sexo:

- ☐ Femenino ☒ Masculino

Dirección de residencia:

calle 14 # 69-41

Barrio:

Municipio de residencia:

Palmar Varela.

Teléfono:

Celular:

3135134322

Tipo de discapacidad:

- ☒ Ninguna ☐ Física ☐ Cognitiva

Correo electrónico:

oliver-troya@gmail.com

Nivel de escolaridad:

- ☐ Preescolar ☐ Básico adulto ☐ Tecnológico  
☐ Básico (1.º- 5.º) ☐ Secundaria adulto ☐ Profesional universitario  
☐ Secundaria (6.º- 9.º) ☐ Primera infancia ☐ Posgrado/Maestría  
☐ Media (10.º- 11.º) ☐ Técnico ☐ Ninguno

Tipo de afiliado:

- ☒ Dependiente ☐ Por fidelidad ☐ Facultativo ☐ Con exención ☐ Voluntario

Estado civil:

- ☐ Casado (a) ☐ Unión libre ☐ Divorciado (a) ☐ Separado (a) ☐ Viudo (a) ☒ Soltero (a) (Nunca ha estado casado ni unido en unión libre)

Municipio donde labora:

Malambo

Ocupación/Cargo:

serv general

Fecha ingreso empresa:

2021 11 09

Salario básico o promedio:

906526

Horas laborales mes:

240

Centro de costos:

### DATOS CONYUGE O COMPAÑERA(O) PERMANENTE

Documento:

- ☐ C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ P.E.P. ☐ Pasaporte ☐ Carné diplomático  
☐ Certificado cabildo ☐ TMF (Tarjeta Movilidad Fronteriza) ☐ Visa

No.

1er Apellido:

2do Apellido:

1er Nombre:

2do Nombre:

Fecha de nacimiento:

Sexo:

- ☐ Femenino ☐ Masculino

Dirección de residencia:

Tipo de discapacidad:

- ☐ Ninguna ☐ Física ☐ Cognitiva

Labora:

- ☐ SI ☐ NO

Salario:

Empresa:

Conviven:

- ☐ SI ☐ NO

Nivel de escolaridad:

- ☐ Preescolar ☐ Básico adulto ☐ Tecnológico  
☐ Básico (1.º- 5.º) ☐ Secundaria adulto ☐ Profesional universitario  
☐ Secundaria (6.º- 9.º) ☐ Primera infancia ☐ Posgrado/Maestría  
☐ Media (10.º- 11.º) ☐ Técnico ☐ Ninguno

# **DATOS SENSIBLES DEL TRABAJADOR - TIENE DERECHO DE CONTESTAR O NO ESTAS PREGUNTAS**

## **Factor de vulnerabilidad:**

- ☐ Desplazado  
☐ Víctima del conflicto armado (No desplazado)  
☐ Desmovilizado o reinsertado  
☐ Hijo (a) de desmovilizados o reinsertados  
☐ Damnificado por desastre natural  
☐ Cabeza de familia  
☐ Hijo (a) de madres cabeza de familia  
☐ En condición de discapacidad  
☐ Población migrante  
☐ Población en zona de frontera (nacionales)  
☐ Ejercicio del trabajo sexual  
☒ No aplica

## **Pertenencia étnica:**

- ☐ Afrocolombiano  
☐ Comunidad negra  
☐ Palenquero  
☐ Raíz del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina  
☐ Room/Gitano  
☒ No se autorreconoce en ninguno de los anteriores

## **Orientación sexual:**

- ☒ Heterosexual  
☐ Homosexual  
☐ Bisexual  
☐ No disponible

**Aviso de privacidad y autorización de tratamiento de datos por parte del afiliado para acceder a beneficios y/o como afiliado.** Entiende el AFILIADO que el aviso de privacidad dispuesto en la parte posterior, informa sobre las finalidades y tratamiento que por disposición legal debe realizar esta caja de compensación en el marco de las obligaciones que derivan del sistema de compensación familiar. El AFILIADO, mientras tenga tal calidad, a través de este aviso otorga su autorización expresa, informada e inequívoca para que esta caja de compensación remita información comercial, a través de los datos de contacto suministrados y/o resultado de actualizaciones, sobre los beneficios y descuentos a los que puede acceder como afiliado y/o beneficiario respecto de los servicios de educación, vivienda, recreación, salud, turismo, crédito, deporte, cultura, empleo que oferta esta organización a los afiliados. Para fines de crear valor y otorgar mejores beneficios a los afiliados y beneficiarios esta caja de compensación podrá realizar procesos de análisis de datos para un mejor conocimiento de los servicios y preferencias de los usuarios de estos. En aras de obtener mayor número de beneficios para los afiliados y beneficiarios es posible que esta organización celebre acuerdos comerciales con terceros como almacenes de cadena, establecimientos comerciales, establecimientos educativos, entre otros; caso en el cual estos deberán acceder a la información mencionada en esta cláusula para otorgarlos. Se informa que el pago de subsidios podrá realizarse a través de terceros. Es posible que esta organización y/o terceros mencionados para otorgar los descuentos y/o beneficios realicen consultas en bases de datos disponibles al público y en bases de datos de riesgo crediticio. El titular del dato en cualquier momento podrá ejercer el derecho al Habeas Data a través de las facultades de conocer, actualizar, rectificar, oponerse y/o suprimir su información; para ello podrá remitir comunicación electrónica al siguiente correo: [privacidad@comfamiliar.com.co](mailto:privacidad@comfamiliar.com.co) o dirigiendo una comunicación física a la siguiente dirección física: Calle 48 # 43 - 104 en la ciudad de Barranquilla. La Política de Privacidad puede ser consultada en el siguiente enlace web: [www.comfamiliar.com.co](http://www.comfamiliar.com.co) seleccionar política de privacidad o puede ser consultada en nuestras sedes.

*Oliver t.*

FIRMA DEL TRABAJADOR  
C.C.

**Aviso de privacidad:** La CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFAMILIAR ATLÁNTICO comunica al trabajador que la información personal que trata de estos la realiza por autorización de ley en virtud de las normas que regulan el régimen de los diferentes subsidios a cargo de las cajas de compensación familiar y demás normas legales que aplican a la luz del sistema de compensación familiar vigente en Colombia. Es posible que durante la afiliación al sistema de compensación familiar, actualizaciones, reportes y cumplimiento de las obligaciones legales que derivan de este régimen, COMFAMILIAR ATLÁNTICO recolecte además datos sensibles y/o de niños, niñas y adolescentes menores de edad, caso en el cual se aplicarán las medidas de seguridad que este tipo de datos requiera; los cuales serán tratados de acuerdo con el principio de seguridad, confidencialidad y demás principios aplicables al tratamiento de datos personales consagrado en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y Ley Estatutaria 1266 de 2008, cuando esta última sea de aplicación. Los datos personales serán tratados para cumplir con las finalidades vinculadas al régimen de compensación familiar, así como para cumplir con las obligaciones originadas en relaciones contractuales resultado de la adquisición y prestación de los servicios que la ley está en capacidad de ofertar esta caja de compensación familiar. COMFAMILIAR ATLÁNTICO informa que podrá recolectar datos personales de carácter biométrico con el fin de verificar la identidad de quienes solicitan subsidio y así prevenir los fraudes que afectan al sistema de compensación familiar en detrimento de los dineros públicos que gestiona como caja de compensación familiar. En cumplimiento de las funciones delegadas a las cajas de compensación familiar estas podrán tratar datos personales vinculados al régimen de fomento al empleo - FOSFEC. En atención al principio de legalidad esta caja de compensación tiene como obligaciones suministrar información a las autoridades y terceros que intervienen en el sistema de compensación familiar para verificar el estado de la afiliación, gestión de subsidios, atención de PQRSF's, entre otras finalidades amparadas en un interés legítimo. Para los tratamientos y finalidades antes descritas COMFAMILIAR ATLÁNTICO podrá acudir a los datos personales de contacto suministrados por sus afiliados y beneficiarios, como pueden ser, correo electrónico, dirección física, teléfonos fijos o celulares, fax, entre otros, a través de los cuales podrá informar de manera verbal o escrita, usando cualquier tecnología presente o futura. Así mismo, cumpliendo las normas vigentes, se informa que los datos personales tratados en el marco de las finalidades vinculadas al sistema de compensación familiar y/o en relaciones contractuales podrán ser tratados directamente y/o a través de terceros, en condición de encargados del tratamiento de datos, en centro de datos ubicados dentro o fuera de Colombia, en territorios como Estados Unidos, Canadá, Europa, Latinoamérica u otros. Así mismo, para determinar la calidad y veracidad de los datos se podrán efectuar cruces de información con los entes del Estado, como lo es Catastro Municipal, Registraduría Civil, entre otros; y con otras cajas de compensación familiar, agremiaciones u otras entidades de protección social, en cumplimiento de las obligaciones de ley. El trabajador de manera expresa manifiesta, con la entrega de los datos que hace por los diferentes canales dispuestos por esta caja de compensación, que los mismos son exactos, ciertos y pertinentes, acorde con la finalidad de afiliación y/o actualización y/o reporte de novedades al sistema de compensación familiar. Para el ejercicio del Habeas Data, el titular del dato personal o quien demuestre un legítimo interés conforme lo señalado en la normatividad vigente, podrá hacerlo a través del siguiente correo electrónico: [privacidad@comfamiliar.com.co](mailto:privacidad@comfamiliar.com.co) o dirigiendo una comunicación a la siguiente dirección física: Calle 48 # 43 - 104 en la ciudad de Barranquilla. Quien ejerza el Habeas Data deberá suministrar con precisión los datos de contacto solicitados para efecto de tramitar, atender y responder su solicitud y desplegar las cargas para el ejercicio de sus derechos. Recibida la solicitud de ejercicio de Habeas Data, COMFAMILIAR ATLÁNTICO dará respuesta en los términos de ley.

*Oliver t.*

FIRMA DEL TRABAJADOR  
C.C.

## **OBLIGACIONES QUE SE CONTRAEN**

El trabajador se obliga con Comfamiliar Atlántico, para que en el evento que se produzca la terminación del contrato laboral y este haya recibido suma a buena cuenta del subsidio familiar, se le retendrá de su salario y prestaciones sociales las sumas adeudadas a la caja, para la cual el trabajador autoriza, al firmar este documento. Para todos los efectos legales certifico a que este formulario contiene una verdadera y completa información sobre los hijos, cónyuge o compañera (o), padres y hermanos.

*Oliver t.*

FIRMA DEL TRABAJADOR  
C.C.

## **DIRECCIÓN DE LA EMPRESA**

El empleador se obliga con Comfamiliar Atlántico, para que en el evento que se produzca la terminación del contrato laboral con el trabajador beneficiario del subsidio y este haya recibido suma a buena cuenta del subsidio familiar, le retendrá de su salario y prestaciones las sumas adeudadas a la caja.

*[Firma de la Empresa]*  
FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA EMPRESA  
NIT: 900.229.503-2

## **RECIBIDO:**

AAAA - MM - DD

ORIGINAL: E.P.S.

1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación

Fecha de Radicación

D D M M A A A A

NT 805.006.391-7

Las las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite

A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒

4. Tipo de afiliado

A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

6. Apellidos y nombres

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad

8. Número del documento de identidad

9. Sexo

Femenino ☐ Masculino ☒

10. Fecha de nacimiento

D D M M A A A A

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

11. Etnia

12. Discapacidad

13. Puntaje SISBEN

14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL

16. Administradora de Pensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC

18. Residencia

19. Apellidos y nombres

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad

21. Número del documento de identidad

22. Sexo

Femenino ☐ Masculino ☐

23. Fecha de nacimiento

D D M M A A A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

24. Apellidos y nombres

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

25. Tipo de documento de identidad

26. Número del documento de identidad

27. Sexo

Femenino ☐ Masculino ☐

28. Fecha de nacimiento

D D M M A A A A

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

29. Apellidos y nombres

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

30. Tipo de documento de identidad

31. Número del documento de identidad

32. Sexo

Femenino ☐ Masculino ☐

33. Fecha de nacimiento

D D M M A A A A

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

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS

35. Tipo de documento de identidad

36. Número del documento de identificación

37. Tipo de aportante o responsable de pensiones (a registrar por la EPS)

38. Ubicación

39. Dirección

40. Teléfono

41. Correo electrónico

42. Municipio/Distrito

43. Departamento

2a. COPIA: AFILIADO

- ORIGINAL: E.P.S. -

- 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -



# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

## B. REPORTE DE NOVEDADES

### 40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS.  
Código
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS.
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- ☐ 10. Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.

- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☒ 13. Movilidad: ☒ A. Régimen Contributivo.  
☐ B. Régimen Subsidiado.
- ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen.  
☐ B. Diferente Régimen.
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento.
- ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

### VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

#### 41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad <input type="text"/>		Fecha de nacimiento	42. Fecha
Número del documento de identidad		Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	U B M F A A A A A A 09/11/2021
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código <input type="text"/>	
		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

### VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ 49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- ☒ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- ☒ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☒ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- ☒ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

### VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario <i>Ronald de la rosa</i>	55. El empleador, apointante o entidad responsable de la afiliación colectiva <i>Outsourcing</i>
--	---

### IX. ANEXOS

- ☒ 56. Anexo copia del documento de identidad: ☒ CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ GE ☐ CD ☐ SC  
Cantidad:  Total
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

### X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio <input type="text"/> Código del departamento <input type="text"/>	67. Datos del SISBÉN Número de ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/>	68. Fecha de ratificación D B M A A A A A 09/11/2021	69. Fecha de validación D B M A A A A A 09/11/2021
70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer apellido <input type="text"/> Segundo apellido <input type="text"/> Tipo documento de identidad <input type="text"/> Número del documento de identidad <input type="text"/>		71. Firma del funcionario Primer nombre <input type="text"/> Segundo nombre <input type="text"/>	

### 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.

- 2a. COPIA: AFILIADO -

Página 2 de 2  
09/2010

Medellín, 08 de Noviembre de 2021

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

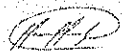
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de OUTSOURCING SEASIN LTDA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000005978 - CONTRATOS BARRANQUILLA 2, Clase de riesgo 2, Porcentaje de cotización 1.044%.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C72097402	DE LA ROSA SOLANO, RONALD JOSE	09/11/2021		15022814	DEPENDIENTE

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](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C633517362131231500

Atentamente,



**Dirección de Afiliaciones y Recaudos**

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 08/11/2021 08:45:03.

Los trabajadores marcados con asterisco (\*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (\*\*) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.52.85.38, 198.143.41.25, 172.16.42.57





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

En su condición de administradora del  
**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

TEL: 800.224.808-8

que de conformidad con la Ley 100 de 1993 y la Ley 1273 de 2002, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.

**CERTIFICA QUE:**

**RONALD JOSE DE LA ROSA SOLANO**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **72.097.402**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Noviembre del 2021.

Cordialmente,

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS**  
**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS**

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.



GRANDE  
COMO LOS  
SUEÑOS

## FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES

Antes de diligenciar este formulario lea las instrucciones

Los espacios sombreados son para uso exclusivo de la caja.

- ☒ Trabajador  
☐ Aumento de personas a cargo  
☐ Representante legal  
☐ Independiente  
☐ Servicio doméstico  
☐ Madres comunitarias  
☐ Taxistas independientes  
☐ Colombiano residente en el extranjero

Código empresa: **NPT**

Razón social empresa: **outsourcing SSSIN LTD** NIT: **900229503-2**

### DATOS DEL TRABAJADOR(A)

Documento: ☒ C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ P.E.P. ☐ Pasaporte ☐ Carné diplomático  
☐ Certificado cabildo ☐ TMF (Tarjeta Movilidad Fronteriza) ☐ Visa No. **72097402**

1er Apellido: **Dela rosa** 2do Apellido: **Solano**

1er Nombre: **Ronald** 2do Nombre: **Jose**

Fecha de nacimiento: **04/01/1975** Sexo: ☐ Femenino ☒ Masculino Dirección de residencia: **cra 1B# 17-37**

Barrio: **Barranquilla** Municipio de residencia: **Barranquilla**

Teléfono: **3004554355** Celular: **3004554355** Tipo de discapacidad: ☒ Ninguna ☐ Física ☐ Cognitiva

Correo electrónico: **ronaldjase04@hotmail.com**

Nivel de escolaridad: ☐ Preescolar ☐ Básico adulto ☐ Tecnológico  
☐ Básico (1.º-5.º) ☐ Secundaria adulto ☐ Profesional universitario  
☐ Secundaria (6.º-9.º) ☐ Primera infancia ☐ Posgrado/Maestría  
☐ Media (10.º-11.º) ☐ Técnico ☐ Ninguno

Tipo de afiliado: ☒ Dependiente ☐ Por fidelidad ☐ Facultativo ☐ Con exención ☐ Voluntario

Estado civil: ☐ Casado (a) ☐ Unión libre ☐ Divorciado (a) ☐ Separado (a) ☐ Viudo (a) ☒ Soltero (a) (Nunca ha estado casado ni unido en unión libre)

Municipio donde labora: **Malambo** Ocupación/Cargo: **Serv. Generales**

Fecha ingreso empresa: **2021 M 09** Salario básico o promedio: **906526** Horas laborales mes: **240** Centro de costos:

### DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERA(O) PERMANENTE

Documento: ☐ C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ P.E.P. ☐ Pasaporte ☐ Carné diplomático  
☐ Certificado cabildo ☐ TMF (Tarjeta Movilidad Fronteriza) ☐ Visa No. \_\_\_\_\_

1er Apellido: \_\_\_\_\_ 2do Apellido: \_\_\_\_\_

1er Nombre: \_\_\_\_\_ 2do Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino Dirección de residencia: \_\_\_\_\_

Tipo de discapacidad: ☐ Ninguna ☐ Física ☐ Cognitiva Labora: ☐ SI ☐ NO Salario: \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_ Conviven: ☐ SI ☐ NO

Nivel de escolaridad: ☐ Preescolar ☐ Básico adulto ☐ Tecnológico  
☐ Básico (1.º-5.º) ☐ Secundaria adulto ☐ Profesional universitario  
☐ Secundaria (6.º-9.º) ☐ Primera infancia ☐ Posgrado/Maestría  
☐ Media (10.º-11.º) ☐ Técnico ☐ Ninguno



# **DATOS SENSIBLES DEL TRABAJADOR - TIENE DERECHO DE CONTESTAR O NO ESTAS PREGUNTAS**

## **Factor de vulnerabilidad:**

- ☐ Desplazado      ☐ Damnificado por desastre natural/Cabeza de familia      ☐ Población migrante  
☐ Víctima del conflicto armado (No desplazado)      ☐ Cabeza de familia      ☐ Población en zona de frontera (nacionales)  
☐ Desmovilizado o reinsertado      ☐ Hijo (a) de madres cabeza de familia      ☐ Ejercicio del trabajo sexual  
☐ Hijo (a) de desmovilizados o reinsertados      ☐ En condición de discapacidad      ☒ No aplica

## **Pertenencia étnica:**

- ☐ Afrocolombiano    ☐ Comunidad negra    ☐ Palenquero  
☐ Raíz del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina    ☐ Room/Gitano  
☒ No se autorreconoce en ninguno de los anteriores

## **Orientación sexual:**

- ☒ Heterosexual    ☐ Homosexual  
☐ Bisexual    ☐ No disponible

**Aviso de privacidad y autorización de tratamiento de datos por parte del afiliado para acceder a beneficios y/o como afiliado.** Entiende el AFILIADO que el aviso de privacidad dispuesto en la parte posterior, informa sobre las finalidades y tratamiento que por disposición legal debe realizar esta caja de compensación en el marco de las obligaciones que derivan del sistema de compensación familiar. El AFILIADO, mientras tenga tal calidad, a través de este aviso otorga su autorización expresa, informada e inequívoca para que esta caja de compensación remita información comercial, a través de los datos de contacto suministrados y/o resultado de actualizaciones, sobre los beneficios y descuentos a los que puede acceder como afiliado y/o beneficiario respecto de los servicios de educación, vivienda, recreación, salud, turismo, crédito, deporte, cultura, empleo que oferta esta organización a los afiliados. Para fines de crear valor y otorgar mejores beneficios a los afiliados y beneficiarios esta caja de compensación podrá realizar procesos de análisis de datos para un mejor conocimiento de los servicios y preferencias de los usuarios de estos. En aras de obtener mayor número de beneficios para los afiliados y beneficiarios es posible que esta organización celebre acuerdos comerciales con terceros como almacenes de cadena, establecimientos comerciales, establecimientos educativos, entre otros; caso en el cual estos deberán acceder a la información mencionada en esta cláusula para otorgarlos. Se informa que el pago de subsidios podrá realizarse a través de terceros. Es posible que esta organización y/o terceros mencionados para otorgar los descuentos y/o beneficios realicen consultas en bases de datos disponibles al público y en bases de datos de riesgo crediticio. El titular del dato en cualquier momento podrá ejercer el derecho al Habeas Data a través de las facultades de conocer, actualizar, rectificar, oponerse y/o suprimir su información; para ello podrá remitir comunicación electrónica al siguiente correo: [privacidad@comfamiliar.com.co](mailto:privacidad@comfamiliar.com.co) o dirigiendo una comunicación física a la siguiente dirección física: Calle 48 # 43 - 104 en la ciudad de Barranquilla. La Política de Privacidad puede ser consultada en el siguiente enlace web: [www.comfamiliar.com.co](http://www.comfamiliar.com.co) seleccionar política de privacidad o puede ser consultada en nuestras sedes.

*Ronald De la rosa*

FIRMA DEL TRABAJADOR  
C.C.

**Aviso de privacidad:** La CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFAMILIAR ATLÁNTICO comunica al trabajador que la información personal que trata de estos la realiza por autorización de ley en virtud de las normas que regulan el régimen de los diferentes subsidios a cargo de las cajas de compensación familiar y demás normas legales que aplican a la luz del sistema de compensación familiar vigente en Colombia. Es posible que durante la afiliación al sistema de compensación familiar, actualizaciones, reportes y cumplimiento de las obligaciones legales que derivan de este régimen, COMFAMILIAR ATLÁNTICO recolecte además datos sensibles y/o de niños, niñas y adolescentes menores de edad, caso en el cual se aplicarán las medidas de seguridad que este tipo de datos requiera; los cuales serán tratados de acuerdo con el principio de seguridad, confidencialidad y demás principios aplicables al tratamiento de datos personales consagrado en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y Ley Estatutaria 1266 de 2008, cuando esta última sea de aplicación. Los datos personales serán tratados para cumplir con las finalidades vinculadas al régimen de compensación familiar, así como para cumplir con las obligaciones originadas en relaciones contractuales resultado de la adquisición y prestación de los servicios que la ley está en capacidad de ofertar esta caja de compensación familiar. COMFAMILIAR ATLÁNTICO informa que podrá recolectar datos personales de carácter biométrico con el fin de verificar la identidad de quienes solicitan subsidio y así prevenir los fraudes que afectan al sistema de compensación familiar en detrimento de los dineros públicos que gestiona como caja de compensación familiar. En cumplimiento de las funciones delegadas a las cajas de compensación familiar estas podrán tratar datos personales vinculados al régimen de fomento al empleo - FOSPEC. En atención al principio de legalidad esta caja de compensación tiene como obligaciones suministrar información a las autoridades y terceros que intervienen en el sistema de compensación familiar para verificar el estado de la afiliación, gestión de subsidios, atención de PQRSF's, entre otras finalidades amparadas en un interés legítimo. Para los tratamientos y finalidades antes descritas COMFAMILIAR ATLÁNTICO podrá acudir a los datos personales de contacto suministrados por sus afiliados y beneficiarios, como pueden ser, correo electrónico, dirección física, teléfonos fijos o celulares, fax, entre otros, a través de los cuales podrá informar de manera verbal o escrita, usando cualquier tecnología presente o futura. Así mismo, cumpliendo las normas vigentes, se informa que los datos personales tratados en el marco de las finalidades vinculadas al sistema de compensación familiar y/o en relaciones contractuales podrán ser tratados directamente y/o a través de terceros, en condición de encargados del tratamiento de datos, en centro de datos ubicados dentro o fuera de Colombia, en territorios como Estados Unidos, Canadá, Europa, Latinoamérica u otros. Así mismo, para determinar la calidad y veracidad de los datos se podrán efectuar cruces de información con los entes del Estado, como lo es Catastro Municipal, Registraduría Civil, entre otros; y con otras cajas de compensación familiar, agremiaciones u otras entidades de protección social, en cumplimiento de las obligaciones de ley. El trabajador de manera expresa manifiesta, con la entrega de los datos que hace por los diferentes canales dispuestos por esta caja de compensación, que los mismos son exactos, ciertos y pertinentes, acorde con la finalidad de afiliación y/o actualización y/o reporte de novedades al sistema de compensación familiar. Para el ejercicio del Habeas Data, el titular del dato personal o quien demuestre un legítimo interés conforme lo señalado en la normatividad vigente, podrá hacerlo a través del siguiente correo electrónico: [privacidad@comfamiliar.com.co](mailto:privacidad@comfamiliar.com.co) o dirigiendo una comunicación a la siguiente dirección física: Calle 48 # 43 - 104 en la ciudad de Barranquilla. Quien ejerza el Habeas Data deberá suministrar con precisión los datos de contacto solicitados para efecto de tramitar, atender y responder su solicitud y desplegar las cargas para el ejercicio de sus derechos. Recibida la solicitud de ejercicio de Habeas Data, COMFAMILIAR ATLÁNTICO dará respuesta en los términos de ley.

*Ronald de la rosa*

FIRMA DEL TRABAJADOR  
C.C.

## **OBLIGACIONES QUE SE CONTRAEN**

El trabajador se obliga con Comfamiliar Atlántico, para que en el evento que se produzca la terminación del contrato laboral y este haya recibido suma a buena cuenta del subsidio familiar, se le retendrá de su salario y prestaciones sociales las sumas adeudadas a la caja, para la cual el trabajador autoriza, al firmar este documento. Para todos los efectos legales certifico a que este formulario contiene una verdadera y completa información sobre los hijos, cónyuge o compañera (o), padres y hermanos.

*Ronald de la rosa*

FIRMA DEL TRABAJADOR  
C.C.

## **DIRECCIÓN DE LA EMPRESA**

El empleador se obliga con Comfamiliar Atlántico, para que en el evento que se produzca la terminación del contrato laboral con el trabajador beneficiario del subsidio y este haya recibido suma a buena cuenta del subsidio familiar, le retendrá de su salario y prestaciones las sumas adeudadas a la caja.

*OUTSOURCING  
SEASIN LTDA  
NIT 900.129.603-2*

FIRMA DEL EMPLEADOR  
TELÉFONO:

## **RECIBIDO:**

AAAA - MM - DD



NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 08/11/2021, el empleador SERVICIOS DE ASEO CAFETERIA Y MANTENIMIENTO identificado con NIT número 900229503 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
3839888	08/11/2021	Reingresos

DETALLE

TIPO IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1048221246	DAMIANY ANDRÉS VEGA MOLINA	908526	AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES	2021-11-09

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 8 días del mes de Noviembre del año 2021.

Cordialmente,

El 08/11/2021, el empleador SERVICIOS DE ASEO CAFETERIA Y MANTENIMIENTO identificado con NIT número 900229503 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN: 3839888 FECHA: 08/11/2021

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva EPS

TIPO IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1048221246	DAMIANY ANDRÉS VEGA MOLINA

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 8 días del mes de Noviembre del año 2021.

Medellín, 08 de Noviembre de 2021

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

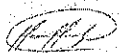
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de OUTSOURCING SEASIN LTDA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000005978 - CONTRATOS BARRANQUILLA 2, Clase de riesgo 2, Porcentaje de cotización 1.044%.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C1048221246	VEGA MOLINA DAMIANY ANDRES	09/11/2021		195E6024	DEPENDIENTE

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](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C633517362131231493

Atentamente,



**Dirección de Afiliaciones y Recaudos**

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 08/11/2021 08:44:56.

Los trabajadores marcados con asterisco (\*) son afiliados independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (\*\*) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.52.85.38, 198.143.41.25, 172.16.42.57



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

En su condición de administradora del  
**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir. N° 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**DAMIANY ANDRES VEGA MOLINA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.048.221.246**,  
se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Noviembre del 2021.

Cordialmente,

SOCIEDAD ADMINISTRADORA

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.



GRANDE  
COMO UN  
SUEÑO

## FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES

Antes de diligenciar este formulario lea las instrucciones

Los espacios sombreados son para uso exclusivo de la caja.

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Trabajador-                 | <input type="radio"/> Independiente       | <input type="radio"/> Taxistas independientes               |
| <input type="radio"/> Aumento de personas a cargo | <input type="radio"/> Servicio doméstico  | <input type="radio"/> Colombiano residente en el extranjero |
| <input type="radio"/> Representante legal         | <input type="radio"/> Madres comunitarias |   |

Código empresa:

Razón social empresa: Outsourcing Seasm Ltda

NIT: 900224503-2

### DATOS DEL TRABAJADOR(A)

Documento: <input checked="" type="radio"/> C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> P.E.P. <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Carné diplomático			No. 1048221246
<input type="radio"/> Certificado cabildo <input type="radio"/> TMF (Tarjeta Movilidad Fronteriza) <input type="radio"/> Visa			
1er Apellido: Vega		2do Apellido: Molina	
1er Nombre: Damiany		2do Nombre: Andres	
Fecha de nacimiento: 05-07-1997	Sexo: <input type="radio"/> Femenino <input checked="" type="radio"/> Masculino	Dirección de residencia: calle 16 n° 24-23	
Barrio: España		Municipio de residencia: Baranoa	
Teléfono:	Celular: 322 547 1389	Tipo de discapacidad: <input checked="" type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Física <input type="radio"/> Cognitiva	
Correo electrónico: damianyvega24@gmail.com			
Nivel de escolaridad: <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Básico adulto <input type="radio"/> Tecnológico <input type="radio"/> Básico (1.º- 5.º) <input checked="" type="radio"/> Secundaria adulto <input type="radio"/> Profesional universitario <input type="radio"/> Secundaria (6.º- 9.º) <input type="radio"/> Primera infancia <input type="radio"/> Posgrado/Maestría <input type="radio"/> Media (10.º- 11.º) <input type="radio"/> Técnico <input type="radio"/> Ninguno			
Tipo de afiliado: <input checked="" type="radio"/> Dependiente <input type="radio"/> Por fidelidad <input type="radio"/> Facultativo <input type="radio"/> Con exención <input type="radio"/> Voluntario			
Estado civil: <input type="radio"/> Casado (a) <input checked="" type="radio"/> Unión libre <input type="radio"/> Divorciado (a) <input type="radio"/> Separado (a) <input type="radio"/> Viudo (a) <input type="radio"/> Soltero (a) (Nunca ha estado casado ni vivido en unión libre)			
Municipio donde labora: Malambo		Ocupación/Cargo: Serv. Generales	
Fecha ingreso empresa: 2021 11 09	Salario básico o promedio: 906526	Horas laborales mes: 240	Centro de costos:

### DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERA(O) PERMANENTE

Documento: <input type="radio"/> C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> P.E.P. <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Carné diplomático			No. _____
<input type="radio"/> Certificado cabildo <input type="radio"/> TMF (Tarjeta Movilidad Fronteriza) <input type="radio"/> Visa			
1er Apellido:		2do Apellido:	
1er Nombre:		2do Nombre:	
Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino	Dirección de residencia:	
Tipo de discapacidad: <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Física <input type="radio"/> Cognitiva	Labora: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Salario:	
Empresa:		Conviven: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
Nivel de escolaridad: <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Básico adulto <input type="radio"/> Tecnológico <input type="radio"/> Básico (1.º- 5.º) <input type="radio"/> Secundaria adulto <input type="radio"/> Profesional universitario <input type="radio"/> Secundaria (6.º- 9.º) <input type="radio"/> Primera infancia <input type="radio"/> Posgrado/Maestría <input type="radio"/> Media (10.º- 11.º) <input type="radio"/> Técnico <input type="radio"/> Ninguno			



# **DATOS SENSIBLES DEL TRABAJADOR - TIENE DERECHO DE CONTESTAR O NO ESTAS PREGUNTAS**

## **Factor de vulnerabilidad:**

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="radio"/> Desplazado                                   | <input type="radio"/> Dañificado por desastre natural      | <input type="radio"/> Cabeza de familia                    | <input type="radio"/> Población migrante                         |
| <input type="radio"/> Víctima del conflicto armado (No desplazado) | <input type="radio"/> Cabeza de familia                    | <input type="radio"/> Hijo (a) de madres cabeza de familia | <input type="radio"/> Población en zona de frontera (nacionales) |
| <input type="radio"/> Desmovilizado o reinsertrado                 | <input type="radio"/> Hijo (a) de madres cabeza de familia | <input type="radio"/> En condición de discapacidad         | <input type="radio"/> Ejercicio del trabajo sexual               |
| <input type="radio"/> Hijo (a) de desmovilizados o reinsertrados   | <input type="radio"/> En condición de discapacidad         | <input checked="" type="radio"/> No aplica                 |  |

## **Pertenencia étnica:**

- ☐ Afrocolombiano   ☐ Comunidad negra   ☐ Palenquero  
☐ Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina   ☐ Room/Gitano  
☒ No se autorreconoce en ninguno de los anteriores

## **Orientación sexual:**

- ☒ Heterosexual   ☐ Homosexual  
☐ Bisexual   ☐ No disponible

**Aviso de privacidad y autorización de tratamiento de datos por parte del afiliado para acceder a beneficios y/o como afiliado.** Entiende el AFILIADO que el aviso de privacidad dispuesto en la parte posterior, informa sobre las finalidades y tratamiento que por disposición legal debe realizar esta caja de compensación en el marco de las obligaciones que derivan del sistema de compensación familiar. El AFILIADO, mientras tenga tal calidad, a través de este aviso otorga su autorización expresa, informada e inequívoca para que esta caja de compensación remita información comercial, a través de los datos de contacto suministrados y/o resultado de actualizaciones, sobre los beneficios y descuentos a los que puede acceder como afiliado y/o beneficiario respecto de los servicios de educación, vivienda, recreación, salud, turismo, crédito, deporte, cultura, empleo que oferta esta organización a los afiliados. Para fines de crear valor y otorgar mejores beneficios a los afiliados y beneficiarios esta caja de compensación podrá realizar procesos de análisis de datos para un mejor conocimiento de los servicios y preferencias de los usuarios de estos. En aras de obtener mayor número de beneficios para los afiliados y beneficiarios es posible que esta organización celebre acuerdos comerciales con terceros como almacenes de cadena, establecimientos comerciales, establecimientos educativos, entre otros; caso en el cual estos deberán acceder a la información mencionada en esta cláusula para otorgarlos. Se informa que el pago de subsidios podrá realizarse a través de terceros. Es posible que esta organización y/o terceros mencionados para otorgar los descuentos y/o beneficios realicen consultas en bases de datos disponibles al público y en bases de datos de riesgo crediticio. El titular del dato en cualquier momento podrá ejercer el derecho al Habeas Data a través de las facultades de conocer, actualizar, rectificar, oponerse y/o suprimir su información; para ello podrá remitir comunicación electrónica al siguiente correo: [privacidad@comfamiliar.com.co](mailto:privacidad@comfamiliar.com.co) o dirigiendo una comunicación física a la siguiente dirección física: Calle 48 # 43 - 104 en la ciudad de Barranquilla. La Política de Privacidad puede ser consultada en el siguiente enlace web: [www.comfamiliar.com.co](http://www.comfamiliar.com.co) seleccionar política de privacidad o puede ser consultada en nuestras sedes.

*Damiary Vega*

FIRMA DEL TRABAJADOR

c.c. 1046221246

**Aviso de privacidad:** La CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFAMILIAR ATLÁNTICO comunica al trabajador que la información personal que trata de estos la realiza por autorización de ley en virtud de las normas que regulan el régimen de los diferentes subsidios a cargo de las cajas de compensación familiar y demás normas legales que aplican a la luz del sistema de compensación familiar vigente en Colombia. Es posible que durante la afiliación al sistema de compensación familiar, actualizaciones, reportes y cumplimiento de las obligaciones legales que derivan de este régimen, COMFAMILIAR ATLÁNTICO recolecte además datos sensibles y/o de niños, niñas y adolescentes menores de edad, caso en el cual se aplicarán las medidas de seguridad que este tipo de datos requiera; los cuales serán tratados de acuerdo con el principio de seguridad, confidencialidad y demás principios aplicables al tratamiento de datos personales consagrado en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y Ley Estatutaria 1266 de 2008, cuando esta última sea de aplicación. Los datos personales serán tratados para cumplir con las finalidades vinculadas al régimen de compensación familiar, así como para cumplir con las obligaciones originadas en relaciones contractuales resultado de la adquisición y prestación de los servicios que la ley está en capacidad de ofertar esta caja de compensación familiar. COMFAMILIAR ATLÁNTICO informa que podrá recolectar datos personales de carácter biométrico con el fin de verificar la identidad de quienes solicitan subsidio y así prevenir los fraudes que afectan al sistema de compensación familiar en detrimento de los dineros públicos que gestionará como caja de compensación familiar. En cumplimiento de las funciones delegadas a las cajas de compensación familiar estas podrán tratar datos personales vinculados al régimen de fomento al empleo - FOSFEC. En atención al principio de legalidad esta caja de compensación tiene como obligaciones suministrar información a las autoridades y terceros que intervengan en el sistema de compensación familiar para verificar el estado de la afiliación, gestión de subsidios, atención de PQRSF's, entre otras finalidades amparadas en un interés legítimo. Para los tratamientos y finalidades antes descritas COMFAMILIAR ATLÁNTICO podrá acudir a los datos personales de contacto suministrados por sus afiliados y beneficiarios, como pueden ser, correo electrónico, dirección física, teléfonos fijos o celulares, fax, entre otros, a través de los cuales podrá informar de manera verbal o escrita, usando cualquier tecnología presente o futura. Así mismo, cumpliendo las normas vigentes, se informa que los datos personales tratados en el marco de las finalidades vinculadas al sistema de compensación familiar y/o en relaciones contractuales podrán ser tratados directamente y/o a través de terceros, en condición de encargados del tratamiento de datos, en centro de datos ubicados dentro o fuera de Colombia, en territorios como Estados Unidos, Canadá, Europa, Latinoamérica u otros. Así mismo, para determinar la calidad y veracidad de los datos se podrán efectuar cruces de información con los entes del Estado, como lo es Catastro Municipal, Registraduría Civil, entre otros; y con otras cajas de compensación familiar, agremiaciones u otras entidades de protección social, en cumplimiento de las obligaciones de ley. El trabajador de manera expresa manifiesta, con la entrega de los datos que hace por los diferentes canales dispuestos por esta caja de compensación, que los mismos son exactos, ciertos y pertinentes; acorde con la finalidad de afiliación y/o actualización y/o reporte de novedades al sistema de compensación familiar. Para el ejercicio del Habeas Data, el titular del dato personal o quien demuestre un legítimo interés conforme lo señalado en la normatividad vigente, podrá hacerlo a través del siguiente correo electrónico: [privacidad@comfamiliar.com.co](mailto:privacidad@comfamiliar.com.co) o dirigiendo una comunicación a la siguiente dirección física: Calle 48 # 43 - 104 en la ciudad de Barranquilla. Quien ejerza el Habeas Data deberá suministrar con precisión los datos de contacto solicitados para efecto de tramitar, atender y responder su solicitud y desplegar las cargas para el ejercicio de sus derechos. Recibida la solicitud de ejercicio de Habeas Data, COMFAMILIAR ATLÁNTICO dará respuesta en los términos de ley.

FIRMA DEL TRABAJADOR

c.c.

## **OBLIGACIONES QUE SE CONTRAEN**

El trabajador se obliga con Comfamiliar Atlántico, para que en el evento que se produzca la terminación del contrato laboral y este haya recibido suma a buena cuenta del subsidio familiar, se le retendrá de su salario y prestaciones sociales las sumas adeudadas a la caja, para la cual el trabajador autoriza, al firmar este documento. Para todos los efectos legales certifico a que este formulario contiene una verdadera y completa información sobre los hijos, cónyuge o compañera (o), padres y hermanos.

*Damiary Vega*

FIRMA DEL TRABAJADOR

c.c. 1046221246

## **DIRECCIÓN DE LA EMPRESA**

El empleador se obliga con Comfamiliar Atlántico, para que el evento que se produzca la terminación del contrato laboral con el trabajador beneficiario del subsidio y este haya recibido suma a buena cuenta del subsidio familiar, le retendrá de su salario y prestaciones las sumas adeudadas a la caja.



OUTSOURCING  
SEASIN LTDA

*Melany Salcedo*

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

TELÉFONO: 6387579

## **RECIBIDO:**

AAAA - MM DD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

**SaludTotal**  
EPS-S

NIT 900.130.907-4  
Los datos deben ser verificados antes de ser ingresados al Sistema de Registro

CÓDIGO DE BARRAS

No. DE RADICACIÓN

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> - Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	Código (a registrar por la EPS)

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

6. Apellidos y nombres <b>Lopez</b>	7. Tipo de documento de identidad <b>CC</b>	8. Número del documento de identidad <b>8745252</b>	9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento <b>25/11/1964</b>
--	--	--	--	--

III. DATOS COMPLEMENTARIOS  
Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/>	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL <b>SURA</b>	16. Administradora de Pensiones <b>Colpensiones</b>	17. Ingreso base de cotización - ISC <b>908526</b>	
18. Residencia <b>Cra 29 # 55-83 Baranquilla</b>	19. Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	20. Localidad/Comuna <b>Baranquilla</b>	21. Departamento <b>Atlántico</b>

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

22. Tipo de documento de identidad	23. Número del documento de identidad	24. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	25. Fecha de nacimiento
------------------------------------	---------------------------------------	--	-------------------------

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

26. Apellidos y nombres	27. Tipo de documento de identidad	28. Número del documento de identidad	29. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	30. Fecha de nacimiento
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos complementarios

31. Parentesco	32. Etnia	33. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/>
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

Datos de residencia

34. Municipio/Distrito	35. Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	36. Departamento	37. Teléfono Fijo y/o celular	38. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS)
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Selección de la EPS Primaria

39. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
B1	
B2	
B3	
B4	
B5	

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

40. Nombre o razón social <b> sourcing SEASON LTD</b>	41. Tipo de documento de identificación	42. Número del documento de identificación <b>NIT 900229503-2</b>	43. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
44. Ubicación <b>Cra 21A # 35-04</b>	45. Localidad/Comuna <b>Medellin</b>	46. Municipio/Distrito <b>Medellin</b>	47. Departamento <b>S/DER</b>

ORIGINAL EPS  
COPIA APORTANTE



# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

**SaludTotal**  
EPS

NIT 800.130.907-4

Las las instrucciones que se encuentran en el formulario de la EPS

COPIA DE FIRMAS

No. DE RADICACIÓN

## B. REPORTE DE NOVEDADES

### 40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS.  
Código
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS.
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.

- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo  
☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen  
☐ B. Diferente Régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento.
- ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

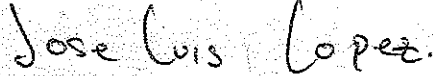
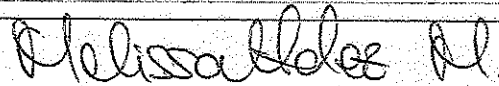
### 41. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad <input type="text"/>		Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de nacimiento <input type="text"/>	42. Fecha <input type="text"/>
43. EPS anterior <input type="text"/>		44. Motivo de traslado <input type="text"/>	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones <input type="text"/>	

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- ☒ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- ☒ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☒ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- ☒ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

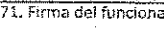
## VIII. FIRMAS

	
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio

## IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: ☐ CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC  
Cantidad:  Total
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio <input type="text"/> Código del departamento <input type="text"/>		67. Datos del SISBEN Número de ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/>		68. Fecha de radicación <input type="text"/>	69. Fecha de validación <input type="text"/>
70. Datos del funcionario que realiza la validación					
Tipo documento de identidad <input type="text"/>		Número del documento de identidad <input type="text"/>		71. Firma del funcionario 	

## 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 EPS  
COPIA APORTANTE

M-PYGA-F001 V 2.0-2020

Medellín, 08 de Noviembre de 2021

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

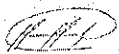
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de OUTSOURCING SEASIN LTDA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000006003 - CONTRATOS ATLANTICO 3, Clase de riesgo 3, Porcentaje de cotización 2.436%.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C8745252	LOPEZ GONZALEZ JOSE LUIS	09/11/2021		e3523420	DEPENDIENTE

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](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C633517362131231540

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 08/11/2021 08:45:44.

Los trabajadores marcados con asterisco (\*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (\*\*) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.52.85.38, 198.143.41.25, 172.16.42.57

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOSE LUIS LOPEZ GONZALEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **8745252**, se encuentra afiliado/a desde **11/09/1990** 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 08 de noviembre de 2021.

  
**Rosa Mercedes Niño Amaya**  
**Dirección de Afiliaciones**

LA ADMINISTRADORA

**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.

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOSE LUIS LOPEZ GONZALEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **8745252**, se encuentra afiliado/a desde **11/09/1990** 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 08 de noviembre de 2021.



GRANDE  
como tus  
SUEÑOS

## FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES

Antes de diligenciar este formulario lea las instrucciones.

Los espacios sombreados son para uso exclusivo de la caja.

- ☒ Trabajador ☐ Independiente ☐ Taxistas independientes  
☐ Aumento de personas a cargo ☐ Servicio doméstico ☐ Colombiano residente en el extranjero  
☐ Representante legal ☐ Madres comunitarias

Código empresa: N94

Razón social empresa: ACCOUNTING SESSION CDA

NIT: 9002295032

### DATOS DEL TRABAJADOR(A)

Documento: ☒ C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ P.E.P. ☐ Pasaporte ☐ Carné diplomático  
☐ Certificado cabildo ☐ TME (Tarjeta Movilidad Fronteriza) ☐ Visa No. 8745252

1er Apellido: Lopez 2do Apellido: Gonzalez

1er Nombre: Jose 2do Nombre: Lois

Fecha de nacimiento: 25/11/1964 Sexo: ☐ Femenino ☒ Masculino Dirección de residencia: cra 29 # 55-83

Barrio: Municipio de residencia: Barranquilla

Teléfono: 3047893 Celular: 3054050448 Tipo de discapacidad: ☒ Ninguna ☐ Física ☐ Cognitiva

Correo electrónico: jl6@gmail.com

Nivel de escolaridad: ☐ Preescolar ☐ Básico adulto ☐ Tecnológico  
☒ Básico (1°-5°) ☐ Secundaria adulto ☐ Profesional universitario  
☐ Secundaria (6°-9°) ☐ Primera infancia ☐ Posgrado/Maestría  
☐ Media (10°-11°) ☐ Técnico ☐ Ninguno

Tipo de afiliado: ☒ Dependiente ☐ Por fidelidad ☐ Facultativo ☐ Con exención ☐ Voluntario

Estado civil: ☐ Casado (a) ☐ Unión libre ☐ Divorciado (a) ☐ Separado (a) ☐ Viudo (a) ☒ Soltero (a) (Nunca ha estado casado ni vivido en unión libre)

Municipio donde labora: Barranquilla Ocupación/Cargo: S. Generales

Fecha ingreso empresa: 2021/11/09 Salario básico o promedio: 908.526 Horas laborales mes: 240 Centro de costos:

### DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERA(O) PERMANENTE

Documento: ☐ C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ P.E.P. ☐ Pasaporte ☐ Carné diplomático  
☐ Certificado cabildo ☐ TME (Tarjeta Movilidad Fronteriza) ☐ Visa No. \_\_\_\_\_

1er Apellido: 2do Apellido:

1er Nombre: 2do Nombre:

Fecha de nacimiento: Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino Dirección de residencia:

Tipo de discapacidad: ☐ Ninguna ☐ Física ☐ Cognitiva Labora: ☐ SI ☐ NO Salario:

Empresa: Conviven: ☐ SI ☐ NO

Nivel de escolaridad: ☐ Preescolar ☐ Básico adulto ☐ Tecnológico  
☐ Básico (1°-5°) ☐ Secundaria adulto ☐ Profesional universitario  
☐ Secundaria (6°-9°) ☐ Primera infancia ☐ Posgrado/Maestría  
☐ Media (10°-11°) ☐ Técnico ☐ Ninguno

# **DATOS SENSIBLES DEL TRABAJADOR - TIENE DERECHO DE CONTESTAR O NO ESTAS PREGUNTAS**

## **Factor de vulnerabilidad:**

- ☐ Desplazado  
☐ Víctima del conflicto armado (No desplazado)  
☐ Desmovilizado o reinserado  
☐ Hijo(a) de desmovilizados o reinserados  
☐ Damnificado por desastre natural  
☐ Cabeza de familia  
☐ Hijo(a) de madres cabeza de familia  
☐ En condición de discapacidad  
☐ Población migrante  
☐ Población en zona de frontera (nacionales)  
☐ Ejercicio del trabajo sexual  
☒ No aplica

## **Pertenencia étnica:**

- ☐ Afrocolombiano  
☐ Comunidad negra  
☐ Palenquero  
☐ Raíz del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina  
☐ Róm/Gitano  
☒ No se autorreconoce en ninguno de los anteriores

## **Orientación sexual:**

- ☒ Heterosexual  
☐ Homosexual  
☐ Bisexual  
☐ No disponible

**Aviso de privacidad y autorización de tratamiento de datos por parte del afiliado para acceder a beneficios y/o como afiliado.** Entiende el AFILIADO que el aviso de privacidad dispuesto en la parte posterior, informa sobre las finalidades y tratamiento que por disposición legal debe realizar esta caja de compensación en el marco de las obligaciones que derivan del sistema de compensación familiar. El AFILIADO, mientras tenga tal calidad, a través de este aviso otorga su autorización expresa, informada e inequívoca para que esta caja de compensación remita información comercial, a través de los datos de contacto suministrados y/o resultado de actualizaciones, sobre los beneficios y descuentos a los que puede acceder como afiliado y/o beneficiario respecto de los servicios de educación, vivienda, recreación, salud, turismo, crédito, deporte, cultura, empleo que oferta esta organización a los afiliados. Para fines de crear valor y otorgar mejores beneficios a los afiliados y beneficiarios esta caja de compensación podrá realizar procesos de análisis de datos para un mejor conocimiento de los servicios y preferencias de los usuarios de estos. En aras de obtener mayor número de beneficios para los afiliados y beneficiarios es posible que esta organización celebre acuerdos comerciales con terceros como: almacenes de cadena, establecimientos comerciales, establecimientos educativos, entre otros; caso en el cual estos deberán acceder a la información mencionada en esta cláusula para otorgarlos. Se informa que el pago de subsidios podrá realizarse a través de terceros. Es posible que esta organización y/o terceros mencionados para otorgar los descuentos y/o beneficios realicen consultas en bases de datos disponibles al público y en bases de datos de riesgo crediticio. El titular del dato en cualquier momento podrá ejercer el derecho al Habeas Data a través de las facultades de conocer, actualizar, rectificar, oponerse y/o suprimir su información; para ello podrá remitir comunicación electrónica al siguiente correo: [privacidad@comfamiliar.com.co](mailto:privacidad@comfamiliar.com.co) o dirigiendo una comunicación física a la siguiente dirección física: Calle 48 # 43 - 104 en la ciudad de Barranquilla. La Política de Privacidad puede ser consultada en el siguiente enlace web: [www.comfamiliar.com.co](http://www.comfamiliar.com.co) seleccionar política de privacidad o puede ser consultada en nuestras sedes.

*Jose Luis Lopez*

**FIRMA DEL TRABAJADOR**

C.C.

**Aviso de privacidad:** LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFAMILIAR ATLÁNTICO comunica al trabajador que la información personal que trata de estos la realiza por autorización de ley en virtud de las normas que regulan el régimen de los diferentes subsidios a cargo de las cajas de compensación familiar y demás normas legales que aplican a la luz del sistema de compensación familiar vigente en Colombia. Es posible que durante la afiliación al sistema de compensación familiar, actualizaciones, reportes y cumplimiento de las obligaciones legales que derivan de este régimen, COMFAMILIAR ATLÁNTICO recolecte además datos sensibles y/o de niños, niñas y adolescentes menores de edad, caso en el cual se aplicarán las medidas de seguridad que este tipo de datos requiera, los cuales serán tratados de acuerdo con el principio de seguridad, confidencialidad y demás principios aplicables al tratamiento de datos personales consagrado en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y Ley Estatutaria 1266 de 2008, cuando esta última sea de aplicación. Los datos personales serán tratados para cumplir con las finalidades vinculadas al régimen de compensación familiar, así como para cumplir con las obligaciones originadas en relaciones contractuales resultado de la adquisición y prestación de los servicios que la ley está en capacidad de ofertar esta caja de compensación familiar. COMFAMILIAR ATLÁNTICO informa que podrá recolectar datos personales de carácter biométrico con el fin de verificar la identidad de quienes solicitan subsidio y así prevenir los fraudes que afectan al sistema de compensación familiar en detrimento de los dineros públicos que gestiona como caja de compensación familiar. En cumplimiento de las funciones delegadas a las cajas de compensación familiar estas podrán tratar datos personales vinculados al régimen de fomento al empleo - FOSFEC. En atención al principio de legalidad esta caja de compensación tiene como obligaciones suministrar información a las autoridades y terceros que intervienen en el sistema de compensación familiar para verificar el estado de la afiliación, gestión de subsidios; atención de PQRSF's; entre otras finalidades amparadas en un interés legítimo. Para los tratamientos y finalidades antes descritas COMFAMILIAR ATLÁNTICO podrá acudir a los datos personales de contacto suministrados por sus afiliados y beneficiarios, como pueden ser, correo electrónico, dirección física, teléfonos fijos o celulares, fax, entre otros, a través de los cuales podrá informar de manera verbal o escrita, usando cualquier tecnología presente o futura. Así mismo, cumpliendo las normas vigentes, se informa que los datos personales tratados en el marco de las finalidades vinculadas al sistema de compensación familiar y/o en relaciones contractuales podrán ser tratados directamente y/o a través de terceros, en condición de encargados del tratamiento de datos, en centros de datos ubicados dentro o fuera de Colombia, en territorios como Estados Unidos, Canadá, Europa, Latinoamérica u otros. Así mismo, para determinar la calidad y veracidad de los datos se podrán efectuar cruces de información con los entes del Estado, como lo es Catastro Municipal, Registraduría Civil, entre otros, y con otras cajas de compensación familiar, agremiaciones u otras entidades de protección social, en cumplimiento de las obligaciones de ley. El trabajador, de manera expresa manifiesta, con la entrega de los datos que hace por los diferentes canales dispuestos por esta caja de compensación, que los mismos son exactos, ciertos y pertinentes, acorde con la finalidad de afiliación y/o actualización y/o reporte de novedades al sistema de compensación familiar. Para el ejercicio del Habeas Data, el titular del dato personal o quien demuestre un legítimo interés conforme, lo señalado en la normatividad vigente, podrá hacerlo a través del siguiente correo electrónico: [privacidad@comfamiliar.com.co](mailto:privacidad@comfamiliar.com.co) o dirigiendo una comunicación a la siguiente dirección física: Calle 48 # 43 - 104 en la ciudad de Barranquilla. Quien ejerza el Habeas Data deberá suministrar con precisión los datos de contacto solicitados para efecto de tramitar, atender y responder su solicitud y desplegar las cargas para el ejercicio de sus derechos. Recibida la solicitud de ejercicio de Habeas Data, COMFAMILIAR ATLÁNTICO dará respuesta en los términos de ley.

*Jose Luis Lopez*

**FIRMA DEL TRABAJADOR**

C.C.

## **OBLIGACIONES QUE SE CONTRAEN**

El trabajador se obliga con Comfamiliar Atlántico, para que en el evento que se produzca la terminación del contrato laboral y este haya recibido suma a buena cuenta del subsidio familiar, se le retendrá de su salario y prestaciones sociales las sumas adeudadas a la caja, para la cual el trabajador autoriza, al firmar este documento. Para todos los efectos legales certifico a que este formulario contiene una verdadera y completa información sobre los hijos, cónyuge o compañera (o), padres y hermanos.

*Jose Luis Lopez*

**FIRMA DEL TRABAJADOR**  
C.C.

## **DIRECCION DE LA EMPRESA**

El empleador se obliga con Comfamiliar Atlántico, para que el evento que se produzca la terminación del contrato laboral con el trabajador beneficiario del subsidio y este haya recibido suma a buena cuenta del subsidio familiar, le retendrá de su salario y prestaciones las sumas adeudadas a la caja.

*OUTSOURCING  
SE SIN LIDA  
NIT 800 249 503-2*

TELÉFONO:

## **RECIBIDO:**

AAAA - MM - DD

A partir de la fecha de recibido de este formulario, se podrá hacer uso de los servicios de Comfamiliar Atlántico en los Centros de Atención, para esto solo deberá suministrar el nombre y número de la cédula del afiliado. La Tarjeta Multiservicios se entrega un (1) mes después de la fecha de recibido de este formulario.

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

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.  
NIT. 800.088.702-2

EPS | **SURA**

No. U24954897

Fecha de Radicación (a registrar por la EPS)

PÁGINA 1 DE 2

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite (a registrar por la EPS)		2. Tipo de Afiliación		3. Régimen	
A. Afiliación	B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/>	B. Colectiva <input type="checkbox"/>	D. Oficio <input type="checkbox"/>	A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
4. Tipo de afiliado		5. Código Tipo de Cotizante (Ver tabla de códigos que se encuentra en instructivo de diligenciamiento)			
A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		Código Tipo de Pensionado			

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)		6. Apellidos y nombres		7. Tipo de doc	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	CC	
Peña	Escobar	Saudid	Paola		
8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento	Estado civil	EPS anterior	
32613824	Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	05/01/1980	unión libre		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial	
		Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P					
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de cotización - IBC			
Sura		Colfondos		908526			
18. Residencia		Teléfono fijo		Teléfono Celular		Correo electrónico	
Dirección							
Cra 27 # 24-111		300 481 1068		300 481 1068		Saudy0511@gmail.com	
Municipio/Distrito		Localidad/Comuna		Departamento		Código de EPS (a registrar por la EPS)	
Malambo				Atlántico			

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

19. Apellidos y nombres		Dato básico de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante		20. Tipo de doc	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre		
21. Número del documento de identidad		22. Sexo		23. Fecha de nacimiento	
		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>			
Municipio/Distrito		Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		Departamento	

Dato básico de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales		24. Apellidos y nombres		Segundo nombre	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre		
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

25. Tipo de doc		26. Número de documento de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento		Correo electrónico	
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

Dato complementario		29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad		32. Valor de la UPC (a registrar por la EPS)	
						Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P			
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

32. Datos de residencia		Dirección		Zona		Municipio / Distrito		Departamento		Teléfono fijo		Celular	
				U R									
B1				U R									
B2				U R									
B3				U R									
B4				U R									
B5				U R									

34. Selección de la IPS Primaria		Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO		36. Tipo de doc		37. Número de documento de identificación		38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)	
35. Nombre o razón social							
Outsourcing seasin Ltda		NIT		900224503-2			
39. Ubicación		Dirección		Teléfono		Correo electrónico	
Cra 21 A # 35-94				6367575		reception@seasinltda	
Municipio/Distrito		Departamento					
Floridablanca		Santander					



Medellín, 08 de Noviembre de 2021

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

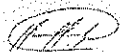
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de OUTSOURCING SEASIN LTDA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000005978 - CONTRATOS BARRANQUILLA 2, Clase de riesgo 2, Porcentaje de cotización 1.044%.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C32613824	PEÑA ESCOBAR SAUDITH PAOLA	09/11/2021		126a2036	DEPENDIENTE

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](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C633517362131231484

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 08/11/2021 08:44:48.

Los trabajadores marcados con asterisco (\*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (\*\*) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.52.85.38, 198.143.41.25, 172.16.42.57



## COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

### CERTIFICA QUE:

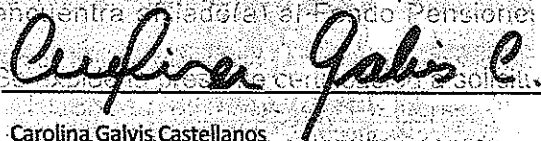
El(la) Señor(a) SAUDID PAOLA PENA ESCOBAR identificado(a) con C.C No. 32.613.824, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 08 de noviembre del 2021.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional [www.colfondos.com.co](http://www.colfondos.com.co) opción contactanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

El(la) Señor(a) SAUDID PAOLA PENA  
se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones



Carolina Galvis Castellanos  
Directora de Cuentas y Recaudo  
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional [www.colfondos.com.co](http://www.colfondos.com.co) opción contactanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.



GRANDE  
COMO UNO  
SUEÑOS

## FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES

Antes de diligenciar este formulario lea las instrucciones

Los espacios sombreados son para uso exclusivo de la caja.

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Trabajador                  | <input type="radio"/> Independiente       | <input type="radio"/> Taxistas independientes               |
| <input type="radio"/> Aumento de personas a cargo | <input type="radio"/> Servicio doméstico  | <input type="radio"/> Colombiano residente en el extranjero |
| <input type="radio"/> Representante legal         | <input type="radio"/> Madres comunitarias |   |

Código empresa:

Razón social empresa: Outsourcing Season Hda

NIT: 900229503-2

### DATOS DEL TRABAJADOR(A)

Documento: ☒ C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ P.E.P. ☐ Pasaporte ☐ Carné diplomático  
☐ Certificado cabildo ☐ TMF (Tarjeta Movilidad Fronteriza) ☐ Visa No. 32613824

1er Apellido: Peña

2do Apellido: Escobar

1er Nombre: Saudid

2do Nombre: Paola

Fecha de nacimiento: 1980 11 05

Sexo: ☒ Femenino ☐ Masculino

Dirección de residencia: Cra 27 # 24-111

Barrio:

Municipio de residencia: Malambo

Teléfono:

Celular: 3004811068

Tipo de discapacidad: ☒ Ninguna ☐ Física ☐ Cognitiva

Correo electrónico: Saudy0511@gmail.com

Nivel de escolaridad: ☐ Preescolar ☐ Básico adulto ☐ Tecnológico  
☐ Básico (1.º-5.º) ☒ Secundaria adulto ☐ Profesional universitario  
☐ Secundaria (6.º-9.º) ☐ Primera infancia ☐ Posgrado/Maestría  
☐ Media (10.º-11.º) ☐ Técnico ☐ Ninguno

Tipo de afiliado: ☒ Dependiente ☐ Por fidelidad ☐ Facultativo ☐ Con exención ☐ Voluntario

Estado civil: ☐ Casado (a) ☐ Unión libre ☐ Divorciado (a) ☐ Separado (a) ☐ Viudo (a) ☒ Soltero (a) (Nunca ha estado casado ni viudo en unión libre)

Municipio donde labora: Malambo

Ocupación/Cargo: Serv. Generales

Fecha ingreso empresa: 2021 11 09

Salario básico o promedio: 908626

Horas laborales mes: 240

Centro de costos:

### DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERA(O) PERMANENTE

Documento: ☐ C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ P.E.P. ☐ Pasaporte ☐ Carné diplomático  
☐ Certificado cabildo ☐ TMF (Tarjeta Movilidad Fronteriza) ☐ Visa No. \_\_\_\_\_

1er Apellido:

2do Apellido:

1er Nombre:

2do Nombre:

Fecha de nacimiento:

Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino

Dirección de residencia:

Tipo de discapacidad: ☐ Ninguna ☐ Física ☐ Cognitiva

Labora: ☐ SI ☐ NO

Salario:

Empresa:

Conviven: ☐ SI ☐ NO

Nivel de escolaridad: ☐ Preescolar ☐ Básico adulto ☐ Tecnológico  
☐ Básico (1.º-5.º) ☐ Secundaria adulto ☐ Profesional universitario  
☐ Secundaria (6.º-9.º) ☐ Primera infancia ☐ Posgrado/Maestría  
☐ Media (10.º-11.º) ☐ Técnico ☐ Ninguno

# **DATOS SENSIBLES DEL TRABAJADOR - TIENE DERECHO DE CONTESTAR O NO ESTAS PREGUNTAS**

## **Factor de vulnerabilidad:**

- ☐ Desplazado      ☐ Damnificado por desastre natural Cabeza de familia      ☐ Población migrante  
☐ Víctima del conflicto armado (No desplazado)      ☐ Cabeza de familia      ☐ Población en zona de frontera (nacionales)  
☐ Desmovilizado o reinsertado      ☐ Hijo (a) de madres cabeza de familia      ☐ Ejercicio del trabajo sexual  
☐ Hijo (a) de desmovilizados o reinsertados      ☐ En condición de discapacidad      ☒ No aplica

## **Pertenencia étnica:**

- ☐ Afrocolombiano    ☐ Comunidad negra    ☐ Palenquero  
☐ Raízal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina    ☐ Room/Gitano  
☒ No se autorreconoce en ninguno de los anteriores

## **Orientación sexual:**

- ☒ Heterosexual    ☐ Homosexual  
☐ Bisexual    ☐ No disponible

**Aviso de privacidad y autorización de tratamiento de datos por parte del afiliado para acceder a beneficios y/o como afiliado.** Entiende el AFILIADO que el aviso de privacidad dispuesto en la parte posterior, informa sobre las finalidades y tratamiento que por disposición legal debe realizar esta caja de compensación en el marco de las obligaciones que derivan del sistema de compensación familiar. El AFILIADO, mientras tenga tal calidad, a través de este aviso otorga su autorización expresa, informada e inequívoca para que esta caja de compensación remita información comercial, a través de los datos de contacto suministrados y/o resultado de actualizaciones, sobre los beneficios y descuentos a los que puede acceder como afiliado y/o beneficiario respecto de los servicios de educación, vivienda, recreación, salud, turismo, crédito, deporte, cultura, empleo que oferta esta organización a los afiliados. Para fines de crear valor y otorgar mejores beneficios a los afiliados y beneficiarios esta caja de compensación podrá realizar procesos de análisis de datos para un mejor conocimiento de los servicios y preferencias de los usuarios de estos. En aras de obtener mayor número de beneficios para los afiliados y beneficiarios es posible que esta organización celebre acuerdos comerciales con terceros como almacenes de cadena, establecimientos comerciales, establecimientos educativos, entre otros; caso en el cual estos deberán acceder a la información mencionada en esta cláusula para otorgarlos. Se informa que el pago de subsidios podrá realizarse a través de terceros. Es posible que esta organización y/o terceros mencionados para otorgar los descuentos y/o beneficios realicen consultas en bases de datos disponibles al público y en bases de datos de riesgo crediticio. El titular del dato en cualquier momento podrá ejercer el derecho al Habeas Data a través de las facultades de conocer, actualizar, rectificar, oponerse y/o suprimir su información; para ello podrá remitir comunicación electrónica al siguiente correo: [privacidad@comfamiliar.com.co](mailto:privacidad@comfamiliar.com.co) o dirigiendo una comunicación física a la siguiente dirección física: Calle 48 # 43 - 104 en la ciudad de Barranquilla. La Política de Privacidad puede ser consultada en el siguiente enlace web: [www.comfamiliar.com.co](http://www.comfamiliar.com.co) seleccionar política de privacidad o puede ser consultada en nuestras sedes.

**SAUDID PEÑA**

**FIRMA DEL TRABAJADOR**

**c.c. 32613824**

**Aviso de privacidad:** La CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFAMILIAR ATLÁNTICO comunica al trabajador que la información personal que trata de estos la realiza por autorización de ley en virtud de las normas que regulan el régimen de los diferentes subsidios a cargo de las cajas de compensación familiar y demás normas legales que aplican a la luz del sistema de compensación familiar vigente en Colombia. Es posible que durante la afiliación al sistema de compensación familiar, actualizaciones, reportes y cumplimiento de las obligaciones legales que derivan de este régimen, COMFAMILIAR ATLÁNTICO recolecte además datos sensibles y/o de niños, niñas y adolescentes menores de edad, caso en el cual se aplicarán las medidas de seguridad que este tipo de datos requiera; los cuales serán tratados de acuerdo con el principio de seguridad, confidencialidad y demás principios aplicables al tratamiento de datos personales consagrado en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y Ley Estatutaria 1266 de 2008, cuando esta última sea de aplicación. Los datos personales serán tratados para cumplir con las finalidades vinculadas al régimen de compensación familiar, así como para cumplir con las obligaciones originadas en relaciones contractuales resultado de la adquisición y prestación de los servicios que la ley está en capacidad de ofertar esta caja de compensación familiar. COMFAMILIAR ATLÁNTICO informa que podrá recolectar datos personales de carácter biométrico con el fin de verificar la identidad de quienes solicitan subsidio y así prevenir los fraudes que afectan al sistema de compensación familiar en detrimento de los dineros públicos que gestiona como caja de compensación familiar. En cumplimiento de las funciones delegadas a las cajas de compensación familiar estas podrán tratar datos personales vinculados al régimen de fomento al empleo - FOSFEC. En atención al principio de legalidad esta caja de compensación tiene como obligaciones suministrar información a las autoridades y terceros que intervienen en el sistema de compensación familiar para verificar el estado de la afiliación, gestión de subsidios, atención de PQRSF's, entre otras finalidades amparadas en un interés legítimo. Para los tratamientos y finalidades antes descritas COMFAMILIAR ATLÁNTICO podrá acudir a los datos personales de contacto suministrados por sus afiliados y beneficiarios, como pueden ser, correo electrónico, dirección física, teléfonos fijos o celulares, fax, entre otros, a través de los cuales podrá informar de manera verbal o escrita, usando cualquier tecnología presente o futura. Así mismo, cumpliendo las normas vigentes, se informa que los datos personales tratados en el marco de las finalidades vinculadas al sistema de compensación familiar y/o en relaciones contractuales podrán ser tratados directamente y/o a través de terceros, en condición de encargados del tratamiento de datos, en centro de datos ubicados dentro o fuera de Colombia, en territorios como Estados Unidos, Canadá, Europa, Latinoamérica u otros. Así mismo, para determinar la calidad y veracidad de los datos se podrán efectuar cruces de información con los entes del Estado, como lo es Catastro Municipal, Registraduría Civil, entre otros; y con otras cajas de compensación familiar, agremiaciones u otras entidades de protección social, en cumplimiento de las obligaciones de ley. El trabajador de manera expresa manifiesta, con la entrega de los datos que hace por los diferentes canales dispuestos por esta caja de compensación, que los mismos son exactos, ciertos y pertinentes, acorde con la finalidad de afiliación y/o actualización y/o reporte de novedades al sistema de compensación familiar. Para el ejercicio del Habeas Data, el titular del dato personal o quien demuestre un legítimo interés conforme lo señalado en la normatividad vigente, podrá hacerlo a través del siguiente correo electrónico: [privacidad@comfamiliar.com.co](mailto:privacidad@comfamiliar.com.co) o dirigiendo una comunicación a la siguiente dirección física: Calle 48 # 43 - 104 en la ciudad de Barranquilla. Quien ejerza el Habeas Data deberá suministrar con precisión los datos de contacto solicitados para efecto de tramitar, atender y responder su solicitud y desplegar las cargas para el ejercicio de sus derechos. Recibida la solicitud de ejercicio de Habeas Data, COMFAMILIAR ATLÁNTICO dará respuesta en los términos de ley.

**SAUDID PEÑA**

**FIRMA DEL TRABAJADOR**

**c.c. 32613824**

## **OBLIGACIONES QUE SE CONTRAEN**

El trabajador se obliga con Comfamiliar Atlántico, para que en el evento que se produzca la terminación del contrato laboral y este haya recibido suma a buena cuenta del subsidio familiar, se le retendrá de su salario y prestaciones sociales las sumas adeudadas a la caja, para la cual el trabajador autoriza, al firmar este documento. Para todos los efectos legales certifico a que este formulario contiene una verdadera y completa información sobre los hijos, cónyuge o compañera (o), padres y hermanos.

**SAUDID PEÑA**

**FIRMA DEL TRABAJADOR**

**c.c. 32613824**

## **DIRECCIÓN DE LA EMPRESA**

El empleador se obliga con Comfamiliar Atlántico, para que el evento que se produzca la terminación del contrato laboral con el trabajador beneficiario del subsidio y este haya recibido suma a buena cuenta del subsidio familiar, le retendrá de su salario y prestaciones sociales las sumas adeudadas a la caja.

**SEASIN LTDA**  
**A. FILIACIONES**  
*melany sulcedo*

**FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA**  
**TELÉFONO:**

## **RECIBIDO:**

**AAAA - MM - DD**

SaludTotal EPS-S

NIT 800.130.907-4

Las instrucciones que se encuentran antes el formulario antes de diligenciarlo

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COPIA DE BARRAS

No. DE RADICACIÓN

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> - Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	Código (a registrar por la EPS) <input type="text"/>

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

6. Apellidos y nombres Garcia Ruiz Daniela	7. Tipo de documento de identidad cc	8. Número del documento de identidad 1113406201	9. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento 07/04/1996
---	---	--	--	---------------------------------------

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia <input type="text"/>	12. Discapacidad Tipo <input type="text"/> Condición <input type="text"/>	13. Puntaje SISBEN <input type="text"/>	14. Grupo de población especial <input type="text"/>
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Sura	16. Administradora de Pensiones Porvenir	17. Ingreso base de cotización - IBC 908.528	
18. Residencia cra 26 B# 26-5 Barranquilla	3006102295 Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	3005056801 Localidad/Comuna concorde	atlantico Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

19. Apellidos y nombres	20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento
-------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	--	-------------------------

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

24. Apellidos y nombres	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	28. Fecha de nacimiento
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo <input type="text"/> Condición <input type="text"/>	32. Datos de residencia Municipio/Distrito <input type="text"/> Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Departamento <input type="text"/> Teléfono Fijo y/o celular <input type="text"/>	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS)
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	
B	
6	
A	
B	
6	

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

35. Nombre o razón social Outsourcing SSSN CIA	36. Tipo de documento de identidad cc	37. Número del documento de identificación 900229503-2	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación cra 21A # 25-94	6382575	1113406201	atlantico

ORIGINAL EPS  
COPIA APORTANTE

**SaludTotal**  
EPS-S

NIT 800.130.907-4

Los beneficiarios deben completar este formulario antes de afiliarse.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COLOMBIA DE BARRAS

No. DE RADICACIÓN

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento	42. Fecha
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código <input type="text"/>	09/11/2021	
		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- ☒ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- ☒ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☒ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- ☒ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

Daniela García R.

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, entidad o entidad responsable de la afiliación colectiva

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: ☐ CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CO ☐ SC
- Cantidad:  Total
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial	67. Datos del SISBEN	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio <input type="text"/>	Número de ficha <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código del departamento <input type="text"/>	Puntaje <input type="text"/>		
70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Tipo documento de identidad <input type="text"/>	Número del documento de identidad <input type="text"/>	71. Firma del funcionario	

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 EPS  
COPIA APORTANTE

M-PYGA-F001 V 2.0-2020

Medellín, 08 de Noviembre de 2021

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

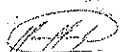
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de OUTSOURCING SEASIN LTDA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000005978 - CONTRATOS BARRANQUILLA 2, Clase de riesgo 2, Porcentaje de cotización 1.044%.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C1143406201	GARCIA RUIZ, DANIELA	09/11/2021		10251mg2	DEPENDIENTE

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](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C633517362131231496

Atentamente,



**Dirección de Afiliaciones y Recaudos**

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 08/11/2021 08:45:00.

Los trabajadores marcados con asterisco (\*) son afiliados independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (\*\*) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.52.85.38, 198.143.41.25, 172.16.42.57





# Fondo de Pensiones Obligatorias

## Solicitud de Vinculación o Traslado

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A. NIT 678.144.331-3

Nº 22543832



22543832

44010306 Ciudad Barranquilla Fecha de Solicitud de Afiliación 20

<b>Vinculación Inicial</b> Marque con X si el solicitante va a cotizar por primera vez y no ha estado afiliado nunca a una AFP, Colpensiones o Caja y desea vincularse a Porvenir. Pensiones Obligatorias <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Traslado de Régimen</b> Marque con X si el solicitante ha estado afiliado al régimen de prima media en alguna entidad oficial, en Colpensiones o caja durante más de 5 años y desea vincularse a Porvenir. Pensiones Obligatorias <input type="checkbox"/>
Pensiones Obligatorias Cantidad Origen Traslado Fecha Destino	Traslado de AFP Permanencia máxima de 6 meses en otra AFP Pension Familiar Cantidad Origen Traslado Fecha Destino

Tipo de Documento C C TI CE PAS RC CD	Nº de Documento de Identidad 1143406201	Fecha de Expedición del Documento de Identidad 20160411	Lugar de Expedición Carrizosa	Género M	En Pensión (Afuera) SI NO
Primer Apellido García	Segundo Apellido Ruiz	Primer Nombre Daniela	Otros Nombres		
Fecha de Nacimiento 19980804	Lugar de Nacimiento Pereira	Nacionalidad Colombiana	Otra (¿Cuál?)		

Dirección de Residencia Calle 26 Sur 26 - 5	Barrío El Concorde	Ciudad/Residencia Barranquilla
Departamento Atlántico	Nº de Teléfono Fijo 3006102995	Nº de Teléfono Celular 3006102995
Dirección de Correo Electrónico (e-mail) daniela.garcia@uemail.com	Autorización de Envío de Información a Tráves de Medios Electrónicos. Autorizo a Porvenir S.A. para enviar notificaciones, extractos y cualquier información de interés a mi correo electrónico y/o a mi teléfono celular. SI NO	
Dirección Laboral	Ciudad	Departamento

Tipo de Documento NIT X CC CE PAS TI	Nº de Documento de Identidad	Nombre y Razón Social Seasin
Código Barranquilla	Dirección Empleador	Departamento Santander
Ocupación o Cargo Actual Operaria	Salario o Ingreso Mensual \$908526	Salario Integral y/o \$
Envío de Notificación	Sucursal Principal <input checked="" type="checkbox"/>	Sucursal Ciudad
Tipo de Trabajador		Independiente <input type="checkbox"/> Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/>

Nombre y Apellido	Género	Tipo de Documento	Nº de Documento de Identidad	Fecha de Nacimiento	Código Parentesco
	M F				
	M F				
	M F				
	M F				

\*Códigos parentesco: 01 Cónyuge 02 Compañero permanente 03 Padres 04 Hijo 05 Hijo Invalído 06 Hermano Invalído \*Los beneficiarios relacionados serán verdaderos de acuerdo con las normas legales vigentes

¿Es Reconocido públicamente? SI NO X	¿Es Reconocido públicamente? SI NO X	SI es reconocido públicamente indique en cuál actividad
--------------------------------------	--------------------------------------	---

Tengo derecho al Bono Pensional porque antes de mi vinculación a Porvenir S.A. estuve afiliado a Colpensiones, a una Caja o Fondo Prestacional y cobab 150 semanas.	Tengo Derecho al Bono Pensional SI NO X
---	---

**Importantes:** Verifique que los datos de su documento de identidad sean correctos y válidos, conozca y entienda las implicaciones legales que tiene mi decisión de traslado al régimen de ahorro individual por medio de la vinculación al Fondo de Pensiones Obligatorias de Porvenir S.A. y que conozca que en caso de no estar de acuerdo con la decisión de traslado, la decisión de traslado de la caja (SI) debe ser comunicada a la fecha de la presente solicitud.

- Anexe la fotocopia de su documento de identidad ampliada al 150% en blanco y negro.

- Si usted es independiente adjunte la documentación correspondiente.

Declaro bajo juramento que los antecedentes del trabajador incluidos en el presente contrato corresponden a la información que me ha sido suministrada.	Declaro que la solicitud del Régimen de <u>RAIS</u> lo he efectuado en forma libre y espontánea y sin presión. Manifiesto que fui elegido a <u>Porvenir</u> para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos.
FIRMA Y NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL EMPLEADOR	FIRMA Y HUELLA DEL SOLICITANTE

Nombre del Promotor + conchita Suarez	Nº de Documento de Identidad 91525444	Firma del Promotor
Firma del Representante Legal		

FEB-19-F-01-AF-CR-01-V-2.0

Revisión: 2017

Porvenir / Pensiones Obligatorias

Nº 22543832



GRANDE  
COMO UNO  
SUEÑOS

## FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES

Antes de diligenciar este formulario lea las instrucciones.

Los espacios sombreados son para uso exclusivo de la caja.

☒ Trabajador

☐ Aumento de personas a cargo

☐ Representante legal

☐ Independiente

☐ Servicio doméstico

☐ Madres comunitarias

☐ Taxistas independientes

☐ Colombiano residente en el extranjero

Código empresa:

NIT

Razón social empresa:

outsourcing Sección

NIT:

900229503-2

### DATOS DEL TRABAJADOR(A)

Documento: ☒ C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ P.E.P. ☐ Pasaporte ☐ Carné diplomático

☐ Certificado cabildo

☐ TMF (Tarjeta Movilidad Fronteriza)

☐ Visa

No.

1143406204

1er Apellido:

García

2do Apellido:

Ruiz

1er Nombre:

Daniela

2do Nombre:

Fecha de nacimiento:

07/14/1996

Sexo:

☒ Femenino

☐ Masculino

Dirección de residencia:

cra 26B #26-5

Barrio:

concorde

Municipio de residencia:

Barranquilla

Teléfono:

3006102795

Celular:

3005056801

Tipo de discapacidad:

☒ Ninguna

☐ Física

☐ Cognitiva

Correo electrónico:

daniela.garcia@gmail.com

Nivel de escolaridad:

☐ Preescolar

☐ Básico (1.º - 5.º)

☒ Secundaria (6.º - 9.º)

☐ Media (10.º - 11.º)

☐ Básico adulto

☐ Secundaria adulto

☐ Primera infancia

☐ Técnico

☐ Tecnológico

☐ Profesional universitario

☐ Posgrado/Maestría

☐ Ninguno

Tipo de afiliado:

☒ Dependiente

☐ Por fidelidad

☐ Facultativo

☐ Con exención

☐ Voluntario

Estado civil:

☐ Casado (a)

☐ Unión libre

☐ Divorciado (a)

☐ Separado (a)

☐ Viudo (a)

☒ Soltero (a) (Nunca ha estado casado ni vivido en unión libre)

Municipio donde labora:

Barranquilla

Ocupación/Cargo:

Servicios General

Fecha ingreso empresa:

09/11/2021

Salario básico o promedio:

908526

Horas laborales mes:

240

Centro de costos:

### DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERA(O) PERMANENTE

Documento: ☐ C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ P.E.P. ☐ Pasaporte ☐ Carné diplomático

☐ Certificado cabildo

☐ TMF (Tarjeta Movilidad Fronteriza)

☐ Visa

No.

1er Apellido:

2do Apellido:

1er Nombre:

2do Nombre:

Fecha de nacimiento:

Sexo:

☐ Femenino

☐ Masculino

Dirección de residencia:

Tipo de discapacidad:

☐ Ninguna

☐ Física

☐ Cognitiva

Labora:

☐ SI

☐ NO

Salario:

Empresa:

Conviven:

☐ SI

☐ NO

Nivel de escolaridad:

☐ Preescolar

☐ Básico (1.º - 5.º)

☐ Secundaria (6.º - 9.º)

☐ Media (10.º - 11.º)

☐ Básico adulto

☐ Secundaria adulto

☐ Primera infancia

☐ Técnico

☐ Tecnológico

☐ Profesional universitario

☐ Posgrado/Maestría

☐ Ninguno

# **DATOS SENSIBLES DEL TRABAJADOR - TIENE DERECHO DE CONTESTAR O NO ESTAS PREGUNTAS**

<b>Factor de vulnerabilidad:</b> <input type="checkbox"/> Desplazado <input type="checkbox"/> Damnificado por desastre natural/Cabeza de familia <input type="checkbox"/> Población migrante <input type="checkbox"/> Víctima del conflicto armado (No desplazado) <input type="checkbox"/> Cabeza de familia <input type="checkbox"/> Población en zona de frontera (nacionales) <input type="checkbox"/> Desmovilizado o reinsertado <input type="checkbox"/> Hijo (a) de madres cabeza de familia <input type="checkbox"/> Ejercicio del trabajo sexual <input type="checkbox"/> Hijo (a) de desmovilizados o reinsertados <input checked="" type="checkbox"/> En condición de discapacidad <input checked="" type="checkbox"/> No aplica		
<b>Pertenencia étnica:</b> <input type="checkbox"/> Afrocolombiano <input type="checkbox"/> Comunidad negra <input type="checkbox"/> Palenquero <input type="checkbox"/> Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina <input type="checkbox"/> Room/Gitano <input checked="" type="checkbox"/> No se autorreconoce en ninguno de los anteriores		<b>Orientación sexual:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No disponible

**Aviso de privacidad y autorización de tratamiento de datos por parte del afiliado para acceder a beneficios y/o como afiliado.** Entiende el AFILIADO que el aviso de privacidad dispuesto en la parte posterior, informa sobre las finalidades y tratamiento que por disposición legal debe realizar esta caja de compensación en el marco de las obligaciones que derivan del sistema de compensación familiar. El AFILIADO, mientras tenga tal calidad, a través de este aviso otorga su autorización expresa, informada e inequívoca para que esta caja de compensación remita información comercial, a través de los datos de contacto suministrados y/o resultado de actualizaciones, sobre los beneficios y descuentos a los que puede acceder como afiliado y/o beneficiario respecto de los servicios de educación, vivienda, recreación, salud, turismo, crédito, deporte, cultura, empleo que oferta esta organización a los afiliados. Para fines de crear valor y otorgar mejores beneficios a los afiliados y beneficiarios esta caja de compensación podrá realizar procesos de análisis de datos para un mejor conocimiento de los servicios y preferencias de los usuarios de estos. En aras de obtener mayor número de beneficios para los afiliados y beneficiarios, es posible que esta organización celebre acuerdos comerciales con terceros como almacenes de cadena, establecimientos comerciales, establecimientos educativos, entre otros; caso en el cual estos deberán acceder a la información mencionada en esta cláusula para otorgarlos. Se informa que el pago de subsidios podrá realizarse a través de terceros. Es posible que esta organización y/o terceros mencionados para otorgar los descuentos y/o beneficios realicen consultas en bases de datos disponibles al público y en bases de datos de riesgo crediticio. El titular del dato en cualquier momento podrá ejercer el derecho al Habeas Data a través de las facultades de conocer, actualizar, rectificar, oponerse y/o suprimir su información; para ello podrá remitir comunicación electrónica al siguiente correo: [privacidad@comfamiliar.com.co](mailto:privacidad@comfamiliar.com.co) o dirigiendo una comunicación física a la siguiente dirección física: Calle 48 # 43 - 104 en la ciudad de Barranquilla. La Política de Privacidad puede ser consultada en el siguiente enlace web: [www.comfamiliar.com.co/seleccionar-politica-de-privacidad](http://www.comfamiliar.com.co/seleccionar-politica-de-privacidad) o puede ser consultada en nuestras sedes.

*Daniela García*

FIRMA DEL TRABAJADOR  
C.C.

**Aviso de privacidad:** La CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFAMILIAR ATLÁNTICO comunica al trabajador que la información personal que trata de estos la realiza por autorización de ley en virtud de las normas que regulan el régimen de los diferentes subsidios a cargo de las cajas de compensación familiar y demás normas legales que aplican a la luz del sistema de compensación familiar vigente en Colombia. Es posible que durante la afiliación al sistema de compensación familiar, actualizaciones, reportes y cumplimiento de las obligaciones legales que derivan de este régimen, COMFAMILIAR ATLÁNTICO recolecte además datos sensibles y/o de niños, niñas y adolescentes menores de edad, caso en el cual se aplicarán las medidas de seguridad que este tipo de datos requieren; los cuales serán tratados de acuerdo con el principio de seguridad, confidencialidad y demás principios aplicables al tratamiento de datos personales consagrado en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y Ley Estatutaria 1266 de 2008, cuando esta última sea de aplicación. Los datos personales serán tratados para cumplir con las finalidades vinculadas al régimen de compensación familiar, así como para cumplir con las obligaciones originadas en relaciones contractuales resultado de la adquisición y prestación de los servicios que la ley está en capacidad de ofertar esta caja de compensación familiar. COMFAMILIAR ATLÁNTICO informa que podrá recolectar datos personales de carácter biométrico con el fin de verificar la identidad de quienes solicitan subsidio y así prevenir los fraudes que afectan al sistema de compensación familiar en detrimento de los dineros públicos que gestiona como caja de compensación familiar. En cumplimiento de las funciones delegadas a las cajas de compensación familiar estas podrán tratar datos personales vinculados al régimen de fomento al empleo - FOSFEC. En atención al principio de legalidad esta caja de compensación tiene como obligaciones suministrar información a las autoridades y terceros que intervienen en el sistema de compensación familiar para verificar el estado de la afiliación; gestión de subsidios; atención de PQRS's; entre otras finalidades amparadas en un interés legítimo. Para los tratamientos y finalidades antes descritas COMFAMILIAR ATLÁNTICO podrá acudir a los datos personales de contacto suministrados por sus afiliados y beneficiarios, como pueden ser, correo electrónico, dirección física, teléfonos fijos o celulares, fax, entre otros, a través de los cuales podrá informar de manera verbal o escrita, usando cualquier tecnología presente o futura. Así mismo, cumpliendo las normas vigentes, se informa que los datos personales tratados en el marco de las finalidades vinculadas al sistema de compensación familiar y/o en relaciones contractuales podrán ser tratados directamente y/o a través de terceros, en condición de encargados del tratamiento de datos, en centro de datos ubicados dentro o fuera de Colombia, en territorios como Estados Unidos, Canadá, Europa, Latinoamérica o otros. Así mismo, para determinar la calidad y veracidad de los datos se podrán efectuar cruces de información con los entes del Estado, como lo es Catastro Municipal, Registraduría Civil, entre otros; y con otras cajas de compensación familiar, agremiaciones u otras entidades de protección social, en cumplimiento de las obligaciones de ley. El trabajador de manera expresa manifiesta con la entrega de los datos que hace por los diferentes canales dispuestos por esta caja de compensación, que los mismos son exactos, ciertos y pertinentes, acorde con la finalidad de afiliación y/o actualización y/o reporte de novedades al sistema de compensación familiar. Para el ejercicio del Habeas Data, el titular del dato personal o quien demuestre un legítimo interés, conforme lo señalado en la normatividad vigente, podrá hacerlo a través del siguiente correo electrónico: [privacidad@comfamiliar.com.co](mailto:privacidad@comfamiliar.com.co) o dirigiendo una comunicación a la siguiente dirección física: Calle 48 # 43 - 104 en la ciudad de Barranquilla. Quien ejerza el Habeas Data deberá suministrar con precisión los datos de contacto solicitados para efecto de tramitar, atender y responder su solicitud y desplegar las cargas para el ejercicio de sus derechos. Recibida la solicitud de ejercicio de Habeas Data, COMFAMILIAR ATLÁNTICO dará respuesta en los términos de ley.

*Daniela García*

FIRMA DEL TRABAJADOR

C.C. 1143406201

<b>OBLIGACIONES QUE SE CONTRAEN</b> <p>El trabajador se obliga con Comfamiliar Atlántico, para que en el evento que se produzca la terminación del contrato laboral y este haya recibido suma a buena cuenta del subsidio familiar, se le retendrá de su salario y prestaciones sociales las sumas adeudadas a la caja, para la cual el trabajador autoriza, al firmar este documento. Para todos los efectos legales certifico a que este formulario contiene una verdadera y completa información sobre los hijos, cónyuge o compañera (o), padres y hermanos.</p> <p><i>Daniela García</i></p> <p>FIRMA DEL TRABAJADOR C.C.</p>	<b>DIRECCIÓN DE LA EMPRESA</b> <p>El empleador se obliga con Comfamiliar Atlántico, para que el evento que se produzca la terminación del contrato laboral con el trabajador beneficiario del subsidio y este haya recibido suma a buena cuenta del subsidio familiar, le retendrá de su salario y prestaciones las sumas adeudadas a la caja.</p> <p><i>YOUTOURCING</i> <i>SENSI LTDA</i> <i>YOUTOURCING</i></p> <p>FIRMA DEL EMPLEADOR TELÉFONO:</p>	<b>RECIBIDO:</b> <p>_____</p> <p>AAAA - MM - DD</p> <p>_____</p>
---	---	---

A partir de la fecha de recibido de este formulario, se podrá hacer uso de los servicios de Comfamiliar Atlántico en los Centros de Atención, para esto solo deberá suministrar el nombre y número de la cédula del afiliado. La Tarjeta Multiservicios se entrega un (1) mes después de la fecha de recibido de este formulario.

**I. DATOS DEL TRÁMITE**

Leer las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite A. Afiliación B. Registro de novedades	2. Tipo de Afiliación A. Individual - Cotizante a cargo de Famisanar B. Individual - Cotizante a cargo de familiar adicional C. Familiar D. De afiliado	3. Régimen A. Prepagado B. Contributivo C. Subsidio	4. Tipo de afiliado A. Cotizante B. Cotizante de familia C. Beneficiario	5. Tipo de cotización A. Prepagado B. Contributivo C. Subsidio
---	---	--	---	---

6. Apellidos y nombres <b>Pallares</b>	7. Tipo de documento de identidad <b>CC</b>	8. Número del documento de identidad <b>9875379</b>	9. Sexo A. Masculino B. Femenino <b>X</b>	10. Fecha de nacimiento <b>19011975</b>
---	--	--	--	--

11. Ciudad <b>Medellín</b>	12. Dirección <b>calle 94 nº 29-25</b>	13. Teléfono <b>3146523017</b>	14. Correo electrónico <b>meconpal19@hotmail.com</b>	15. Fecha de radicación <b>19/11/2021</b>
-------------------------------	---	-----------------------------------	---	--

16. Apellidos y nombres <b>Hardey</b>	17. Tipo de documento de identidad <b>CC</b>	18. Número del documento de identidad <b>9875379</b>	19. Sexo A. Masculino B. Femenino <b>X</b>	20. Fecha de nacimiento <b>19011975</b>
--	---	---	---	--

21. Apellidos y nombres <b>Antoni</b>	22. Tipo de documento de identidad <b>CC</b>	23. Número del documento de identidad <b>9875379</b>	24. Sexo A. Masculino B. Femenino <b>X</b>	25. Fecha de nacimiento <b>19011975</b>
--	---	---	---	--

26. Apellidos y nombres <b>Hardey</b>	27. Tipo de documento de identidad <b>CC</b>	28. Número del documento de identidad <b>9875379</b>	29. Sexo A. Masculino B. Femenino <b>X</b>	30. Fecha de nacimiento <b>19011975</b>
--	---	---	---	--

31. Apellidos y nombres <b>Hardey</b>	32. Tipo de documento de identidad <b>CC</b>	33. Número del documento de identidad <b>9875379</b>	34. Sexo A. Masculino B. Femenino <b>X</b>	35. Fecha de nacimiento <b>19011975</b>
--	---	---	---	--

36. Apellidos y nombres <b>Hardey</b>	37. Tipo de documento de identidad <b>CC</b>	38. Número del documento de identidad <b>9875379</b>	39. Sexo A. Masculino B. Femenino <b>X</b>	40. Fecha de nacimiento <b>19011975</b>
--	---	---	---	--

41. Apellidos y nombres <b>Hardey</b>	42. Tipo de documento de identidad <b>CC</b>	43. Número del documento de identidad <b>9875379</b>	44. Sexo A. Masculino B. Femenino <b>X</b>	45. Fecha de nacimiento <b>19011975</b>
--	---	---	---	--

46. Apellidos y nombres <b>Hardey</b>	47. Tipo de documento de identidad <b>CC</b>	48. Número del documento de identidad <b>9875379</b>	49. Sexo A. Masculino B. Femenino <b>X</b>	50. Fecha de nacimiento <b>19011975</b>
--	---	---	---	--

51. Apellidos y nombres <b>Hardey</b>	52. Tipo de documento de identidad <b>CC</b>	53. Número del documento de identidad <b>9875379</b>	54. Sexo A. Masculino B. Femenino <b>X</b>	55. Fecha de nacimiento <b>19011975</b>
--	---	---	---	--

56. Apellidos y nombres <b>Hardey</b>	57. Tipo de documento de identidad <b>CC</b>	58. Número del documento de identidad <b>9875379</b>	59. Sexo A. Masculino B. Femenino <b>X</b>	60. Fecha de nacimiento <b>19011975</b>
--	---	---	---	--

61. Apellidos y nombres <b>Hardey</b>	62. Tipo de documento de identidad <b>CC</b>	63. Número del documento de identidad <b>9875379</b>	64. Sexo A. Masculino B. Femenino <b>X</b>	65. Fecha de nacimiento <b>19011975</b>
--	---	---	---	--

66. Apellidos y nombres <b>Hardey</b>	67. Tipo de documento de identidad <b>CC</b>	68. Número del documento de identidad <b>9875379</b>	69. Sexo A. Masculino B. Femenino <b>X</b>	70. Fecha de nacimiento <b>19011975</b>
--	---	---	---	--

71. Apellidos y nombres <b>Hardey</b>	72. Tipo de documento de identidad <b>CC</b>	73. Número del documento de identidad <b>9875379</b>	74. Sexo A. Masculino B. Femenino <b>X</b>	75. Fecha de nacimiento <b>19011975</b>
--	---	---	---	--

76. Apellidos y nombres <b>Hardey</b>	77. Tipo de documento de identidad <b>CC</b>	78. Número del documento de identidad <b>9875379</b>	79. Sexo A. Masculino B. Femenino <b>X</b>	80. Fecha de nacimiento <b>19011975</b>
--	---	---	---	--

81. Apellidos y nombres <b>Hardey</b>	82. Tipo de documento de identidad <b>CC</b>	83. Número del documento de identidad <b>9875379</b>	84. Sexo A. Masculino B. Femenino <b>X</b>	85. Fecha de nacimiento <b>19011975</b>
--	---	---	---	--

86. Apellidos y nombres <b>Hardey</b>	87. Tipo de documento de identidad <b>CC</b>	88. Número del documento de identidad <b>9875379</b>	89. Sexo A. Masculino B. Femenino <b>X</b>	90. Fecha de nacimiento <b>19011975</b>
--	---	---	---	--

Medellín, 08 de Noviembre de 2021

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

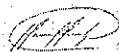
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de OUTSOURCING SEASIN LTDA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000006003 - CONTRATOS ATLANTICO 3, Clase de riesgo 3, Porcentaje de cotización 2.436%.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C9875379	PALLARES CADENA HAIDER ANTONIO	09/11/2021		i224nk93	DEPENDIENTE

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](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C633517362131231538

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 08/11/2021 08:45:42.

Los trabajadores marcados con asterisco (\*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (\*\*) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.52.85.38, 198.143.41.25, 172.16.42.57





**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:**

**HAIDER ANTONIO PALLARES CADENA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **9.875.379**,  
se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de  
Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Noviembre del 2021.

Cordialmente,

  
FONDO DE PENSIONES

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.





GRANDE  
COMO LOS  
SUEÑOS

## FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES

Antes de diligenciar este formulario lea las instrucciones

Los espacios sombreados son para uso exclusivo de la caja.

- ☒ Trabajador  
☐ Aumento de personas a cargo  
☐ Representante legal
- ☐ Independiente  
☐ Servicio doméstico  
☐ Madres comunitarias
- ☐ Taxistas independientes  
☐ Colombiano residente en el extranjero

Código empresa: NPT

Razón social empresa: afsurang Seasn cma

NIT: 900229503-2

### DATOS DEL TRABAJADOR(A)

Documento: ☒ C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ P.E.P. ☐ Pasaporte ☐ Carné diplomático  
☐ Certificado cabildo ☐ TMF (Tarjeta Movilidad Fronteriza) ☐ Visa No. 9875379

1er Apellido: Pallares

2do Apellido: Cadena

1er Nombre: Haider

2do Nombre: Antenio

Fecha de nacimiento: 19/01/1975

Sexo: ☐ Femenino ☒ Masculino

Dirección de residencia: calle 94 # 2D-25.

Barrio:

Municipio de residencia: Barranquilla

Teléfono:

Celular: 3146523019

Tipo de discapacidad: ☒ Ninguna ☐ Física ☐ Cognitiva

Correo electrónico: mecanopal15@hotmail.com

Nivel de escolaridad: ☐ Preescolar ☐ Básico adulto ☐ Tecnológico  
☐ Básico (1.º-5.º) ☐ Secundaria adulto ☐ Profesional universitario  
☒ Secundaria (6.º-9.º) ☐ Primera infancia ☐ Posgrado/Maestría  
☐ Media (10.º-11.º) ☐ Técnico ☐ Ninguno

Tipo de afiliado: ☒ Dependiente ☐ Por fidelidad ☐ Facultativo ☐ Con exención ☐ Voluntario

Estado civil: ☐ Casado (a) ☐ Unión libre ☐ Divorciado (a) ☐ Separado (a) ☐ Viudo (a) ☒ Soltero (a) (Nunca ha estado casado ni vivido en unión libre)

Municipio donde labora: Barranquilla

Ocupación/Cargo: S. General

Fecha ingreso empresa: 2021/1/09

Salario básico o promedio: 908526

Horas laborales mes: 240

Centro de costos:

### DATOS CONYUGE O COMPAÑERA(O) PERMANENTE

Documento: ☐ C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ P.E.P. ☐ Pasaporte ☐ Carné diplomático  
☐ Certificado cabildo ☐ TMF (Tarjeta Movilidad Fronteriza) ☐ Visa No. \_\_\_\_\_

1er Apellido:

2do Apellido:

1er Nombre:

2do Nombre:

Fecha de nacimiento:

Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino

Dirección de residencia:

Tipo de discapacidad: ☐ Ninguna ☐ Física ☐ Cognitiva

Labora: ☐ SI ☐ NO

Salario:

Empresa:

Conviven: ☐ SI ☐ NO

Nivel de escolaridad: ☐ Preescolar ☐ Básico adulto ☐ Tecnológico  
☐ Básico (1.º-5.º) ☐ Secundaria adulto ☐ Profesional universitario  
☐ Secundaria (6.º-9.º) ☐ Primera infancia ☐ Posgrado/Maestría  
☐ Media (10.º-11.º) ☐ Técnico ☐ Ninguno

# **DATOS SENSIBLES DEL TRABAJADOR - TIENE DERECHO DE CONTESTAR O NO ESTAS PREGUNTAS**

## **Factor de vulnerabilidad:**

- ☐ Desplazado      ☐ Dañificado por desastre natural Cabeza de familia      ☐ Población migrante  
☐ Víctima del conflicto armado (No desplazado)      ☐ Cabeza de familia      ☐ Población en zona de frontera (nacionales)  
☐ Desmovilizado o reinsertado      ☐ Hijo (a) de madres cabeza de familia      ☐ Ejercicio del trabajo sexual  
☐ Hijo (a) de desmovilizados o reinsertados      ☐ En condición de discapacidad      ☒ No aplica

## **Pertenencia étnica:**

- ☐ Afrocolombiano    ☐ Comunidad negra    ☐ Palenquero  
☐ Raíz del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina    ☐ Room/Gitano  
☒ No se autorreconoce en ninguno de los anteriores

## **Orientación sexual:**

- ☒ Heterosexual    ☐ Homosexual  
☐ Bisexual    ☐ No disponible

**Aviso de privacidad y autorización de tratamiento de datos por parte del afiliado para acceder a beneficios y/o como afiliado.** Entiende el AFILIADO que el aviso de privacidad dispuesto en la parte posterior, informa sobre las finalidades y tratamiento que por disposición legal debe realizar esta caja de compensación en el marco de las obligaciones que derivan del sistema de compensación familiar. El AFILIADO, mientras tenga tal calidad, a través de este aviso otorga su autorización expresa, informada e inequívoca para que esta caja de compensación remita información comercial, a través de los datos de contacto suministrados y/o resultado de actualizaciones, sobre los beneficios y descuentos a los que puede acceder como afiliado y/o beneficiario respecto de los servicios de educación, vivienda, recreación, salud, turismo, crédito, deporte, cultura, empleo que oferta esta organización a los afiliados. Para fines de crear valor y otorgar mejores beneficios a los afiliados y beneficiarios esta caja de compensación podrá realizar procesos de análisis de datos para un mejor conocimiento de los servicios y preferencias de los usuarios de estos. En aras de obtener mayor número de beneficios para los afiliados y beneficiarios es posible que esta organización celebre acuerdos comerciales con terceros como almacenes de cadena, establecimientos comerciales, establecimientos educativos, entre otros; caso en el cual estos deberán acceder a la información mencionada en esta cláusula para otorgarlos. Se informa que el pago de subsidios podrá realizarse a través de terceros. Es posible que esta organización y/o terceros mencionados para otorgar los descuentos y/o beneficios realicen consultas en bases de datos disponibles al público y en bases de datos de riesgo crediticio. El titular del dato en cualquier momento podrá ejercer el derecho al Habeas Data a través de las facultades de conocer, actualizar, rectificar, oponerse y/o suprimir su información; para ello podrá remitir comunicación electrónica al siguiente correo: [privacidad@comfamiliar.com.co](mailto:privacidad@comfamiliar.com.co) o dirigiendo una comunicación física a la siguiente dirección física: Calle 48 # 43 - 104 en la ciudad de Barranquilla. La Política de Privacidad puede ser consultada en el siguiente enlace web: [www.comfamiliar.com.co](http://www.comfamiliar.com.co) seleccionar política de privacidad o puede ser consultada en nuestras sedes.

**FIRMA DEL TRABAJADOR**

C.C.

**Aviso de privacidad:** La CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFAMILIAR ATLÁNTICO comunica al trabajador que la información personal que trata de estos la realiza por autorización de ley en virtud de las normas que regulan el régimen de los diferentes subsidios a cargo de las cajas de compensación familiar y demás normas legales que aplican a la luz del sistema de compensación familiar vigente en Colombia. Es posible que durante la afiliación al sistema de compensación familiar, actualizaciones, reportes y cumplimiento de las obligaciones legales que derivan de este régimen, COMFAMILIAR ATLÁNTICO recolecte además datos sensibles y/o de niños, niñas y adolescentes menores de edad, caso en el cual se aplicarán las medidas de seguridad que este tipo de datos requiera; los cuales serán tratados de acuerdo con el principio de seguridad, confidencialidad y demás principios aplicables al tratamiento de datos personales consagrado en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y Ley Estatutaria 1266 de 2008, cuando esta última sea de aplicación. Los datos personales serán tratados para cumplir con las finalidades vinculadas al régimen de compensación familiar, así como para cumplir con las obligaciones originadas en relaciones contractuales resultado de la adquisición y prestación de los servicios que la ley está en capacidad de ofertar esta caja de compensación familiar. COMFAMILIAR ATLÁNTICO informa que podrá recolectar datos personales de carácter biométrico con el fin de verificar la identidad de quienes solicitan subsidio y así prevenir los fraudes que afectan al sistema de compensación familiar en detrimento de los dineros públicos que gestiona como caja de compensación familiar. En cumplimiento de las funciones delegadas a las cajas de compensación familiar estas podrán tratar datos personales vinculados al régimen de fomento al empleo - FOSFEC. En atención al principio de legalidad esta caja de compensación tiene como obligaciones suministrar información a las autoridades y terceros que intervienen en el sistema de compensación familiar para verificar el estado de la afiliación, gestión de subsidios, atención de PQRSF's, entre otras finalidades amparadas en un interés legítimo. Para los tratamientos y finalidades antes descritas COMFAMILIAR ATLÁNTICO podrá acudir a los datos personales de contacto suministrados por sus afiliados y beneficiarios, como pueden ser, correo electrónico, dirección física, teléfonos fijos o celulares, fax, entre otros, a través de los cuales podrá informar de manera verbal o escrita, usando cualquier tecnología presente o futura. Así mismo, cumpliendo las normas vigentes, se informa que los datos personales tratados en el marco de las finalidades vinculadas al sistema de compensación familiar y/o en relaciones contractuales podrán ser tratados directamente y/o a través de terceros, en condición de encargados del tratamiento de datos, en centro de datos ubicados dentro o fuera de Colombia, en territorios como Estados Unidos, Canadá, Europa, Latinoamérica u otros. Así mismo, para determinar la calidad y veracidad de los datos se podrán efectuar cruces de información con los entes del Estado, como lo es Catastro Municipal, Registraduría Civil, entre otros; y con otras cajas de compensación familiar, agremiaciones u otras entidades de protección social, en cumplimiento de las obligaciones de ley. El trabajador de manera expresa manifiesta, con la entrega de los datos que hace por los diferentes canales dispuestos por esta caja de compensación, que los mismos son exactos, ciertos y pertinentes, acorde con la finalidad de afiliación y/o actualización y/o reporte de novedades al sistema de compensación familiar. Para el ejercicio del Habeas Data, el titular del dato personal o quien demuestre un legítimo interés conforme lo señalado en la normatividad vigente, podrá hacerlo a través del siguiente correo electrónico: [privacidad@comfamiliar.com.co](mailto:privacidad@comfamiliar.com.co) o dirigiendo una comunicación a la siguiente dirección física: Calle 48 # 43 - 104 en la ciudad de Barranquilla. Quien ejerza el Habeas Data deberá suministrar con precisión los datos de contacto solicitados para efecto de tramitar, atender y responder su solicitud y desplegar las cargas para el ejercicio de sus derechos. Recibida la solicitud de ejercicio de Habeas Data, COMFAMILIAR ATLÁNTICO dará respuesta en los términos de ley.

**FIRMA DEL TRABAJADOR**

C.C.

## **OBLIGACIONES QUE SE CONTRAEN**

El trabajador se obliga con Comfamiliar Atlántico, para que en el evento que se produzca la terminación del contrato laboral y este haya recibido suma a buena cuenta del subsidio familiar, se le retendrá de su salario y prestaciones sociales las sumas adeudadas a la caja, para la cual el trabajador autoriza, al firmar este documento. Para todos los efectos legales certifica a que este formulario contiene una verdadera y completa información sobre los hijos, cónyuge o compañera (o), padres y hermanos.

**FIRMA DEL TRABAJADOR**  
C.C.

## **DIRECCIÓN DE LA EMPRESA**

El empleador se obliga con Comfamiliar Atlántico, para que en el evento que se produzca la terminación del contrato laboral con el trabajador beneficiario del subsidio y este haya recibido suma a buena cuenta del subsidio familiar, le retendrá de su salario y prestaciones las sumas adeudadas a la caja.

**OUTSOURCING**  
**SEAN LTDA**  
**NIT 900.229.603-2**  
**FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA**  
**TELÉFONO:**

## **RECIBIDO:**

AAAA - MM - DD



COMANDO GENERAL  
FUERZAS MILITARES



FUERZA AÉREA  
COLOMBIANA  
ASÍ SE VA A LAS ESTRELLAS

**\*\*FAC-S-2021-213923-CI\*\***

Al contestar, cite este número

Página 1 de 2, de la Comunicación Radicado

No FAC-S-2021-213923-CI del 10 de noviembre de 2021 / MDN-COGFM-FAC-COFAC-JEMFA-CACOM3-SECOM-GRUCO31-ESDEF314-ODEFA

Señor Teniente Coronel

**WALTER ESTYD CAMARGO CASTELLANOS**

Comandante Grupo de Inteligencia

Malambo, Atántico

Asunto: Estudios de Seguridad Contrato Aseo y Jardinería 2021

Con toda atención me permito entregar al señor Teniente Coronel Comandante Grupo de Inteligencia los estudios de seguridad del personal que integra el nuevo contrato de aseo y Jardinería por medio de la orden de compra No 78836 como se relaciona a continuación:

NOMBRE	CEDULA	CELULAR	FECHA DE INGRESO	CARGO
Julieth Patricia Castro Acuña	32803001	3002162219	8/11/2021	ASEO
Gloribeth Lorena Yanes Arango	1129525173	3008608334	8/11/2021	ASEO
Saudid Paola Peña Escobar	32613824	3004811068	8/11/2021	ASEO
Daniela Garcia Ruiz	1143406201	3005056801	8/11/2021	ASEO
Ronald Jose de la Rosa solano	72097402	3004554358	8/11/2021	ASEO
Oliver Ariel Troya Silvera	8497028	3135134322	8/11/2021	ASEO
Daniamy Andres Vega Molina	1048221246	3024015883	8/11/2021	ASEO
Haider Antonio Pallares Cadena	9875379	3146523017	8/11/2021	JARDINERO
Alinton Antonio Medina	72099943	3107419651	8/11/2021	JARDINERO

**“ASÍ SE VA A LAS ESTRELLAS”**

Km 3. Vía Malambo - Conmutador (5) 3678550 Malambo, Colombia.

[anticorrupcion@fac.mil.co](mailto:anticorrupcion@fac.mil.co) - [unidadcorrespondenci@fac.mil.co](mailto:unidadcorrespondenci@fac.mil.co) - [tramiteslegales@fac.mil.co](mailto:tramiteslegales@fac.mil.co)

[www.fac.mil.co](http://www.fac.mil.co)



COMANDO GENERAL  
FUERZAS MILITARES



FUERZA AÉREA  
COLOMBIANA  
ASÍ SE VA A LAS ESTRELLAS

Jose Luis Lopez Gonzalez	8.745.252	3054050448	8/11/2021	JARDINERO

Lo anterior para su revisión y tramite.

Cordialmente;

Capitán FEDERICO GUEVARA FONSECA  
Comandante Escuadrilla Operaciones Defensa Aérea

Anexo: 10 Estudios de Seguridad en Físico  
Copia: T1 MARTINEZ / ELECAS

Elaboró: T1. MARTINEZ / ELECAS Aprobó: CT. GUEVARA / ODEFA

**“ASÍ SE VA A LAS ESTRELLAS”**

Km 3. Vía Malambo - Conmutador (5) 3678550 Malambo, Colombia.

[anticorrupcion@fac.mil.co](mailto:anticorrupcion@fac.mil.co) - [unidadcorrespondenci@fac.mil.co](mailto:unidadcorrespondenci@fac.mil.co) - [tramiteslegales@fac.mil.co](mailto:tramiteslegales@fac.mil.co)  
[www.fac.mil.co](http://www.fac.mil.co)

REGISTRO DE OPERACION  
CAJERO AUTOMATICO

CAJERO            FECHA    HORA    TRANS CAJERO  
MF\_SUCPPRA2 11/11/21 12:55 4967 5051

TIPO DE OPERACION            CONSIGNACION  
TIPO CUENTA DESTINO            CORRIENTE  
NUMERO CUENTA DESTINO        \*\*\*\*\*1171  
NOMBRE                    FAC COMANDO AEREO DE

VALOR EN BILLETES            \$100,000.00  
VALOR CONSIGNACION        \$100,000.00  
VALOR DEVOLUCION            \$0.00

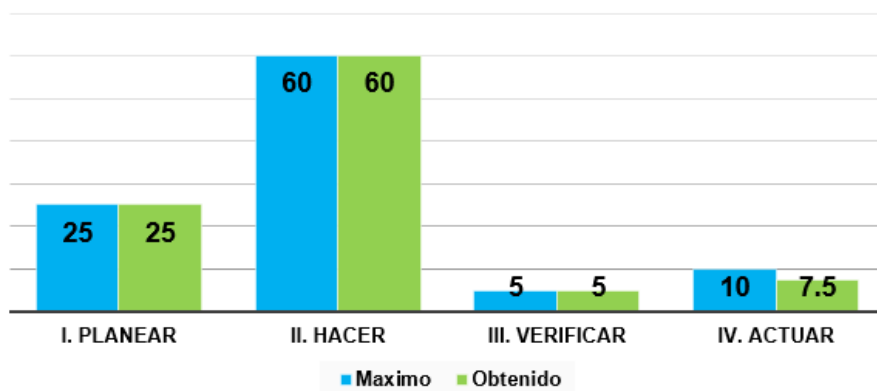
**BANCOLOMBIA**  
TODA TRANSACCION ESTA SUJETA  
A VERIFICACION Y APROBACION.

**CONSTANCIA**

La compañía Seguros de Vida Suramericana S.A, se permite informar que la empresa: OUTSOURCING SEASIN LTDA con NIT 900229503 se encuentra afiliada desde el 01/04/2014, actualmente desarrolla el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo (SG-SST); para ello, la empresa el día 23/12/2020, ha aplicado la herramienta diagnóstica de la Resolución 0312 de 2019, teniendo en cuenta la tabla de valores de los estándares mínimos, dando como resultado un valor de:

VALOR	INTERPRETACION
97.5%	ACEPTABLE

La distribución de este valor, según los estándares es:

**Desarrollo por Ciclo PHVA (%)**

Cabe anotar, que la empresa es responsable en el desarrollando de las actividades tendientes a dar cumplimiento a los requisitos normativos, al monitoreo, disminución y control de los riesgos como también a la implementación total del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

La presente constancia se expide a solicitud de la empresa.  
Dada en Bucaramanga el día 04 del mes enero del año 2021.

Atentamente,

Diana Carolina Rodríguez Moros  
Profesional en Promoción y Prevención  
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA – ARL SURA  
Bucaramanga





NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTÁ, D.C.			SUCURSAL ANTIGUO COUNTRY			COD.SUC 21	NO.PÓLIZA 21-44-101366144	ANEXO 0
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO		A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO		A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO	
04 11 2021	02 11 2021		00:00	30 05 2025		23:59	EMISION ORIGINAL	

## DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL SERVICIOS DE ASEO CAFETERIA Y MANTENIMIENTO INSTITUCIONAL OUTSOURCING SEASIN LTDA	IDENTIFICACIÓN NIT: 900.229.503-2
DIRECCIÓN: CR 21 A NRO. 35 - 94 CAÑAVERAL	CIUDAD: FLORIDABLANCA, SANTANDER TELÉFONO: 6387575

## DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO: MINISTERIO DE DEFENSA - FUERZA AEREA - COMANDO AEREO DE COMBATE NO.3	IDENTIFICACIÓN NIT: 800.141.629-9
DIRECCIÓN: CALLE 30 KM 3	CIUDAD: MALAMBO, ATLANTICO TELÉFONO 3678550

ADICIONAL:

## OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

ORDEN DE COMPRA N.78836 CUYO OBJETO ES LA ENTIDAD TIENE LA NECESIDAD DE CONSERVAR LAS INSTALACIONES DE LA UNIDAD, BRINDANDO UN AMBIENTE DE HIGIENE, SALUBRIDAD Y LIMPIEZA PARA LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, ASI COMO MINIMIZACION DE RIESGOS Y PELIGROS, COMO LOS ACTUALES RELACIONADOS CON LA EMERGENCIA, ECONOMICA, SOCIAL Y ECOLOGICA, DERIVADA DE LA PANDEMIA DEL COVID-19 EN COLOMBIA Y EN EL MUNDO

## AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	02/11/2021	30/11/2022	\$29,798,394.09
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	02/11/2021	30/05/2025	\$22,348,795.57

## ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
\$ ****167,983.00	\$ *****8,000.00	\$ *****33,436.00	\$ *****209,420.00	\$ *****52,147,189.66	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
E BROKER AGENCIA DE SEGUROS LTDA	38693	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 83 NO 19-10 - TELEFONO: 6-917963 - BOGOTÁ, D.C.

EVIDA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS  
EVIDA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS  
EVIDA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS  
EVIDA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS

21-44-101366144

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela A. Zarante B. - Secretaria General



FIRMA TOMADOR  
NIT. 900.229.503-2

	<b>PLAN DE GESTIÓN SOCIAL Y BIENESTAR</b>	CÓDIGO: PLHSEQ 06
		VERSIÓN: 01
		F.A. 21 DE OCTUBRE DE 2019

## INTRODUCCIÓN

El Bienestar Social de los empleados al servicio del estado deberá entenderse ante todo como la búsqueda de calidad de vida en general, en correspondencia de su dignidad humana, la cual armoniza con el aporte del bienestar social del ciudadano.

La calidad de vida laboral es solo uno de los aspectos del conjunto de efectos positivos que el trabajo bien diseñado refleja tanto en la organización como en cada uno de los funcionarios que están a su servicio.

El hombre en la historia de la evolución humana ha tenido siempre una relación permanente y estrecha con el medio que habita; ello ha generado cambios en la naturaleza y estos han incidido de manera particular sobre él. Esta relación se ha transformado respecto a los modos de apropiación y dominio que cada individuo realiza con dicho ambiente.

OUTSOURCING SEASIN LTDA, se ha direccionado sobre políticas enmarcadas en el bienestar social de la comunidad que definen estrategias y metas que orientan el desarrollar de proyectos y programas de bienestar, estímulos e incentivos en la institución, que a su vez propician el desarrollo integral de las personas y de los grupos que conforman la comunidad institucional mediante el mejoramiento del clima organizacional y de la calidad de vida de los trabajadores fomentando el buen desempeño de cada uno de los miembros que conforman el talento humano dentro de esta Institución.

El objetivo del Programa de Bienestar Social e Incentivos de OUTSOURCING SEASIN LTDA, es propiciar condiciones en el ambiente de trabajo que favorezca el desarrollo de la creatividad, la identidad, la participación y la seguridad laboral de los empleados de la entidad, así como, la eficacia, la eficiencia, la efectividad en su desempeño; y además

	<b>PLAN DE GESTIÓN SOCIAL Y BIENESTAR</b>	CÓDIGO: PLHSEQ 06
		VERSIÓN: 01
		F.A. 21 DE OCTUBRE DE 2019

fomentar actitudes favorables frente al servicio, desarrollar valores organizacionales y contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los empleados y su grupo familiar.

### **JUSTIFICACIÓN**

El área de Bienestar Social tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de los funcionarios y sus familias, elevando los niveles de satisfacción, eficiencia, eficacia y oportunidad; logrando que se sientan identificados plenamente con la organización.

Los Decretos 1567 de 1998 y 1227 de 2005, reglamentan los programas de Bienestar Social dirigidos a los funcionarios y su grupo familiar. Estos decretos contemplan que los programas de Bienestar Social, deben organizarse como procesos permanentes orientados a crear, mantener y mejorar las condiciones que favorezcan el desarrollo integral del empleado, mejorando así su nivel de vida y el de su familia.

### **PROGRAMA DE GESTIÓN SOCIAL**

#### **1. ALCANCE:**

El alcance del presente proyecto quiere ahondar en las políticas de responsabilidad social teniendo en cuenta las comunidades más vulnerables de las zonas en donde se realizan las operaciones propias de la empresa, por ende el Programa de Gestión Social de OUTSOURCING SEASIN LTDA quiere relacionarse en particular con poblaciones vulnerables de la zona quienes requieren de especial apoyo para mejorar su calidad de vida.

El alcance del proyecto es el de Contribuir a la salud bucal y general de la población objeto del contrato por medio de la prevención, curación y rehabilitación, así como detección oportuna de enfermedades sistémicas y remisión a centros especializados.

	<b>PLAN DE GESTIÓN SOCIAL Y BIENESTAR</b>	CÓDIGO: PLHSEQ 06
		VERSIÓN: 01
		F.A. 21 DE OCTUBRE DE 2019

## 2. **OBJETIVOS GENERALES:**

- Realizar un estudio y análisis de la necesidad y destinar un porcentaje de los recursos financieros de OUTSOURCING SEASIN LTDA para el mejoramiento de la satisfacción de la necesidad.

## 3. **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Analizar cuales son las necesidades de la zona de influencia
- Programar y realizar jornadas de salud oral
- Programa y realizar capacitaciones referentes al cuidado de la salud oral
- Entregar insumos para higiene oral

## 4. **RESPONSABLES**

### **La planeación del Programa de gestión social.**

- Gerencia

### **Ejecución del PGS.**

- Coordinador HSEQ

### **Comités activos**

- Comité de convivencia laboral
- Copasst
- Area de Seguridad y salud en el trabajo

### **Brigadas de emergencias**

COORDINADOR	CARGO	TELÉFONO	DEPENDENCIA
<b>Coord. de brigada</b>	<b>SAMUEL RODRIGUEZ DURAN</b>	3203332178	Coordinador Operativo
<b>Coord. de incendios</b>	<b>NELSON VERA ARAQUE</b>	3152324803	Supervisor

	<b>PLAN DE GESTIÓN SOCIAL Y BIENESTAR</b>	CÓDIGO: PLHSEQ 06
		VERSIÓN: 01
		F.A. 21 DE OCTUBRE DE 2019

<b>Coord. primeros auxilios</b>	<b>ADRIANA MARCELA CIFUENTES</b>	3184364414	Lider Operativo
<b>Coord. evacuación 1er piso</b>	<b>NESTOR URIBE</b>	6387575	BODEGA
<b>Coord. evacuación 2do piso</b>	<b>DEISY PAOLA CHAVEZ</b>	3164401225	Asistente Administrativo

## 5. ESTRUCTURA DEL PLAN ESTRATÉGICO

Conformada por el Gerente y por los coordinadores de programas sociales, tendrán las siguientes funciones:

- Programar, ejecutar y evaluar conjuntamente los programas de bienestar.
- Proponer programas acordes con las políticas de bienestar.
- Participar en la coordinación que demanda la ejecución de los programas en la dependencia.
- Divulgar, en las respectivas dependencias, los diferentes programas aprobados por la Dirección de Bienestar.

Los programas, proyectos y acciones del Área de Bienestar Social deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Autonomía responsable.
- Desarrollo de estrategias para aumentar el conocimiento de sí mismo (Autoconocimiento)
- Aprendizaje frente a las dificultades.
- Manejo del tiempo laboral y del tiempo libre.
- Propiciar condiciones en el ambiente de trabajo que favorezcan el desarrollo de la creatividad, la identidad, la participación y la seguridad laboral de los empleados de la entidad, así como la eficacia, la eficiencia y la efectividad en su desempeño; desarrollar

	<b>PLAN DE GESTIÓN SOCIAL Y BIENESTAR</b>	CÓDIGO: PLHSEQ 06
		VERSIÓN: 01
		F.A. 21 DE OCTUBRE DE 2019

valores organizacionales con responsabilidad social y ética administrativa, de tal forma que se genere el compromiso institucional y el sentido de pertenencia e identidad.

Contribuir, a través de acciones participativas basadas en la promoción y la prevención, a la construcción de un mejor nivel educativo, recreativo, habitacional y de salud de los empleados y de su grupo familiar.

En el Programa de Bienestar nos enfocamos en seis grandes aspectos:

- Calidad de Vida
- Promoción y Prevención de la salud
- Plan de Vida saludable
- Eventos y celebraciones
- Recreación y Deportes.

## 6. **PLANEACIÓN ESTRATÉGICA**

### **MISIÓN**

OUTSOURCING SEASIN LTDA es una empresa dedicada a la prestación de servicios de aseo, cafetería y mantenimiento de áreas, que cuenta con personal competente, apoyado con tecnología de punta disponible para alcanzar altos estándares de calidad, garantizando la flexibilidad y solución a las necesidades del cliente. Orienta sus procesos hacia la mejora continua, la responsabilidad social, la preservación del medio ambiente, la seguridad y salud de los trabajadores, ofreciendo los mejores beneficios para sus clientes internos y externos, proveedores y socios.

### **VISIÓN**

OUTSOURCING SEASIN LTDA, se proyecta en el año 2022 como empresa líder a nivel nacional con proyección internacional en la tercerización de servicios; reconocida por





## **PLAN DE GESTIÓN SOCIAL Y BIENESTAR**

CÓDIGO: PLHSEQ 06

VERSIÓN: 01

F.A. 21 DE OCTUBRE DE 2019

ofrecer a sus clientes soluciones óptimas en las actividades diarias de aseo, cafetería y mantenimiento de áreas, garantizando la seguridad de sus trabajadores y la preservación del medio ambiente.

### **7. FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES EN SST**

Rol	Responsabilidad
Gerente	Suministrar los recursos necesarios para el desarrollo de las actividades del SG-SST.
	Asignar y comunicar responsabilidades a los trabajadores en seguridad y salud en el trabajo dentro del marco de sus funciones.
	Garantizar la consulta y participación de los trabajadores en la identificación de los peligros y control de los riesgos, así como la participación a través del comité o vigía de Seguridad y Salud en el trabajo.
	Garantizar la supervisión de la seguridad y salud en el trabajo.
	Evaluar por lo menos una vez al año la gestión de seguridad y salud en el trabajo.
	Implementar los correctivos necesarios para el cumplimiento de metas y objetivos.
	Garantizar la disponibilidad de personal competente para liderar y controlar el desarrollo de la seguridad y salud en el trabajo.
	Garantizar un programa de inducción y entrenamiento para los trabajadores que ingresen a la empresa, independientemente de su forma de contratación y vinculación.
	Garantizar un programa de capacitación acorde con las necesidades específicas detectadas en la identificación de peligros y valoración de riesgos.
	Garantizar información oportuna sobre la gestión de seguridad y salud en el trabajo y canales de comunicación que permitan recolectar información manifestada por los trabajadores.
Jefes de área	Participar en la actualización del panorama de factores de riesgo
	Participar en la construcción y ejecución de planes de acción
	Promover la comprensión de la política en los trabajadores
	Informar sobre las necesidades de capacitación y entrenamiento en Seguridad y Salud en el Trabajo
	Participar en la investigación de los incidentes y accidentes de trabajo
	Participar en las inspecciones de seguridad.



## PLAN DE GESTIÓN SOCIAL Y BIENESTAR

CÓDIGO: PLHSEQ 06

VERSIÓN: 01

F.A. 21 DE OCTUBRE DE 2019

Responsable de Seguridad y Salud en el trabajo	Coordinar con los jefes de las áreas, la elaboración y actualización del panorama de factores de riesgos y hacer la priorización para focalizar la intervención.
	Validar o construir con los jefes de las áreas los planes de acción y hacer seguimiento a su cumplimiento.
	Promover la comprensión de la política en todos los niveles de la organización.
	Gestionar los recursos para cumplir con el plan de Seguridad y Salud en el Trabajo y hacer seguimiento a los indicadores.
	Coordinar las necesidades de capacitación en materia de prevención según los riesgos prioritarios y los niveles de la organización.
	Apoyar la investigación de los accidentes e incidentes de trabajo.
	Participar de las reuniones del Comité de Seguridad y Salud en el trabajo.
	Implementación y seguimiento del SG-SST.
Trabajadores	Conocer y tener clara la política de Seguridad y Salud en el Trabajo
	Procurar el cuidado integral de su salud.
	Suministrar información clara, completa y veraz sobre su estado de salud.
	Cumplir las normas de seguridad e higiene propias de la empresa.
	Participar en la prevención de riesgos profesionales mediante las actividades que se realicen en la empresa.
	Informar las condiciones de riesgo detectadas al jefe inmediato.
	Reportar inmediatamente todo accidente de trabajo o incidente.
Copasst o vigía ocupacional	Proponer a las directivas las actividades relacionadas con la salud y la seguridad de los trabajadores.
	Analizar las causas de accidentes y enfermedades.
	Visitar periódicamente las instalaciones.
	Acoger las sugerencias que presenten los trabajadores en materia de seguridad.
	Servir de punto de coordinación entre las directivas y los trabajadores para las situaciones relacionadas con Seguridad y Salud en el Trabajo.
Comité de convivencia	Recibir y dar trámite a las quejas presentadas en las que se describan situaciones que puedan constituir acoso laboral, así como las pruebas que las soportan.
	Examinar de manera confidencial los casos específicos o puntuales en los que se formule queja o reclamo, que pudieran tipificar conductas o circunstancias de acoso laboral, al interior de la entidad pública o empresa privada.
	Escuchar a las partes involucradas de manera individual sobre los hechos que dieron lugar a la queja.

	<b>PLAN DE GESTIÓN SOCIAL Y BIENESTAR</b>	CÓDIGO: PLHSEQ 06
		VERSIÓN: 01
		F.A. 21 DE OCTUBRE DE 2019

	Adelantar reuniones con el fin de crear un espacio de diálogo entre las partes involucradas, promoviendo compromisos mutuos para llegar a una solución efectiva de las controversias.
	Formular planes de mejora y hacer seguimiento a los compromisos,
	Presentar a la alta dirección de la entidad pública o la empresa privada las recomendaciones para el desarrollo efectivo de las medidas preventivas y correctivas del acoso laboral.
	Elaborar informes trimestrales sobre la gestión del Comité que incluya estadísticas de las quejas, seguimiento de los casos y recomendaciones.
Coordinador de alturas	Identificar peligros en el sitio en donde se realizan trabajos en alturas y adoptar las medidas correctivas y preventivas necesarias.
	Apoyar la elaboración de procedimientos para el trabajo seguro en alturas
	Inspeccionar anualmente el sistema de acceso para trabajo en alturas y sus componentes,
	Avalar la selección y uso específicos de cada sistema de acceso para trabajo en alturas, y de los sistemas de prevención y protección contra caídas aplicables.
	Verificar la instalación de los sistemas de protección contra caídas.

## 8. BIENESTAR SOCIAL Y PLAN DE INCENTIVOS

### ALCANCE

El Plan de Bienestar Social, Estímulos e Incentivos, se llevará a cabo durante el año 2016, dirigido a todos los empleados de OUTSOURCING SEASIN LTDA., y elaborado a partir de la identificación de situaciones reales que afectan el bienestar del trabajador. Los Programas de Bienestar, Incentivos y estímulos se aplicarán individualmente a los empleados de OUTSOURCING SEASIN LTDA., que cumplan los requisitos que para tal efecto se fijen. Los empleados provisionales, temporales y supernumerarios, al igual que los contratistas que lleven por lo menos un año de vinculación en OUTSOURCING SEASIN LTDA., podrán beneficiarse del Plan de Incentivos sólo si forman parte de los equipos de trabajo.

	<b>PLAN DE GESTIÓN SOCIAL Y BIENESTAR</b>	CÓDIGO: PLHSEQ 06
		VERSIÓN: 01
		F.A. 21 DE OCTUBRE DE 2019

## **PROGRAMA BIENESTAR SOCIAL**

Los programas de bienestar social deben organizarse a partir de las iniciativas de los trabajadores como procesos permanentes orientados a crear, mantener y mejorar las condiciones que favorezcan el desarrollo integral del empleado, el mejoramiento de su nivel de vida y el de su familia; así mismo deben permitir elevar los niveles de satisfacción, eficacia, eficiencia, efectividad e identificación del empleado con el servicio de la entidad en la cual labora. Dichos Planes y programas buscan contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los empleados administrativos de OUTSOURCING SEASIN LTDA. y su grupo familiar; garantizando su formación integral y de salud, para de esta manera puedan responder a sus necesidades dadas las permanentes requerimientos que en materia de medicina preventiva, capacitación, recreación y turismo se demande. Los servicios que se ofrecen para el bienestar social están dirigidos a promover la salud, prevenir enfermedades, adicciones y accidentes y elevar el nivel y calidad de vida, se otorgan mediante cursos, talleres, campañas y acciones de extensión, en el marco de las estrategias de promoción de la salud, mejoramiento de la economía individual y familiar, y educación para una vida mejor. Están sustentados en el comportamiento del proceso de educación para la salud y dirigidos a incidir a través de la formación de hábitos higiénicos orientación alimentaria, la ocupación creativa y productiva del tiempo libre, el conocimiento de los factores de riesgo a la salud individual y familiar, así como en su caso el control del padecimiento, de tal manera que la población a quien van dirigido el programa de bienestar social, identifique la responsabilidad y compromiso que implica conservar la salud, al adoptar estilos de vida saludables y la adopción oportuna de medidas anticipatorias que entren o al menos difieran la presentación de enfermedades.

El Programa de Bienestar Social está compuesto por las siguientes actividades:

### **➤ Actividades de Calidad de Vida**



## ***PLAN DE GESTIÓN SOCIAL Y BIENESTAR***

CÓDIGO: PLHSEQ 06

VERSIÓN: 01

F.A. 21 DE OCTUBRE DE 2019

- ✓ Mejoramiento del Clima organizacional
- ✓ Desvinculación laboral asistida
- ✓ Incentivos

### **➤ Actividades de Recreación y Deportes**

- ✓ Organizar y ejecutar actividades recreativas y deportivas tales como: Campeonatos de Fútbol, baloncesto, voleibol, rumba terapia, jornadas recreativas y deportivas, caminatas ecológicas, entre otros.

### **➤ Actividades de Integración, Sociales y Culturales**

- ✓ Organización y ejecución de actividades de integración, sociales y culturales tales como: Día de la mujer, Día de la Secretaria, Día de los Niños, Día del Amor y la Amistad, Aniversario Institucional, Almuerzos, Celebraciones de ceremonias que son importantes para la organización y Programas navideños, entre otras.

Las actividades culturales pueden ser Caminatas, excursiones, paseos y otras en las que se puede incluir el núcleo familiar.

### **➤ Actividades Promoción y Prevención de la Salud**

- ✓ Promoción y prevención de salud a través de campañas, Programa pausas activas, Realización de exámenes médicos ocupacionales, y charlas a través del área de Seguridad y salud en el trabajo.

## **PROGRAMA DE ESTÍMULOS E INCENTIVOS**

El Programa de Estímulos e Incentivos estará conformado por el conjunto interrelacionado y coherente de políticas, disposiciones legales que interactúan con el propósito de elevar

	<b>PLAN DE GESTIÓN SOCIAL Y BIENESTAR</b>	CÓDIGO: PLHSEQ 06
		VERSIÓN: 01
		F.A. 21 DE OCTUBRE DE 2019

los niveles de eficiencia, satisfacción, desarrollo y bienestar de los empleados de OUTSOURCING SEASIN LTDA en el desempeño de su labor y de contribuir al cumplimiento efectivo de los resultados institucionales, además pretende otorgar reconocimiento por el buen desempeño laboral, propiciando así una cultura de trabajo orientada hacia la calidad y productividad bajo el esquema de mayor compromiso para con los objetivos de la organización. Con el Propósito de mejorar el desempeño de los empleados de OUTSOURCING SEASIN LTDA a través de la premiación y reconocimiento de sus logros, habilidades y cualidades tanto personales como grupales (Equipos de Trabajo), tendiente a fortalecer la cultura de servicio al público y la generación y mantenimiento de ambientes de trabajo productivo que redunden en un mejor clima laboral en la entidad. Promoviendo y ejecutando acciones de Estímulo e Incentivos en los diferentes Niveles para motivar a los empleados e incorporarles los valores institucionales de compañerismo, trabajo en equipo, calidad de atención al público y disposición permanente de encontrar soluciones a los problemas cotidianos de cada dependencia.

El Programa de Incentivos tiene por objeto otorgar reconocimientos por el buen desempeño, propiciando así una cultura de trabajo el cual deberá estar orientado a la excelencia, a la calidad y productividad:

1. Crear condiciones favorables al desarrollo del trabajo, para que el desempeño laboral cumpla con los objetivos previstos.
2. Reconocer o premiar los resultados del desempeño en niveles de excelencia.

#### **LOS ESTÍMULOS E INCENTIVOS A TENER EN CUENTA SON:**

##### **De tipo Pecuniario:**

Reconocimiento Económico de un porcentaje % del sueldo mensual, el cual se asignará a los mejores Equipos de trabajo que se organicen en la empresa.



	<b>PLAN DE GESTIÓN SOCIAL Y BIENESTAR</b>	CÓDIGO: PLHSEQ 06
		VERSIÓN: 01
		F.A. 21 DE OCTUBRE DE 2019

Estímulo a la Formación Superior, OUTSOURCING SEASIN LTDA apoyará la financiación de la educación formal y hará parte de los programas de bienestar social; el cual estará dirigido a los empleados.

### **Incentivo No Pecuniario de Reconocimiento por Excelente Labor:**

Cada año finalizando el semestre OUTSOURCING SEASIN LTDA realizará una actividad general convocando a todos los trabajadores señalando los incentivos no remunerados, haciendo mención y reconocimiento a su desempeño mediante mecanismos de compensación y distinción en la organización.

### **MEDIOS DE COMUNICACIÓN EXTERNA E INTERNA**

Se establecerá por medio de los documentos PRHSEQ 02. Procedimiento para Comunicación Interna y Externa y PRHSEQ 16. Procedimiento de Participación, consulta y comunicación, respectivamente acorde con lo establecido en cada uno de ellos.

### **COMPETENCIA LABORAL EN EL SISTEMA DE GESTIÓN Y SALUD EN EL TRABAJO**

Se trabajará con base en lo establecido en el procedimiento PRRH 01. Procedimiento de Recurso Humano, el cual se describe todo el proceso de inducción, capacitación y entrenamiento.

#### ***Plan de Beneficios para sus Empleados***

SEASIN LTDA, pensando en sus empleados, ha realizado un convenio especial para su beneficio, el cual se describe a continuación:

<b>COBERTURAS</b>	<b>PLAN A</b>
Vida	10.000.000
Invalidez Desmembración o Inutilización por Accidente o Enfermedad	10.000.000
Perdida de la capacidad Laboral	5.000.000
Bono para Gastos Funerarios	2.000.000



## PLAN DE GESTIÓN SOCIAL Y BIENESTAR

CÓDIGO: PLHSEQ 06

VERSIÓN: 01

F.A. 21 DE OCTUBRE DE 2019

- **VIDA:** Sus beneficiarios recibirán un Capital de Respaldo, en caso de su fallecimiento prematuro.
- **BENEFICIOS POR INVALIDEZ, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN:** Si como consecuencia de un Accidente o Enfermedad, se reduce tu capacidad laboral en un 50% o más, SURA te reconoce un Beneficio en Dinero, de acuerdo con la siguiente tabla:

% A INDEMNIZAR	EVENTO
100%	Por toda lesión que te produzca una pérdida permanente de capacidad laboral igual o superior al 50%
	Pérdida total e irrecuperable de la visión por ambos ojos
	Pérdida o inutilización total y permanente de ambas manos o de ambos pies, o de una mano y un pie.
	Por la pérdida total e irrecuperable de la visión por un ojo, conjuntamente con la pérdida e inutilización total y permanente de una mano o de un pie.
	Por la pérdida total e irrecuperable del habla o de la audición por ambos oídos.
60%	Por la pérdida o inutilización total y permanente de una mano o de un pie
	Por la pérdida total e irrecuperable de la visión por un ojo.

- **PÉRDIDA PARCIAL DE LA CAPACIDAD LABORAL:** Si como consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad laboral pierdes entre el 20 y el 49% de tu capacidad laboral Sura te reconoce un beneficio en dinero, adicional al pago que realiza la ARL por ley.
- **AUXILIO FUNERARIO:** En caso de muerte, Sura pagará a los beneficiarios el valor asegurado estipulado en el cuadro de coberturas.

***¡SEASIN cuida a sus colaboradores!***

	<b>PLAN DE MANEJO AMBIENTAL</b>	CÓDIGO: PHSEQ 05
		VERSIÓN: 02
		FECHA: 23 DE ENERO DE 2021

## PROPÓSITO

El presente plan tiene como propósito describir las actividades que comprenden el manejo ambiental de los diferentes puestos de trabajo donde se presta el servicio desde su etapa de planificación, así como el desarrollo de este y los programas principales.

## ALCANCE

El presente documento aplica para todos los puestos de trabajo donde SEASIN LTDA. Presta sus servicios.

## DEFINICIONES


**Plan Manejo Ambiental:** Se denomina plan de manejo ambiental al plan que, de manera detallada, establece las acciones que se requieren para prevenir, mitigar, controlar, compensar y corregir los posibles efectos o impactos ambientales negativos causados en desarrollo de un proyecto, obra o actividad; incluye también los planes de seguimiento, evaluación, monitoreo y de contingencia.

**Reciclaje:** Es un proceso por el cual materiales de desecho, vuelven a ser introducidos en el proceso de producción y consumo, devolviéndoles su utilidad.

**Vertimientos:** Es cualquier descarga líquida hecha a un cuerpo de agua o a un alcantarillado

## PROGRAMAS AMBIENTALES:

En el presente plan se realiza la descripción de los principales programas, estableciendo el procedimiento para la gestión de estos.

	<b>PLAN DE MANEJO AMBIENTAL</b>	CÓDIGO: PHSEQ 05
		VERSIÓN: 02
		FECHA: 23 DE ENERO DE 2021

## **POLÍTICA DE GESTIÓN AMBIENTAL**

**OUTSOURCING SEASIN LTDA.** está comprometida con el desarrollo sostenible como un factor predominante dentro de su proceso productivo, fomentando todas aquellas acciones que favorecen la conservación del medio ambiente, con el compromiso de utilizar de manera eficiente y racional los recursos naturales, previniendo y controlando la contaminación dentro de la prestación del servicio a nivel nacional, siempre enfocando los procesos hacia la mejora continua.

### **Objetivos**

1. Garantizar el cumplimiento de la Legislación Ambiental aplicable y vigente.
2. Prevenir, Reducir y Mitigar los impactos ambientales que pueden llegar a generarse por la prestación del servicio.
3. Incentivar el uso eficiente y racional de los recursos naturales como el agua, la energía y el gas en las instalaciones propias y en las entidades donde se presta el servicio.
4. Apoyar iniciativas dirigidas a combatir el Cambio Climático y el calentamiento global.
5. Implementar buenas prácticas ambientales para el ahorro de agua, energía y consumibles; así como el efectivo tratamiento y disposición final de los residuos.
6. Contribuir a la sensibilización ambiental en los empleados, proveedores, contratistas y clientes con el fin de fomentar la protección y el cuidado de nuestro entorno.
7. Administrar por medio de un plan de Gestión Ambiental todos los indicadores derivados de las actividades.
8. Formular, desarrollar, aplicar y retroalimentar periódicamente nuestros objetivos y programas ambientales.

	<b>PLAN DE MANEJO AMBIENTAL</b>	CÓDIGO: PHSEQ 05
		VERSIÓN: 02
		FECHA: 23 DE ENERO DE 2021


## PROGRAMA GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS


### DOTACIÓN PARA EL MANEJO INTEGRAL DE RESIDUOS SÓLIDOS Y LÍQUIDOS

Durante la etapa de planificación y antes de iniciar la instalación de los contratos, se deberán identificar los sitios estratégicos para instalar los puntos de acopio y almacenamiento de los materiales y disposición de los diferentes residuos resultantes de la prestación del servicio, en caso de que así lo estipule el contrato pactado con los clientes, de no incluirlo, nuestro personal operativo deberá adaptarse a las disposiciones de la entidad o cliente, es decir, realizar la disposición de residuos resultantes de la prestación de servicios en los puntos de acopio establecidos por la entidad y serán dispuestos por las entidades de recolección de residuos municipales de la ciudad o según lo establezca el cliente.

Los residuos sólidos deben ser dispuestos en las canecas de los puntos ecológicos de acuerdo con la siguiente información, la cual se acoge a lo dispuesto en la Resolución No. 2184 de 2019:

### RESIDUOS APROVECHABLES

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ PLÁSTICO</li> <li>✓ CARTÓN</li> <li>✓ VIDRIO</li> <li>✓ PAPEL</li> <li>✓ METALES</li> </ul>
---	--

	<b>PLAN DE MANEJO AMBIENTAL</b>	CÓDIGO: PHSEQ 05
		VERSIÓN: 02
		FECHA: 23 DE ENERO DE 2021

**Recipiente de Color blanco:** Para depositar los residuos aprovechables como plástico, botellas, latas, vidrio, metales, papel y cartón. Estos residuos deben estar limpios de cualquier suciedad.

### RESIDUOS ORGÁNICOS APROVECHABLES

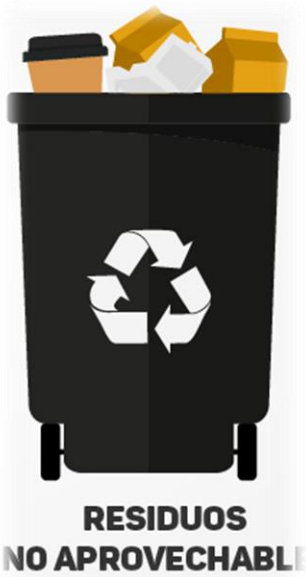


**Recipiente de Color verde:** Para depositar residuos orgánicos aprovechables como los restos de comida, desechos agrícolas etc.



	<b>PLAN DE MANEJO AMBIENTAL</b>	CÓDIGO: PHSEQ 05
		VERSIÓN: 02
		FECHA: 23 DE ENERO DE 2021


### RESIDUOS NO APROVECHABLES

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ PAPEL HIGIÉNICO.</li> <li>✓ SERVILLETAS</li> <li>✓ PAPELES Y CARTONES</li> <li>CONTAMINADOS CON</li> <li>COMIDA.</li> <li>✓ PAPELES METALIZADOS.</li> <li>✓ RECIPIENTES DE CARTÓN</li> <li>CONTAMINADOS.</li> </ul>
--	--

**Recipiente de Color negro:** Para depositar residuos no aprovechables como el papel higiénico; servilletas, papeles y cartones contaminados con comida; papeles metalizados, entre otros.

### RESIDUOS PELIGROSOS

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ BATERÍAS</li> <li>✓ PILAS</li> <li>✓ INSECTICIDAS</li> <li>✓ ACEITES</li> <li>✓ AEROSOLES.</li> </ul>
---	--

	<b>PLAN DE MANEJO AMBIENTAL</b>	CÓDIGO: PHSEQ 05
		VERSIÓN: 02
		FECHA: 23 DE ENERO DE 2021

	✓ PRODUCTOS  TECNOLÓGICOS  ✓ LUMINARIAS (FOTOS O BOMBILLOS)  ✓ RESIDUOS TÓXICOS.
--	---

## PROTOCOLO DE GESTIÓN DE RESIDUOS NO PELIGROSOS

Adelantar un programa de capacitación, recolección, almacenamiento y disposición final de los residuos no peligrosos generados por la prestación del servicio, con el fin de prevenir, controlar o mitigar la generación de material particulado, contaminación del agua, el aire y el suelo, generación de olores, vectores y roedores, obstrucción de cauces, alcantarillas, cunetas, etc., generación de lixiviados, contaminación visual, afectación de vecindarios, ocupación de espacios públicos.

Para llevar a cabo la gestión adecuada de los residuos no peligrosos es necesario tener en cuenta lo siguiente:

- Capacitar y/o formar al personal operativo y supervisor en el manejo adecuado y clasificación de residuos por lo menos una vez al año para garantizar el conocimiento y competencia.
- Clasificar los residuos sólidos para facilitar su transporte y disposición final, dando especial importancia a la separación o clasificación de los residuos reutilizables y/o reciclables.
- Seleccionar los sitios adecuados para el almacenamiento y/o acopio temporal de los residuos generados por la prestación del servicio, ya sean los indicados por el cliente o entidad o los dispuestos por SEASIN LTDA, de acuerdo con lo pactado en el contrato con el cliente o entidad.
- Almacenar los residuos preferiblemente en recipientes de plástico reutilizables, utilizando bolsas orgánicas desechables, para facilita su manipulación.

	<b>PLAN DE MANEJO AMBIENTAL</b>	CÓDIGO: PHSEQ 05
		VERSIÓN: 02
		FECHA: 23 DE ENERO DE 2021

- Lavar periódicamente los recipientes de almacenamiento para evitar que emanen malos olores y se conviertan en reservorio de vectores infecciosos.
- Proteger de la acción de la lluvia y del viento, el sitio de acopio temporal de los residuos sólidos ordinarios. Realizar la fumigación y limpieza para control de vectores y roedores de acuerdo con lo programado y estipulado por la entidad o cliente.
- Está prohibida la quema de cualquier tipo residuos, a no ser que se cuente con los debidos permisos por parte de las Autoridades Competentes.
- En caso de ser residuos de poda se debe realizar disposición final de acuerdo con los lineamientos ambientales y establecidos por la entidad o cliente.

### **PROTOCOLO DE MANEJO Y DISPOSICIÓN FINAL DE RESIDUOS PELIGROSOS**

Para los Residuos peligrosos se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Los residuos sólidos peligrosos generados por la prestación del servicio se deben depositar en bolsas y/o recipientes rojos. Nunca deben mezclarse con los residuos ordinarios, ni reciclables y no deben ser entregados a servicios municipales de aseo.
- En caso de que no tenga información sobre cómo manejar un determinado residuo, debe informar al supervisor, quien a su vez se comunicara con el área pertinente para recibir las instrucciones precisas sobre su manejo.
- Para los aceites usados generados por el mantenimiento de equipos, se debe realizar la disposición final adecuada con un gestor autorizado por la entidad. Estos aceites deben almacenarse en recipientes debidamente etiquetados y su almacenamiento no puede superar los 12 meses después de la fecha de envasado.
- Se debe contar con las licencias del gestor de residuos que se defina para el manejo de los residuos peligrosos y su disposición.
- Las Actas de disposición final deben estar archivadas y asegurar su custodia, con el fin de verificar y realizar trazabilidad a la disposición del residuo.
- Todos los residuos peligrosos deberán estar etiquetados antes de entregarse a su disposición.

	<b>PLAN DE MANEJO AMBIENTAL</b>	CÓDIGO: PHSEQ 05
		VERSIÓN: 02
		FECHA: 23 DE ENERO DE 2021

## **FUMIGACIÓN Y CONTROL DE ROEDORES Y VECTORES**

Es necesario mantener control sobre roedores y vectores; para ello, de acuerdo con las especificaciones técnicas del contrato pactado, si así se requiere, Outsourcing SEASIN LTDA. gestionará la solicitud de fumigación y control de roedores indicando el lugar que será intervenido, de lo contrario, la entidad o cliente tendrá la responsabilidad de programarlo.

Las personas o la entidad que realicen dicha fumigación deberán estar certificadas y acreditadas por la secretaría de salud para ejercer dichas actividades.


Los elementos que se utilicen para esta fumigación y limpieza es conveniente que estén clasificados como sustancias que no ocasionen daño a la capa de ozono.

## **PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE VERTIMIENTOS**

- Está prohibido verter a las alcantarillas el aceite usado en todas las actividades que se generen, este debe almacenarse en recipientes debidamente etiquetados "Residuo peligrosos y entregar a la entidad que hará la disposición final autorizado.
- Evitar que se obstruyan canaletas, sumideros y sistemas de tratamiento con residuos generados por la prestación del servicio, se debe realizar limpieza y mantenimiento a los sumideros de la entidad o cercanos.
- Evitar el tránsito, estacionamiento y empleo de vehículos y maquinaria en el lecho de las quebradas.
- Ubicar el almacenamiento de materiales lo más lejos posible del cuerpo de agua y debe contar con un cerramiento con el fin de evitar la dispersión de material por la acción del agua, también evitando que sea arrastrado por el agua de escorrentía superficial.

## **RECOMENDACIONES PARA QUE CONTRIBUYEN AL USO EFICIENTE DE LOS RECURSOS NATURALES:**

**Recomendaciones para el uso eficiente del agua.**

	<b>PLAN DE MANEJO AMBIENTAL</b>	CÓDIGO: PHSEQ 05
		VERSIÓN: 02
		FECHA: 23 DE ENERO DE 2021

- En caso de detectar fugas en la tubería, tanque sanitario o cualquier terminal de acueducto informar inmediatamente al supervisor, quien debe informar al área encargada para su reparación inmediata.
- No utilizar el sanitario como cesto de basura, ya que cada vez que jala la palanca para desalojar pañuelos desechables, algodón, etc. se desperdician hasta 12 litros de agua por descarga, además del riesgo de obstruir las tuberías del drenaje.
- Cerrar la llave del agua cuando se enjabona las manos.

**Recomendaciones para el uso eficiente de la energía.**

- Utilizar los aparatos de acuerdo con las recomendaciones de uso, mantenimiento y seguridad que aconseja el fabricante para prolongar su vida útil.
- Procurar apagar y desconectar los aparatos que no esté utilizando, al igual que las lámparas o luces de áreas donde no transitan personas.
- Al salir de su área de trabajo, apague la luz, equipos y todos los elementos eléctricos que se estén utilizando.
- Evita dejar abierta las puertas de neveras y hornos y reducir todo lo que se pueda el tiempo de duchas con agua caliente.

**PROGRAMA PARA EL CONTROL DE MATERIAL PARTICULADO (POLVO) Y RUIDO**

Para el control de todas aquellas acciones que puedan generar un incremento en los niveles de material particulado (polvo), gases de combustión y ruido, por la operación de maquinaria y equipos y las mismas actividades de prestación del servicio, es necesario tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Es necesario evitar la erosión por acción del viento, humedeciendo periódicamente las áreas o focos de emisión de polvo.
- Es necesario que el ruido producido por las actividades no supere el límite del nivel de presión sonora, que es de 85 dB. Se recomienda que la maquinaria y equipos a utilizar cuente con los elementos necesarios para el control de los niveles de presión sonora, al igual que los elementos de protección personal de quien los operara.

 OUTSOURCING SEASIN LTDA	<b>PLAN DE MANEJO AMBIENTAL</b>	CÓDIGO: PHSEQ 05
		VERSIÓN: 02
		FECHA: 23 DE ENERO DE 2021

## MANEJO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS

**Adquirir:** Al solicitar por primera vez un producto químico para la prestación del servicio, se debe solicitar también la Hoja de seguridad de esta. Ésta se guarda en el archivo de hojas de seguridad según corresponda. Además, se distribuye una copia de la Hoja de Seguridad para cada Sustancia o producto químico en los puestos de trabajo implicados. Es necesario realizar un inventario de las sustancias o productos que se manejan en la prestación del servicio utilizando el formato FRHSEQ 16 Listado de productos químicos.

**Recibir:** No se deben aceptar sustancias que no se encuentren debidamente identificadas y etiquetadas (nombre de la sustancia o del preparado; nombre, dirección completa y teléfono del responsable de la comercialización (fabricantes, importadores o distribuidores); información complementaria sobre el manejo seguro de sustancias) o sustancias con el embalaje dañado y que no cuenten con la hoja de seguridad.

**Almacenar:** El personal encargado debe llevar inmediatamente los productos químicos y las sustancias peligrosas al área asignada para tal efecto. El almacenamiento debe seguir las instrucciones de la Hoja de seguridad de cada sustancia o producto químico.

**Utilizar en el proceso operativo:** Al utilizar productos químicos y sustancias peligrosas se deben tener en cuenta las directrices específicas del fabricante consignadas en la etiqueta y en la hoja de seguridad de la sustancia o producto, teniendo en cuenta el manejo, elementos de protección personal, compatibilidad del producto o sustancia, etc.

**Actuar en emergencias:** En caso de derrame de una sustancia peligrosa, actuar según las indicaciones de la hoja de seguridad del producto o sustancia.

Para lo anterior se debe tener en cuenta lo indicado en el PRHSEQ 23. Procedimiento de manejo seguro de sustancias químicas.



# PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS Y LÍQUIDOS

---

En el presente documento se describe en forma detallada todas las actividades para llevar a cabo el manejo de residuos sólidos y líquidos.

<b>Elaboró:</b> Coordinador SGI	<b>Revisó:</b> Gerente General	<b>Aprobó:</b> Gerente General	<b>Copia controlada.</b>
------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------

	<b>PROCEDIMIENTO PARA MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS Y LÍQUIDOS</b>	<b>CÓDIGO: PRHSEQ 22</b>	<b>Página 01 de 07</b>
		<b>VERSIÓN: 04</b>	
		<b>Fecha: noviembre 28 de 2020</b>	

## Contenido

1. OBJETIVO.....	2
2. ALCANCE.....	2
3. ESPECIFICACIONES GENERALES.....	2
4. DEFINICIONES.....	2
5. RESPONSABLES.....	3
6. EJECUCIÓN.....	4
6.1. IDENTIFICACIÓN DE IMPACTOS AMBIENTALES RELACIONADOS CON LA GENERACIÓN DE RESIDUOS.....	4
6.2. CLASIFICACIÓN DE RESIDUOS.....	4
6.3. CAPACITACIÓN.....	6
7. DOCUMENTOS.....	7
8. HISTORIAL.....	7

	<b>PROCEDIMIENTO PARA MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS Y LÍQUIDOS</b>	<b>CÓDIGO: PRHSEQ 22</b>	<b>Página 02 de 07</b>
		<b>VERSIÓN: 04</b>	
		<b>Fecha: noviembre 28 de 2020</b>	

## 1. OBJETIVO

Proveer instrucciones para el manejo de los residuos sólidos y líquidos, peligrosos y no peligrosos, y definir las técnicas para reducir la cantidad de residuos generados; con el fin de crear, mantener y mejorar un ambiente seguro y saludable para todos los individuos relacionados con OUTSOURCING SEASIN LIMITADA, incluyendo empleados y visitantes.

## 2. ALCANCE

Este procedimiento aplica a todas las operaciones y actividades en OUTSOURCING SEASIN LIMITADA en las cuales se generan residuos sólidos y líquidos, peligrosos y no peligrosos.

## 3. ESPECIFICACIONES GENERALES

Quien deba realizar actividades de aseo y limpieza y genere residuos en OUTSOURCING SEASIN LIMITADA, o realice actividades en su nombre, debe cumplir con los requisitos establecidos en el presente documento.

## 4. DEFINICIONES

- **ALMACENAMIENTO.** Es el depósito temporal de residuos o desechos peligrosos en un espacio físico definido y por un tiempo determinado con carácter previo a su aprovechamiento y/o valorización, tratamiento y/o disposición final.
- **DISPOSICIÓN FINAL.** Es el proceso de aislar y confinar los residuos o desechos peligrosos, en especial los no aprovechables, en lugares especialmente seleccionados, diseñados y debidamente autorizados, para evitar la contaminación y los daños o riesgos a la salud humana y al ambiente.
- **CONTAMINACIÓN AMBIENTAL:** es la introducción de contaminantes a un medio natural que provocan en este un cambio adverso. El medio puede ser un ecosistema, un medio físico o un ser vivo. El contaminante puede ser una sustancia química, energía (como sonido, calor, luz o radiactividad). Es siempre una alteración negativa del estado natural del medio, y por lo general, se genera como consecuencia de la actividad humana considerándose una forma de impacto ambiental.
- **GENERADOR.** Cualquier persona cuya actividad produzca residuos o desechos peligrosos. Si la persona es desconocida será la persona que está en posesión de estos residuos. El fabricante o importador de un producto o sustancia química con propiedad peligrosa, para los efectos del presente decreto se equipará a un generador, en cuanto a la responsabilidad por el manejo de los embalajes y residuos del producto o sustancia.
- **GESTIÓN AMBIENTAL o GESTIÓN DEL MEDIO AMBIENTE:** conjunto de diligencias conducentes al manejo integral del sistema ambiental. Dicho de otro modo, e incluyendo el concepto de desarrollo sostenible o sustentable, es la estrategia mediante la cual se

 <small>OUTSOURCING SEASON LTDA</small>	<b>PROCEDIMIENTO PARA MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS Y LÍQUIDOS</b>	<b>CÓDIGO: PRHSEQ 22</b>	<b>Página 03 de 07</b>
		<b>VERSIÓN: 04</b>	
		<b>Fecha: noviembre 28 de 2020</b>	

organizan las actividades antrópicas que afectan al medio ambiente, con el fin de lograr una adecuada calidad de vida, previniendo o mitigando los problemas ambientales.

La gestión ambiental responde al "cómo hay que hacer" para conseguir lo planteado por el desarrollo sostenible, es decir, para conseguir un equilibrio adecuado para el desarrollo económico, crecimiento de la población, uso racional de los recursos y protección y conservación del ambiente. Abarca un concepto integrador superior al del manejo ambiental: de esta forma no sólo están las acciones a ejecutarse por la parte operativa, sino también las directrices, lineamientos y políticas formuladas desde los entes rectores, que terminan mediando la implementación.

- **GESTIÓN INTEGRAL.** Conjunto articulado e interrelacionado de acciones de política, normativas, operativas, financieras, de planeación, administrativas, sociales, educativas, de evaluación, seguimiento y monitoreo desde la prevención de la generación hasta la disposición final de los residuos o desechos peligrosos, a fin de lograr beneficios ambientales, la optimización económica de su manejo y su aceptación social, respondiendo a las necesidades y circunstancias de cada localidad o región.

- **RESIDUO O DESECHO.** Es cualquier objeto, material, sustancia, elemento o producto que se encuentra en estado sólido o semisólido, o es un líquido o gas contenido en recipientes o depósitos, cuyo generador descarta, rechaza o entrega porque sus propiedades no permiten usarlo nuevamente en la actividad que lo generó o porque la legislación o la normatividad vigente así lo estipula.

- **RESIDUO O DESECHO PELIGROSO.** Es aquel residuo o desecho que por sus características corrosivas, reactivas, explosivas, tóxicas, inflamables, infecciosas o radiactivas puede causar riesgo o daño para la salud humana y el ambiente. Así mismo, se considera residuo o desecho peligroso los envases, empaques y embalajes que hayan estado en contacto con ellos.

- **RIESGO.** Probabilidad o posibilidad de que el manejo, la liberación al ambiente y la exposición a un material o residuo, ocasionen efectos adversos en la salud humana y/o al ambiente.

- **SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL:** es la parte del sistema de gestión de una organización que centra su atención en las interacciones de ésta con el medio ambiente. Los sistemas de gestión ambiental integran todos los aspectos de la gestión de la organización que tienen efectos sobre el entorno ambiental.

## 5. RESPONSABLES

### Gerencia

\_ Suministrar los recursos financieros, humanos y demás para la realización de las actividades del Programa.

\_ La implementación de los controles sugeridos.  
Coordinador SGI.

 <small>OUTSOURCING SEASIN LTDA</small>	<b>PROCEDIMIENTO PARA MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS Y LÍQUIDOS</b>	<b>CÓDIGO: PRHSEQ 22</b>	<b>Página 04 de 07</b>
		<b>VERSIÓN: 04</b>	
		<b>Fecha: noviembre 28 de 2020</b>	

- \_ Es responsabilidad del coordinador realizar la capacitación del personal y divulgar el presente procedimiento.
- \_ Gestionar la implementación de medidas técnicas y administrativas de control requeridas.

### **Coordinador y Supervisor Operativo**

- \_ Reportar actos y condiciones inseguras de su conocimiento asociados a las actividades y puestos de trabajo.
- \_ Asegurar la implementación de las normas de seguridad definidas en el presente procedimiento.
- \_ Realizar auditorías a los puestos de trabajo verificando la adecuada ubicación, clasificación y disposición final de residuos.

## **6. EJECUCIÓN**

### **6.1. IDENTIFICACIÓN DE IMPACTOS AMBIENTALES RELACIONADOS CON LA GENERACIÓN DE RESIDUOS**

La clasificación y disposición de residuos sólidos y líquidos, peligrosos y no peligrosos, están identificadas en la “**FRHSEQ 62 Matriz de aspectos e impactos ambientales**”. La selección de medidas de mitigación y disposición de las actividades de limpieza y aseo está relacionada con los requisitos determinados con cada Cliente y la normatividad nacional vigente aplicable.

### **6.2. CLASIFICACIÓN DE RESIDUOS**

Los residuos sólidos generados en la sede administrativa están relacionados con el uso de papel, fluorescentes, tóner de tinta, embalajes, baterías, material orgánico, plástico, vidrio, y residuos domésticos.

Los residuos peligrosos de la Sede Administrativa (fluorescentes, tóner de tinta, baterías, partes de computadores, baterías), son almacenados por el Auxiliar de Bodega siguiendo las recomendaciones especificadas en cada caso para ser entregadas a Proveedores para su disposición final con Empresas debidamente certificadas.

Para la recolección de los residuos domésticos sólidos y líquidos se cuenta con el servicio de aseo y alcantarillado municipal.


Cuando se generan residuos en los servicios de aseo y limpieza, éstos son clasificados y dispuestos de acuerdo con las recomendaciones del Cliente y de acuerdo con lo estipulado por la normatividad ambiental nacional vigente. En caso de que el cliente no determine este manejo, OUTSOURCING SEASIN LIMITADA dará el mismo manejo que a los residuos generados en la Sede Administrativa.

	<b>PROCEDIMIENTO PARA MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS Y LÍQUIDOS</b>	<b>CÓDIGO: PRHSEQ 22</b>	<b>Página 05</b> de 07
		<b>VERSIÓN: 04</b>	
		<b>Fecha: noviembre 28 de 2020</b>	

Para la disposición de llantas en desuso, aceite quemado y baterías en desuso de los vehículos, se contrata el servicio de disposición final con Empresas debidamente certificadas.

Los residuos sólidos deben ser dispuestos en las canecas de los puntos ecológicos de acuerdo con la siguiente información, la cual se acoge a lo dispuesto en la Resolución No. 2184 de 2019:

### RESIDUOS APROVECHABLES

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ PLÁSTICO</li> <li>✓ CARTÓN</li> <li>✓ VIDRIO</li> <li>✓ PAPEL</li> <li>✓ METALES</li> </ul>
--	--

**Recipiente de Color blanco:** Para depositar los residuos aprovechables como plástico, botellas, latas, vidrio, metales, papel y cartón. Estos residuos deben estar limpios de cualquier suciedad.




	<b>PROCEDIMIENTO PARA MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS Y LÍQUIDOS</b>	<b>CÓDIGO: PRHSEQ 22</b>	<b>Página 06 de 07</b>
		<b>VERSIÓN: 04</b>	
		<b>Fecha: noviembre 28 de 2020</b>	

### RESIDUOS ORGÁNICOS APROVECHABLES

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ RESTOS DE COMIDA.</li> <li>✓ DESECHOS AGRÍCOLAS</li> </ul>
--	---

**Recipiente de Color verde:** Para depositar residuos orgánicos aprovechables como los restos de comida, desechos agrícolas etc.

### RESIDUOS NO APROVECHABLES

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ PAPEL HIGIÉNICO.</li> <li>✓ SERVILLETAS</li> <li>✓ PAPELES Y CARTONES CONTAMINADOS CON COMIDA.</li> <li>✓ PAPELES METALIZADOS.</li> <li>✓ RECIPIENTES DE CARTÓN CONTAMINADOS.</li> </ul>
---	---

	<b>PROCEDIMIENTO PARA MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS Y LÍQUIDOS</b>	<b>CÓDIGO: PRHSEQ 22</b>	<b>Página 07 de 07</b>
		<b>VERSIÓN: 04</b>	
		<b>Fecha: noviembre 28 de 2020</b>	

**Recipiente de Color negro:** Para depositar residuos no aprovechables como el papel higiénico; servilletas, papeles y cartones contaminados con comida; papeles metalizados, entre otros.

## RESIDUOS PELIGROSOS

	✓ BATERÍAS
	✓ PILAS
	✓ INSECTICIDAS
	✓ ACEITES
	✓ AEROSOLLES.
	✓ PRODUCTOS TECNOLÓGICOS
	✓ LUMINARIAS (FOTOS O BOMBILLOS)
	✓ RESIDUOS TÓXICOS.

	<b>PROCEDIMIENTO PARA MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS Y LÍQUIDOS</b>	CÓDIGO: PRHSEQ 22	Página 08 de 07
		VERSIÓN: 04	
		Fecha: noviembre 28 de 2020	

 <p><b>DESECHOS PELIGROSOS DE TIPO BIOLÓGICO:</b> Peligrosos, infecciosos, anatómicos y animales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ RESIDUOS HOSPITALARIOS (jeringas, algodones, gasas, instrumentos para procedimientos, etc.).</li> <li>✓ FÁRMACOS VENCIDOS.</li> </ul>
---	--

**Recipiente de Color rojo:** Para depositar residuos peligrosos de tipo hospitalarios, farmacéuticos, tecnológicos, residuos tóxicos, baterías, pilas, lámparas fluorescentes, entre otros. Es necesario tener presente que el tipo de residuo peligroso (Tecnológicos, industriales u hospitalarios) deben ir en recipientes diferentes dependiendo del tipo. Todos los recipientes recolectores de residuos deben tener bolsa plástica del mismo color del recipiente.

### 6.3. CAPACITACIÓN

La capacitación debe incluir tanto elementos teóricos como prácticos en la recolección, clasificación por tipo de residuo (clasificación en la fuente), almacenamiento y disposición de residuos sólidos y líquidos,

De la misma manera, debe incluir los mecanismos definidos por OUTSOURCING SEASIN LIMITADA para la disminución de su generación y ahorro de recursos.

Se realizarán campañas visuales relacionadas con el control del consumo de agua, energía, clasificación de residuos, prevención de derrames, disposición adecuada de residuos peligrosos generados en oficinas y los residuos peligrosos generados en aseo y limpieza.

### 6.4. INSPECCIONES

Mensualmente cada Supervisor Operativo realiza inspección locativa utilizando el formato **“FRHSEQ 58 INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL”** con el fin de identificar el estado, uso y mantenimiento de los EPP suministrados al personal, así como las necesidades de reposición fuera de fechas de suministro.

## 6.5. DISPOSICIÓN FINAL

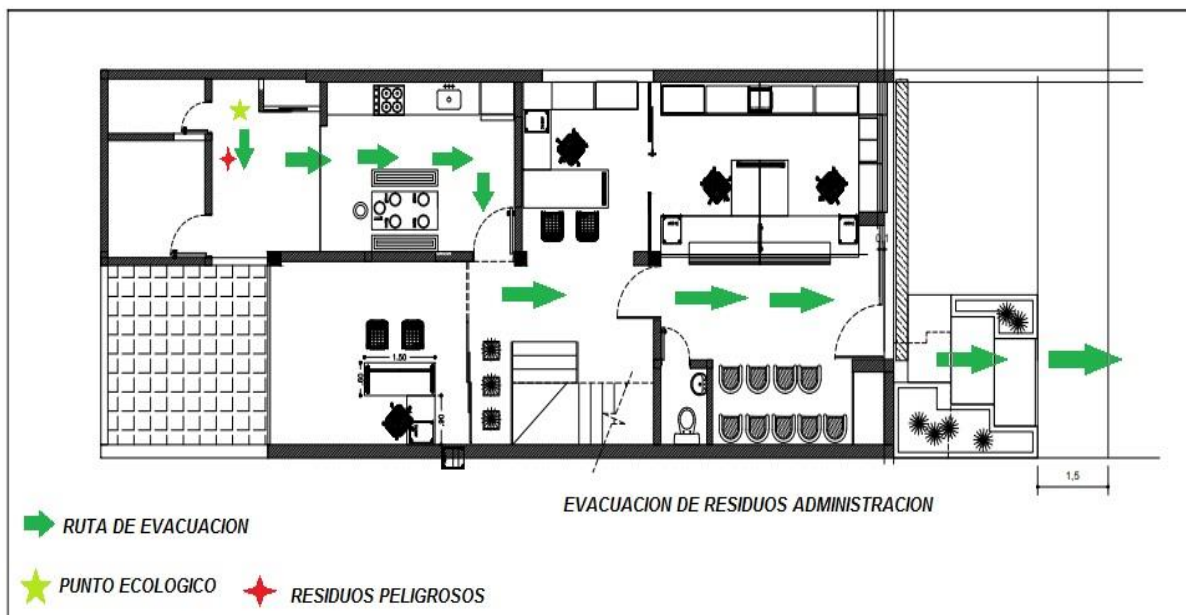
Los residuos especiales o peligrosos se entregan a los Proveedores certificados para su respectiva disposición final, dejando el registro respectivo.

La Coordinación de compras es el área responsable de solicitar y llevar el registro de las certificaciones solicitadas a los Proveedores seleccionados.

## HORARIOS DE RECOLECCIÓN DE RESIDUOS

FECHAS	HORARIOS	TIPO DE RESIDUOS	RESPONSABLE	GESTOR DE RESIDUOS
Finales de mes	5 pm	Materiales contaminados Residuos químicos Metales. EPP y Dotación.	Líder HSE	Edepsa E.S.P. Soluciones ambientales.

## ROUTAS DE EVACUACIÓN Y ENTREGA DE RESIDUOS ÁREA ADMINISTRATIVA



	<b>PROCEDIMIENTO PARA MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS Y LÍQUIDOS</b>	<b>CÓDIGO: PRHSEQ 22</b>	<b>Página 0 10 de 07</b>
		<b>VERSIÓN: 04</b>	
		<b>Fecha: noviembre 28 de 2020</b>	


La ruta de evacuación de residuos de los diferentes puestos de trabajo donde se presta el servicio depende de lo estipulado por la entidad cliente de acuerdo a sus protocolos, a los cuales el personal operativo se acoge.

## 7. DOCUMENTOS

- **FRHSEQ 62** Matriz de aspectos e impactos ambientales
- **FRHSEQ 58** Inspección elementos de protección personal.

## 8. HISTORIAL

VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	DISTRIBUCIÓN
<b>01</b>	Emisión del documento	<b>Líder HSE</b>
<b>02</b>	Actualización de rutas de evacuación de residuos	<b>Líder HSE</b>
<b>03</b>	Actualización formato de Inspección de EPP nombrado en el numeral 6.3 del documento.	<b>Líder HSE</b>
<b>04</b>	Inclusión y actualización de acuerdo con el nuevo código nacional de colores para la separación de residuos en la fuente. Resolución 2184 de 2019.	<b>Líder HSE</b>

	<b>PROTOCOLO DE MANEJO, GESTION Y DISPOSICION DE RESIDUOS PELIGROSOS Y NO PELIGROSOS</b>	<b>CÓDIGO: PRHSEQ 29</b>
		<b>VERSIÓN 01</b>
		<b>F.A. SEPTIEMBRE 13 DE 2019</b>

## 1. INTRODUCCIÓN.

El Protocolo de *OUTSOURCING SEASIN LIMITADA* se estableció con el fin de caracterizar los residuos que se generan en cada uno de los procesos administrativos y operativos, puntos de generación, cantidad, clases de residuos. De igual manera establecer las actividades de segregación, clasificación, movimiento interno, almacenamiento temporal y disposición final de los mismos.

Al implementar el Protocolo en *OUTSOURCING SEASIN LIMITADA* se logra un manejo adecuado de los residuos sólidos de todas las áreas incluidas la piscina y sus alrededores.

## 2. PROPÓSITO.


- ✓ Disminuir el riesgo de afectación a la comunidad por la contaminación causada por los residuos sólidos generados en el área de la piscina y sus alrededores.
- ✓ Favorecer el cuidado del medio ambiente y de la salud humana mediante los procedimientos que garanticen una eficiente labor de recolección, manejo y disposición de residuos sólidos, peligrosos y no peligrosos.

## 3. ALCANCE

Este protocolo aplica a todos los residuos sólidos, peligrosos y no peligrosos generados y a las personas que intervienen en las diferentes actividades que se realizan en el áreas de prestación de servicio y sus alrededores por parte de *OUTSOURCING SEASIN LIMITADA*.

## 4. DEFINICIONES

**Aprovechamiento:** Proceso mediante el cual, a través de un manejo integral de los residuos sólidos y líquidos, los materiales recuperados se reincorporan al ciclo económico y productivo en forma eficiente, por medio de la reutilización, el reciclaje, la incineración con fines de generación de energía, el compostaje o cualquier otra modalidad que conlleve beneficios sanitarios, ambientales o económicos. (*Guía Ambiental para Residuos Sólidos- Ministerio de Ambiente Vivienda y Desarrollo Territorial*).

	<b>PROTOCOLO DE MANEJO, GESTION Y DISPOSICION DE RESIDUOS PELIGROSOS Y NO PELIGROSOS</b>	<b>CÓDIGO:</b>
		<b>PRHSEQ 29</b>
		<b>VERSIÓN 01</b>
		<b>F.A.</b>
		<b>SEPTIEMBRE</b>
		<b>13 DE 2019</b>

**Basura:** Todo material o sustancia sólida o semisólida de naturaleza ordinaria, de origen orgánico o inorgánico, putrescible o no, proveniente de actividades domésticas, industriales, comerciales e institucionales y de servicios, que no ofrece ninguna posibilidad de aprovechamiento, a través de un proceso productivo. (Guía Ambiental para Residuos Sólidos- Ministerio de Ambiente Vivienda y Desarrollo Territorial).

**Generador:** Persona natural o jurídica que genere un residuo de control prioritario. (Guía Ambiental para Residuos Sólidos- Ministerio de Ambiente Vivienda y Desarrollo Territorial).

**Gestión externa:** Manejo, transporte, almacenamiento y disposición por parte de empresas gestoras externas de los residuos que salen de *OUTSOURCING SEASIN LIMITADA*.

**Gestión interna:** Manejo, transporte, almacenamiento y disposición de los residuos dentro de *OUTSOURCING SEASIN LIMITADA*.


**Gestor autorizado de residuos peligrosos:** Empresa debidamente avalada por la autoridad ambiental para realizar la recolección, transporte y disposición final de los residuos peligrosos. (Política Ambiental para la Gestión Integral de Desechos o Residuos Peligrosos – MAVDT).

**Manejo:** Conjunto de actividades que se realizan desde la generación hasta la eliminación del residuo o desecho. Comprende las actividades de separación en la fuente, recolección, transporte, almacenamiento, tratamiento, disposición final y/o eliminación de los residuos. (Guía Ambiental para Residuos Sólidos- Ministerio de Ambiente Vivienda y Desarrollo Territorial).

**Peligrosidad de un residuo, producto o sustancia:** Características intrínsecas de ser infeccioso, combustible, inflamable, explosivo, volátil, corrosivo, reactivo y tóxico, además de otras definidas por las autoridades ambientales competentes como causantes de daño o deterioro a la calidad del medio ambiente o de la salud humana. (Decreto 4741/05).

**Residuo:** Material resultante de las actividades humanas que deja de ser útil, funcional o estético para quien lo genera, pudiendo encontrarse en estado sólido, semisólido o líquido, o en estado líquido o gaseoso cuando está contenido en un envase cerrado. Incluye productos usados y obsoletos. (Guía Ambiental para Residuos Sólidos- Ministerio de Ambiente Vivienda y Desarrollo Territorial).



	<b>PROTOCOLO DE MANEJO, GESTION Y DISPOSICION DE RESIDUOS PELIGROSOS Y NO PELIGROSOS</b>	<b>CÓDIGO: PRHSEQ 29</b>
		<b>VERSIÓN 01</b>
		<b>F.A. SEPTIEMBRE 13 DE 2019</b>

**Residuo ordinario (RO):** Es todo material o sustancia sólida o semisólida de origen orgánico e inorgánico, putrescible o no, proveniente de actividades domésticas, industriales, comerciales, institucionales, de servicios, que no ofrece ninguna posibilidad de aprovechamiento, reutilización o reincorporación a un proceso productivo. Son residuos sólidos que no tienen ningún valor comercial, requieren tratamiento y disposición final y por lo tanto generan costos de disposición. (*Guía Ambiental para Residuos Sólidos- Ministerio de Ambiente Vivienda y Desarrollo Territorial*).

**Residuo peligroso (respel):** Es aquel que por sus características infecciosas, tóxicas, explosivas, corrosivas, inflamables, volátiles, combustibles, radiactivas o reactivas pueden causar riesgo a la salud humana. También son residuos peligrosos aquellos que sin serlo en su forma original se transforman por procesos naturales en residuos peligrosos. Así mismo, se consideran respel los envases, empaques y embalajes que hayan estado en contacto con ellos.

**Residuo reciclable (RR):** Es cualquier material, objeto, sustancia o elemento sólido que no tiene valor de uso directo o indirecto para quien lo genere, pero que es susceptible de incorporación a un proceso productivo.


**Residuo sólido:** Es cualquier objeto, material, sustancia o elemento sólido resultante del consumo o uso de un bien en actividades domésticas, industriales, comerciales, institucionales, de servicios, que el generador abandona, rechaza o entrega y que es susceptible de aprovechamiento o transformación en un nuevo bien, con valor económico o de disposición final. Los residuos sólidos se dividen en aprovechables y no aprovechables. Igualmente, se consideran como residuos sólidos aquellos provenientes del barrido de áreas públicas.

## **5. GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS.**

### **5.1 Puntos de generación:**

Las áreas de generación de residuos sólidos son: todas las áreas en donde se realiza la prestación de servicio.

### **5.2 Generadores:**

	<b>PROTOCOLO DE MANEJO, GESTION Y DISPOSICION DE RESIDUOS PELIGROSOS Y NO PELIGROSOS</b>	<b>CÓDIGO:</b>
		<b>PRHSEQ 29</b>
		<b>VERSIÓN 01</b>
		<b>F.A.</b>
		<b>SEPTIEMBRE</b>
		<b>13 DE 2019</b>

Los principales generadores de residuos son las personas que trabajan en los establecimientos, así como en las zonas de descanso o recreación donde se presta el servicio y personal de mantenimiento cuando se realiza algún arreglo en el área.

### 5.3 Segregación:

La segregación de los residuos sólidos generados se realiza en canecas plásticas ubicadas en los alrededores de las áreas designadas para esta gestión según lo establecido por el cliente.


### 5.4 Clasificación:

Los residuos generados se clasifican en orgánicos, inorgánicos e inertes.

- ✓ **R. Orgánicos:** también se pueden clasificar como ordinarios, material vegetal como son las hojas, ramas y tierra, resultante de las actividades de limpieza y zonas verdes del área del cliente. También se encuentra en esta clasificación los residuos de alimentos consumidos por los trabajadores del área y visitantes.
- ✓ **R. Inorgánicos:** en esta clasificación podemos encontrar los residuos reciclables (papel, cartón, plástico, metales, vidrio); los residuos peligrosos de tipo biosanitario (toallas higiénicas, pañales, algodones, jeringas y medicamentos vencidos) y residuos peligrosos generales (cualquier material contaminado con alguna sustancia química y/o peligrosa y fluorescentes) y otros residuos ordinarios (madera, trapos, goma, caucho).
- ✓ **R. Inertes:** son los residuos no peligrosos que no experimentan transformaciones físicas, químicas o biológicas significativas. Tales como los desechos de un mantenimiento locativo, adecuaciones y remodelaciones de obra civil (escombros).

### 5.5 Movimiento interno:

Diariamente el personal de servicios generales realiza la recolección de los residuos y cambio de bolsas de las canecas, inmediatamente son llevadas a los cuartos de almacenamiento temporal de residuos.

	<b>PROTOCOLO DE MANEJO, GESTION Y DISPOSICION DE RESIDUOS PELIGROSOS Y NO PELIGROSOS</b>	<b>CÓDIGO:</b>
		<b>PRHSEQ 29</b>
		<b>VERSIÓN 01</b>
		<b>F.A.</b>
		<b>SEPTIEMBRE</b>
		<b>13 DE 2019</b>

## 5.6 Almacenamiento temporal:

En *OUTSOURCING SEASIN LIMITADA* contamos con dos de almacenamiento temporal de residuos sólidos, para residuos reciclables, residuos ordinarios y residuos peligrosos.

## 5.7 Disposición final y frecuencia de entrega:

Los residuos ordinarios son entregados a la empresa de aseo municipal, con una frecuencia de cada tres días.

Los residuos reciclables son donados a una entidad que se encarga del tratamiento y reutilización del material entregado.

Los residuos peligrosos son entregados al gestor externo autorizado, con una frecuencia trimestral o dependiendo de la cantidad de residuos recolectados.

## 6. ESTRATEGIAS DE LAS 4 R's.


Existe una sana práctica que consiste en el uso de las cuatro erres, este simpático título se refiere a cuatro acciones cuyos nombres comienzan por la letra R y cuya aplicación nos lleva a manejarnos eficientemente con la conservación, cuidado del medio ambiente y ahorro en costos para quien lo aplique en este caso *OUTSOURCING SEASIN LIMITADA*.

### 6.1 Reducir:

Es la mejor forma de prevenir la generación de tantos residuos, algunos tips para lograrlo son:

- ✓ Compras sabias, solo comprar lo necesario.
- ✓ Comprar productos biodegradables.
- ✓ Comprando productos con la menor cantidad de materiales para su embalaje.
- ✓ No comprar, adquirir y/o usar productos desechables.
- ✓ Escoger proveedores que apliquen programas post-consumo (devolución del envase al proveedor).

### 6.2 Reusar:

	<b>PROTOCOLO DE MANEJO, GESTION Y DISPOSICION DE RESIDUOS PELIGROSOS Y NO PELIGROSOS</b>	<b>CÓDIGO:</b>
		<b>PRHSEQ 29</b>
		<b>VERSIÓN 01</b>
		<b>F.A.</b>
		<b>SEPTIEMBRE</b>
		<b>13 DE 2019</b>

Darle uso a un residuo antes de desecharlo por completo:

- ✓ Reusar dentro del establecimiento los recipientes plásticos que se puedan (que no estén contaminados).
- ✓ Reutilizar las botellas plásticas de bebidas para guardar otros alimentos.
- ✓ Las cajas de embalaje de productos usarlas para reempacar nuevamente lo que se requiera.
- ✓ Vender el material reciclable como cajas y canecas plásticas para ser reusadas como embalaje sin necesidad que se sometan a ningún tipo de transformación.

### 6.3 Reciclar:

Usar como materia prima para fabricar otro producto, transformar para usar nuevamente:

- ✓ Papel limpio y seco para picado y transformarlo a un tipo de papel reciclado para uso artesanal.
- ✓ Botellas plásticas, tapas, pasta para triturar y usar como materia prima para hacer productos como ganchos de ropa, sillas plásticas y demás.
- ✓ Residuos de comida usarlos para realizar compostaje y obtener abono propio para las zonas verdes del establecimiento.


### 6.4 Recuperar:

Extraer energía o materiales a partir de los residuos generados:

- ✓ Un ejemplo es la goma y el caucho pueden fundirse y usar como material para asfalto de carreteras.

Otra estrategia que pueden implementar es la de acogerse a los programas post-consumo que ofrece la ANDI:

- ✓ Lúmina: Recolección de todo tipo de luminarias y fluorescentes.

	<b>PROTOCOLO DE MANEJO, GESTION Y DISPOSICION DE RESIDUOS PELIGROSOS Y NO PELIGROSOS</b>	<b>CÓDIGO: PRHSEQ 29</b>
		<b>VERSIÓN 01</b>
		<b>F.A. SEPTIEMBRE 13 DE 2019</b>

- ✓ Pilas con el ambiente: recolección de pilas no incluye las baterías de equipos de cómputo ni de celulares.
- ✓ Punto azul: Recolección de medicamentos vencidos.


## **5. NORMATIVIDAD DE REFERENCIA**

- ✓ Decreto 1713 Agosto 06 de 2002.
- ✓ Decreto 605 Marzo 27 de 1996.
- ✓ Decreto 1140 Mayo 07 del 2003.
- ✓ Decreto 1505 Junio 06 del 2003.
- ✓ Resolución 1510 Mayo 06 de 2011.

	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 1 de 53
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 25 de febrero de 2021	

# **PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19**



	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>		Página 2 de 53
		CÓDIGO: PTHSEQ 01	
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 25 de febrero de 2021	

<b>1. OBJETIVO .....</b>	<b>3</b>
<b>2. ALCANCE .....</b>	<b>3</b>
<b>3. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>3</b>
<b>4. DEFINICIONES.....</b>	<b>4</b>
<b>5. MEDIDAS GENERALES .....</b>	<b>7</b>
5.1. MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y MANEJO DE SITUACIONES DE RIESGO DE CONTAGIO.....	7
5.2. LAVADO DE MANOS.....	12
5.3. TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS .....	13
5.4. DISTANCIAMIENTO FÍSICO.....	14
5.5. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP PARA PREVENCIÓN DEL COVID-19.....	14
<b>6. HERRAMIENTAS DE TRABAJO Y ELEMENTOS DE DOTACIÓN .....</b>	<b>18</b>
<b>7. LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN .....</b>	<b>18</b>
<b>8. MANIPULACIÓN DE INSUMOS Y PRODUCTOS.....</b>	<b>19</b>
<b>9. MANEJO DE RESIDUOS.....</b>	<b>19</b>
<b>10. INTERACCIÓN EN TIEMPOS DE ALIMENTACIÓN .....</b>	<b>20</b>
10.1. MEDIDAS LOCATIVAS .....	21
<b>11. DESPLAZAMIENTO DESDE Y HACIA EL LUGAR DE TRABAJO .....</b>	<b>22</b>
11.1. EN TRANSPORTE PARTICULAR EN CARROS, MOTOCICLETAS Y BICICLETAS.....	22
11.2. EN TRANSPORTE PÚBLICO. ....	23
<b>12. RECOMENDACIONES EN LA VIVIENDA .....</b>	<b>24</b>
12.1. AL SALIR DE LA VIVIENDA .....	24
12.2. AL REGRESAR A LA VIVIENDA.....	25
12.3. CONVIVENCIA CON UNA PERSONA DE ALTO RIESGO .....	27
<b>13. PASOS A SEGUIR EN CASO DE PRESENTAR UNA PERSONA CON SÍNTOMAS COMPATIBLES CON COVID-19. ....</b>	<b>29</b>
<b>14. CAPACITACIÓN, INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.....</b>	<b>36</b>
<b>15. CONTROL DE CAMBIOS .....</b>	<b>41</b>



 <small>OUTSOURCING SEASIN LTDA</small>	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 3 de 53
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 25 de febrero de 2021	

## 1. OBJETIVO

Definir el protocolo general de bioseguridad, para mitigar, controlar y realizar el adecuado manejo de la pandemia del Coronavirus COVID-19 de OUTSOURCING SEASIN LTDA con el fin de reducir el riesgo de contagio para personal del área de comparas almacén y manejo de proveedores.


## 2. ALCANCE

Aplica para todo el personal operativo de todos los centros de trabajo de OUTSOURCING SEASIN LTDA.

## 3. INTRODUCCIÓN

El coronavirus 2019 (COVID-19) es una enfermedad respiratoria causada por el virus SARS-CoV. Se ha propagado alrededor del mundo, generando un impacto en cada uno de ellos a nivel de mortalidad, morbilidad y en la capacidad de respuesta de los servicios de salud, así mismo pueden afectar todos los aspectos de la vida diaria y las actividades económicas y sociales, incluyendo los viajes, ¡e! comercio, el turismo, suministros de alimentos, la cultura y los mercados financieros, entre otros. Para reducir el impacto de las condiciones del brote de COVID-19 en las actividades económicas y sectores del país, población trabajadora usuarios, consumidores y población en general, es importante que todos los empleadores realicen la planeación, alistamiento e incorporación de medidas de prevención para la mitigación y respuesta a situaciones de riesgo frente COVID-19.

La infección se produce cuando una persona enferma tose o estornuda y expulsa partículas del virus que entran en contacto con otras personas. El Coronavirus 2019 (COVID-19), tiene síntomas similares a los de la gripa común, alrededor del 80%, se recupera sin necesidad de un tratamiento especial. Otras personas, conocidas como casos asintomáticos, no han experimentado ningún síntoma. El Coronavirus

 <small>OUTSOURCING SEASON LTDA</small>	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 4 de 53
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 25 de febrero de 2021	

2019 (COVID-19), puede causar enfermedades que van desde leves a graves y, en algunos casos, puede ser fatal.

Por lo anterior desde el Ministerio de Salud y Protección Social se han generado los lineamientos para orientar a la población frente a las medidas que se requieren para mitigar la transmisión del virus, las cuales deben adaptarse a las diferentes actividades y sectores, con el fin de continuar fortaleciendo la respuesta en la fase de mitigación del virus.


#### 4. DEFINICIONES

- **Aislamiento:** separación de una persona o grupo de personas que se sabe o se cree que están infectadas con una enfermedad transmisible y potencialmente infecciosa de aquellos que no están infectados, para prevenir la propagación de COVID-19. El aislamiento para fines de salud pública puede ser voluntario u obligado por orden de la autoridad sanitaria.
- **Aislamiento respiratorio:** se aplica cuando se prevé la presencia de gotas de origen respiratorio con bajo rango de difusión (hasta 1 metro).
- **Aislamiento por gotas:** se refiere a las medidas para controlar las infecciones por virus respiratorios y otros agentes transmitidos por gotas (> 5 micras) impulsadas a corta distancia a través del aire y que pueden ingresar a través de los ojos, la mucosa nasal, la boca o la piel no intacta de la persona que está en contacto con el paciente.
- **Aislamiento por contacto:** se refiere a las medidas para controlar el contacto directo cuando se produce en el traspaso de sangre o fluidos corporales desde un paciente hacia otro individuo susceptible. El contacto puede hacerse en piel mucosas o lesiones; así mismo por inóculos directos a torrente sanguíneo y el indirecto: se produce cuando el huésped susceptible entra en contacto con el microorganismo infectante a través de un intermediario inanimado (ropas, fómites, superficies de la habitación) o animado (personal de salud, otro paciente) que estuvo inicialmente en contacto con ese microorganismo. En este


	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 5 de 53
		VERSIÓN: 02 FECHA: 25 de febrero de 2021	

caso se utiliza bata desechable anti fluidos o traje de polietileno, este último para alto riesgo biológico.

- **Asepsia:** ausencia de microorganismos que pueden causar enfermedad. Este concepto incluye la preparación del equipo, la instrumentación y el cambio de operaciones mediante los mecanismos de esterilización y desinfección.
- **Bioseguridad:** conjunto de medidas preventivas que tienen por objeto eliminar o minimizar el factor de riesgo biológico que pueda llegar a afectar la salud, el medio ambiente o la vida de las personas, asegurando que el desarrollo o producto final de dichos procedimientos no atenten contra la salud y seguridad de los trabajadores.
- **Cohorte de pacientes:** agrupación de los pacientes que están colonizados o infectados con un mismo microorganismo, para limitar su atención a un área única y evitar el contacto con otros pacientes. Las cohortes se crean de acuerdo con la confirmación diagnóstica (clínica o microbiológica), criterios epidemiológicos y el modo de transmisión del agente infeccioso. Se prefiere evitar colocar pacientes severamente inmunodeprimidos en habitaciones con otros pacientes. Los estudios de modelado matemático soportan la fuerza de las cohortes en el control de brotes.
- **Contacto estrecho:** es el contacto entre personas en un espacio de 2 metros o menos de distancia, en una habitación o en el área de atención de un caso de COVID-19 confirmado o probable, durante un tiempo mayor a 15 minutos, o contacto directo con secreciones de un caso probable o confirmado mientras el paciente es considerado infeccioso, sin uso de protección respiratoria o tapabocas.
- **COVID-19:** es una nueva enfermedad, causada por un nuevo coronavirus que no se había visto antes en seres humanos. El nombre de la enfermedad se escogió siguiendo las mejores prácticas establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para asignar nombres a nuevas enfermedades infecciosas en seres humanos.

 <small>OUTSOURCING SEASON LTDA</small>	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 6 de 53
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 25 de febrero de 2021	

- **Desinfección:** es la destrucción de microorganismos de una superficie por medio de agentes químicos o físicos.
- **Desinfectante:** es un germicida que inactiva prácticamente todos los microorganismos patógenos reconocidos, pero no necesariamente todas las formas de vida microbiana, ejemplo esporas. Este término se aplica solo a objetos inanimados.
- **Hipoclorito:** es un grupo de desinfectantes que se encuentra entre los más comúnmente utilizados. Este grupo de desinfectantes tienen un efecto rápido sobre una gran variedad de microorganismos. Son los más apropiados para la desinfección general. Como este grupo de desinfectantes corroe los metales y produce además efectos decolorantes, es necesario enjuagar lo antes posible las superficies desinfectadas con dicho producto.
- **Mascarilla Quirúrgica:** elemento de protección personal para la vía respiratoria que ayuda a bloquear las gotitas más grandes de partículas derrames, aerosoles o salpicaduras, que podrían contener microbios, virus y bacterias, para que no lleguen a la nariz o la boca.
- **Material Contaminado:** es aquel que ha estado en contacto con microorganismos o es sospechoso de estar contaminado.
- **Prestadores de servicios de salud:** Hace referencia a las instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS, profesionales independientes de salud, transporte asistencial de pacientes y entidades de objeto social diferente que prestan servicios de salud.
- **Residuo Biosanitario.** son todos aquellos elementos o instrumentos utilizados durante la ejecución de un procedimiento que tiene contacto con materia orgánica, sangre o fluidos corporales del usuario.
- **Residuos Peligrosos.** es cualquier objeto, material, sustancia, elemento o producto que se encuentra en estado sólido o semisólido, o es un líquido o gas contenido en recipientes o depósitos cuyo generador descarta, rechaza o entrega porque sus propiedades no permiten usarlo nuevamente en la actividad que lo generó o porque la legislación o la normatividad vigente así estipula.

	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 7 de 53
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 25 de febrero de 2021	

- **SARS:** síndrome respiratorio agudo severo, por sus siglas en inglés (Severe acute respiratory syndrome).
- **SARS-CoV-2:** versión acortada del nombre del nuevo coronavirus "Coronavirus 2 del Síndrome Respiratorio Agudo Grave" (identificado por primera vez en Wuhan, China) asignado por EE Comité Internacional de Taxonomía de Virus, encargado de asignar nombres a los nuevos virus.

## 5. MEDIDAS GENERALES

Las medidas que han demostrado mayor evidencia para la contención de la transmisión del virus son las siguientes:

- Lavado de manos
- Distanciamiento social
- Uso de tapabocas.

Adicional a estas medidas y teniendo en cuenta los mecanismos de diseminación del virus (gotas y contacto), se deben fortalecer los procesos de limpieza y desinfección de elementos e insumos de uso habitual, superficies, equipos de uso frecuente, el manejo de residuos producto de la actividad o sector, adecuado uso de Elementos de Protección Personal - EPP y optimizar la ventilación del lugar y el cumplimiento de condiciones higiénicas sanitarias.

### 5.1. MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y MANEJO DE SITUACIONES DE RIESGO DE CONTAGIO

- La empresa asegura que se cumplan las disposiciones y recomendaciones de las autoridades de salud en relación con la prevención del contagio por COVID-19, previstas en el presente protocolo, a través del seguimiento con los supervisores y líderes de cada proceso.
- La empresa establece un sistema de verificación para el control en el momento de la notificación positiva de manera digital, en el que cada trabajador que presten los servicios para la empresa registre todas las personas y lugares

	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 8 de 53
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 25 de febrero de 2021	


visitados dentro y fuera de la operación, indicando: Fecha lugar, nombre de personas o número de personas con las que se ha tenido contacto, en los últimos 10 días y a partir del primer momento de notificación, cada día.

- No se permite el ingreso a los centros de trabajo a los trabajadores que presenten síntomas de gripa ni cuadros de fiebre mayor o igual a 38 °C.
- Se socializará el uso de la aplicación CoronaApp con el fin de promover el uso de la aplicación que permite identificar síntomas del COVID-19.
- Se realizará seguimiento diario aleatorio evidenciable, sobre el estado de salud y temperatura del personal de acuerdo con el autodiagnóstico que permita identificar síntomas y trayectorias de exposición al COVID-19 del personal, teniendo en cuenta los protocolos establecidos y aplicados por la entidad cliente. Actualmente, de acuerdo con cada protocolo aplicado por el cliente se toma registro de temperatura al ingreso y salida del personal de sus instalaciones con los equipos que pertenecen al cliente.
- Se habilita la encuesta de estratificación individual y autoevaluación de síntomas, que se puede diligenciar por medio de un enlace o Link a través de la herramienta dispuesta por ARL SURA en la página web, en donde el trabajador debe listar e indicar su estado real de salud, de acuerdo a los parámetros exigidos, dicha encuesta tendrá preguntas como las siguientes:
  - Datos completos del trabajador (Nombre, cedula, rango de edad, genero, etc.).
  - Convive con personas menores de 5 años o personas mayores a 60.
  - Talla y peso.
  - ¿El trabajador se encuentra en estado de embarazo? Si o no y en qué mes de gestación.
  - ¿El trabajador ha sido diagnosticado con diabetes o hipertensión?

Lo anterior con el fin de establecer la población trabajadora considerada como vulnerable frente al COVID-19.

A continuación se relaciona el enlace o link de la encuesta de estratificación individual:

[https://sura.az1.qualtrics.com/jfe/form/SV\\_aXgXru763zgthYh?sector=U0VSVkIDS](https://sura.az1.qualtrics.com/jfe/form/SV_aXgXru763zgthYh?sector=U0VSVkIDS)

	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 9 de 53
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 25 de febrero de 2021	

[U9TIEdFTkVSQUxFUw==&idEmpresa=OTAwMjl5NTAz&nitEmpresa=900229503  
&mail=liderhse@seasinlimitada.com](https://sura.az1.qualtrics.com/jfe/form/SV_87Fdd15spkfHEgd?sector=U0VSVklDSU9TIEdFTkVSQUxFUw==&idEmpresa=OTAwMjl5NTAz&nitEmpresa=900229503&mail=liderhse@seasinlimitada.com)

Del mismo modo se habilitará una encuesta de verificación de síntomas diaria por medio de un enlace o link en la herramienta disponible en las pagina de ARL SURA, la cual deberá ser diligenciada diariamente por todos los trabajadores antes de salir de su vivienda hacia el trabajo. Dicha encuesta tendrá preguntas como las siguientes:

- ¿Tiene malestar o dolor de garganta?
- ¿Tiene sensación o malestar general?
- ¿Tiene sensación de fatiga o cansancio muscular
- ¿Tiene fiebre? ( $+38^{\circ}\text{C}$ ).
- ¿Tiene tos seca y persistente?
- ¿Tiene dificultad para respirar?
- ¿Tiene secreciones o congestión nasales?
- ¿Vive con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?
- ¿En los últimos 14 días ha tenido contacto estrecho con alguien sospechoso o confirmado de COVID-19?


Al finalizar la encuesta se determinará si el trabajador está en condiciones óptimas para presentarse a su puesto de trabajo.

A continuación, se relaciona el enlace o link de la encuesta verificación de síntomas diaria:

[https://sura.az1.qualtrics.com/jfe/form/SV\\_87Fdd15spkfHEgd?sector=U0VSVklDSU9TIEdFTkVSQUxFUw==&idEmpresa=OTAwMjl5NTAz&nitEmpresa=900229503&mail=liderhse@seasinlimitada.com](https://sura.az1.qualtrics.com/jfe/form/SV_87Fdd15spkfHEgd?sector=U0VSVklDSU9TIEdFTkVSQUxFUw==&idEmpresa=OTAwMjl5NTAz&nitEmpresa=900229503&mail=liderhse@seasinlimitada.com)

- Se fomenta el autocuidado, especialmente de síntomas respiratorios por parte de los trabajadores y se indica la importancia del reporte de condiciones de salud de manera veraz y clara a través de los medios indicados por la empresa
- Se promueve el uso de escaleras en vez de los ascensores si el estado de salud del trabajador lo permite y de acuerdo con las instalaciones de la empresa cliente.



	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 10 de 53
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 25 de febrero de 2021	


- Fomentar el consumo de agua potable para los trabajadores y la disminución del consumo de tabaco como medida de prevención, por que se resocializara nuestra Política de alcohol, tabaquismo y sustancias Psicoactivas.
- Se establecen canales de información entre el empleador, la EPS, la ARL y el trabajador para que informe cualquier sospecha de síntoma o contacto estrecho con personas confirmadas con COVID-19 y manejarlo de manera confidencial (Ver paso a paso a seguir en el ítem 13 de este documento).
- Se consolida y mantiene actualizada una base de datos completa con los trabajadores. Teniendo en cuenta las reservas de información, esta se encuentra consolidada en el programa de Recurso Humano RYNOS.
- Se indica a los trabajadores, proveedores y clientes en la aplicación de la etiqueta respiratoria, que incluye cubrirse la nariz al toser o estornudar con el antebrazo o con un pañuelo de papel desechable y deshacerse de él inmediatamente tras usarlo. Abstenerse de tocarse la boca, la nariz y los ojos.
- Se brinda información general a los trabajadores de los lugares de la empresa donde puede haber mayor riesgo de exposición al COVID-19, tales como: Baños, Cafeterías, zonas de descanso, áreas de tránsito y recepción de cada una de las empresas clientes.
- Se realiza asesoría y acompañamiento a los trabajadores, incluidos los de aislamiento preventivo.
- Es fundamental evitar tocar cualquier elemento que no sea indispensable de tocar y desinfectar los casilleros, llaves, maletas, entre otros.
- Si la persona llega a presentar síntomas respiratorios en el trabajo se le debe garantizar la existencia de tapabocas convencionales y ubicarlo en una zona que permita su aislamiento y evaluar su estado de salud teniendo en cuenta los canales de notificación instaurados dentro de la empresa para definir la conducta a seguir. El sitio de aislamiento es de acuerdo con la organización de la empresa cliente con respecto a su protocolo para el COVID – 19.

	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 11 de 53
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 25 de febrero de 2021	

- Se cuenta con la asesoría y acompañamiento de la ARL para atender las necesidades de salud mental de los trabajadores o colaboradores, incluidos los casos de aislamiento social.
- Se fomentan los hábitos de vida saludable con los trabajadores, como la hidratación frecuente, pausas activas y la disminución del consumo de tabaco como medida de prevención. Se realizan las pausas activas de acuerdo a lo establecido en los centros de trabajo manteniendo el uso de los EPP y manteniendo la distancia de mínimo 2 metros y cumpliendo el protocolo de lavado de manos antes de volver a la realización de las actividades laborales. En las empresas clientes donde se cuente con un supervisor permanente, este será el responsable de la realización de esta actividad.
- Se realizan las pausas activas, de conformidad con lo establecido en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. Para la ejecución de dichas pausas no es necesario retirarse los elementos de protección personal como los tapabocas, es necesario garantizar la distancia de mínimo 2 metros entre cada uno de los trabajadores. Al finalizar las pausas activas, es necesario realizar el protocolo de lavado de manos antes de volver a la realización de las actividades laborales.
- Se promueve y se implementa el uso de herramientas tecnológicas tales como Whatsapp, envío de información como folletos e infogramas para cada trabajador para de esta manera reducir el contacto entre el personal dentro de la empresa (por ejemplo: reuniones virtuales).
- Los trabajadores deben abstenerse de ir al lugar de trabajo en caso de presentar síntomas de gripa o un cuadro de fiebre mayor a 38° C.

## 5.2. ALTERNATIVAS DE LA ORGANIZACIÓN LABORAL

SEASIN LTDA en conjunto con sus empresas clientes tienen establecidos horarios de trabajo en jornadas flexibles con el fin de evitar aglomeraciones tanto en el sitio de trabajo como en el transporte público, tales como:

	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 12 de 53
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 25 de febrero de 2021	

Lunes a viernes de 07:00 am a 12:00 pm y de 01:00 Pm a 03:00 pm con sus respectivos tiempos de descanso.

De acuerdo con cada empresa cliente se dispone de mínimo un trabajar por turno hasta máxima 7.









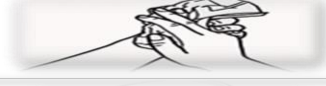


Nota. Esto varía de acuerdo con el tamaño de la empresa cliente.

### 5.3. LAVADO DE MANOS

- Cada entidad cliente dispone de los insumos necesarios para realizar el lavado de manos en los diferentes puestos de trabajo durante su jornada laboral. Dicha disposición dependerá de lo pactado contractualmente con la entidad cliente, teniendo en cuenta que la responsabilidad es compartida y los trabajadores laboran en las instalaciones o infraestructura de propiedad del cliente.
- Todos los trabajadores operativos, deben realizar el protocolo de lavado de manos con una periodicidad mínima de 3 horas en donde el contacto con el jabón debe durar mínimo entre 20 a 30 segundos. Después de entrar en contacto con superficies que hayan podido ser contaminadas por otra persona (manijas, pasamanos, cerraduras, transporte), después de ir al baño, manipular dinero y antes y después de comer.
- Todos los trabajadores de todos centros de operación deberán realizar el protocolo de lavado de manos con una periodicidad mínima de 3 horas en donde el contacto con el jabón debe durar mínimo 20 - segundos de acuerdo con los lineamientos de la OMS, y después de entrar en contacto con superficies que hayan podido ser contaminadas por otra persona (manijas, pasamanos, cerraduras, transporte), después de ir al baño, manipular dinero y antes y después de comer. Cada supervisor operativo o jefe inmediato por pare de la empresa se encargará de alarmar a los trabajadores sobre el lavado de manos diariamente en su jornada laboral. Dicha notificación se realizará por medio de una llamada telefónica o vía Whatsapp, en el caso de que de que el supervisor o jefe inmediato no este de forma permanente en el puesto de trabaj

## 5.4. TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS

**El lavado de manos es un simple acto que no toma más de cinco minutos y ayuda a prevenir la presencia de virus, bacterias y enfermedades que están en el ambiente; te invitamos a leer con atención como hacer un correcto procedimiento.**

<b>1. ENJABONE SUS MANOS CON EL GRIFO CERRADO</b>	
<b>2. COMENZAR FROTANDO LAS PALMAS DE LAS MANOS</b>	
<b>3. INTERCALE LOS DEDOS Y FROTE POR LA PALMA Y EL ANVERSO DE LA MANO</b>	
<b>4. CONTINÚE CON LOS DEDOS INTERCALADOS Y LIMPIE LOS ESPACIOS ENTRE SI</b>	
<b>5. CON LAS MANOS DE FRENTE AGÁRRESE LOS DEDOS Y MUEVA DE LADO A LADO</b>	
<b>6. TOME EL DEDO PULGAR COMO EN LA FIGURA PARA LIMPIAR LA ZONA DE AGARRE DE LA MANO</b>	
<b>7. LIMPIE LAS YEMAS DE LOS DEDOS FROTANDO CONTRA LA PALMA</b>	
<b>8. ENJUAGUE SUS MANOS CON ABUNDANTE AGUA (8 Seg. Aprox.)</b>	
<b>9. SEQUE LAS MANOS CON TOALLA DESECHABLE O CON AIRE CALIENTE</b>	
<b>10. CIERRE EL GRIFO CON UNA MANO AL TERMINAR Y VERIFIQUE QUE QUEDE BIEN CERRADO.</b>	
<b>11. ¡YA ESTA!</b>	

- La higiene de manos se realiza con alcohol glicerinado y se debe realizar siempre y cuando las manos estén visiblemente limpias.
- El alcohol glicerinado será de una concentración del 70%.
- En cada punto de lavado de manos se dispone de procedimiento de lavado de manos, los cuales se enviaron con supervisores con el fin

	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 14 de 53
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 25 de febrero de 2021	

de ser socializados al personal operativo y publicados en las áreas establecidas para tal fin.

## 5.5. DISTANCIAMIENTO FÍSICO

- Los trabajadores deben permanecer al menos a 2 metros de distancia de otras personas y entre los puestos de trabajo evitando contacto directo. Estas mismas condiciones deben aplicar en los sitios donde consumen los alimentos y en general en los sitios de descanso de los trabajadores.


Para el caso de la empresa en el personal operativo (Servicios generales, mantenimiento, toderos, oficios varios, piscineros y jardineros) se fomenta el mantener la distancia entre ellos durante sus actividades laborales.

- Se dará prioridad a las ayudas tecnológicas (Whatsapp, correo electrónico, vía telefónica, etc.) con el fin de evitar aglomeraciones y evitar el intercambio físico de documentos de trabajo, en caso de documentos de apoyo de capacitaciones y/o reuniones operativas.
- Para efectos de la toma de alimentación se dispone de un horario específico para cada trabajador, el cual se establece de acuerdo con el horario y la cantidad de empleados en el puesto de trabajo así: 15 minutos horas de la mañana para desayunos o media mañana y 30 minutos para la toma del almuerzo, de acuerdo con las disposiciones de cada cliente y lo pactado contractualmente.

**Ejemplo:** Cuando en el puesto de trabajo hay mas de 2 personas prestando el servicio se deberán turnar, es decir, cada 20 minutos cada operario tomara sus alimentos, con el fin de evitar la aglomeración en el sitio dispuesto para tal fin.

## 5.6. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP PARA PREVENCIÓN DEL COVID-19

- A cada trabajador se le realizará la entrega de elementos de protección personal (guantes, tapabocas), la cual diariamente debe realizar una inspección visual y física antes de hacer uso de ellos verificando su estado de limpieza y posible

	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 15 de 53
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 25 de febrero de 2021	

deterioro. El tipo de tapabocas y guantes dependerá de la disponibilidad, los cuales pueden ser de los siguientes tipos:

**Guantes:** Látex, Nitrilo, vinilo.

**Tapabocas:** **Industrial copa negra** (Todo el personal operativo), **N95** (Personal que presta servicios en entidad de salud), Desechable tipo quirúrgico (personal que presta servicios de cafetería), etc.

- Cada trabajador al inicio y final de la jornada laboral deberá realizar la limpieza y desinfección de los EPP.
- Se pondrá a disposición de los trabajadores tapabocas para su uso en medios de transporte público.
- Las mascarillas desechables deben ser desechadas después de su uso.
- La entidad cliente debe instalar recipientes adecuados para el destino final de los elementos de protección personal utilizados.
- Los trabajadores deben abstenerse de compartir los EPP.
- Una vez terminadas las labores, se deben retirar y disponer los elementos de protección personal para COVID-19.
- Se entregará a los trabajadores tapabocas adicionales, diferentes a los usualmente utilizados en sus actividades laborales para el desplazamiento de su casa al trabajo y viceversa. Si es posible que éstos sean lavados y desinfectados se harán las recomendaciones necesarias para el manejo dentro de los hogares.
- Ningún trabajador debe utilizar la dotación y EPP por fuera de sus actividades laborales.

#### **5.6.1. Manejo de los tapabocas**

- Uso del tapabocas obligatorio en el transporte público y en áreas con afluencia masiva de personas.
- Siempre debe hacer el lavado de manos antes y después de usar el tapabocas.
- Pasos para colocación y retiro de tapabocas convencionales:
  - ✓ Lávese las manos antes de colocarse el tapabocas.

 <small>OUTSOURCING SEASON LTDA</small>	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 16 de 53
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 25 de febrero de 2021	

- ✓ El uso de los tapabocas debe seguir las recomendaciones del fabricante, lo cual dependerá del tipo de tapabocas entregado al trabajador. Se anexan fichas técnicas.
- ✓ Ajuste el tapabocas, si tiene elásticos, por detrás de las orejas; si es de tiras se debe atar por encima de las orejas en la parte de atrás de la cabeza y las tiras de abajo por debajo de las orejas y por encima del cuello.
- ✓ La colocación debe ser sobre la nariz y por debajo del mentón.
- ✓ Para el caso del tapabocas N95 se debe colocar de una única forma, ya que este tiene un revés y un derecho.
- ✓ Sujete las cintas o coloque las gomas de forma que quede firmemente.
- ✓ Si el tapabocas tiene banda flexible en uno de sus lados, este debe ir en la parte superior, moldear la banda sobre el tabique nasal.
- ✓ No toque el tapabocas durante su uso. Si debiera hacerlo, lávese las manos antes y después de su manipulación.
- ✓ El tapabocas se puede usar durante un día de manera continua, siempre y cuando no esté roto, sucio o húmedo, en cualquiera de esas condiciones debe retirarse, eliminarse y colocar uno nuevo.
- ✓ Cuando se retire el tapabocas, hágalo desde las cintas o elásticos, nunca toque la parte externa de la mascarilla.
- ✓ Una vez retirada, doble el tapabocas con la cara externa hacia dentro y deposítela en una bolsa negra y disponerlo en el recipiente de basura correspondiente.
- ✓ Antes de reutilizar el tapabocas debe realizar la limpieza y desinfección de este, para el caso del tapabocas de tipo industrial copa negra (Después de la jornada laboral se realizará la limpieza y desinfección del tapabocas con agua y jabón)
- ✓ Inmediatamente después del retiro del tapabocas realice lavado de manos con agua y jabón



	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 17 de 53
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 25 de febrero de 2021	

- ✓ El tapabocas se debe mantener en su empaque original si no se va a utilizar o en bolsas selladas, no se recomienda guardarlos sin empaque en el bolso, o bolsillos sin la protección porque se pueden contaminar, romper o dañar.
- ✓ Los tapabocas no se deben dejar sin protección encima de cualquier superficie (ej. Mesas, repisas, escritorios equipos entre otros) por el riesgo de contaminarse.

Se anexan medidas preventivas sobre el manejo del tapabocas.

## 5.7. SEGUIMIENTO Y MONITOREO DEL PERSONAL

El seguimiento y monitoreo de las todas las medidas implementadas se realizará teniendo en cuenta las siguientes actividades.

- Seguimiento por parte de los supervisores o jefes inmediatos establecidos por la empresa vía telefónica o vía Whatsapp, en donde diariamente, y varias veces al día se comunicarán con el personal operativo a cargo con el fin de monitorear porque las actividades de prevención se estén llevando a cabo de acuerdo con el protocolo.
- Diariamente llegaran las encuestas (Estratificación individual y verificación de síntomas diarios), de esta manera se hace seguimiento y se establece si el personal efectivamente está realizando la encuesta diaria y se verificara el estado de salud con respecto a los síntomas del COVID-19.

Para aquellos trabajadores que no posean los medios digitales para realizar el diligenciamiento de la encuesta diaria, se estableció el formato en físico el cual se relaciona a continuación: **FRHSEQ 10 Encuesta de verificación de sintomatología diaria.**

- Diariamente el trabajador debe diligenciar el formato **FRHSEQ 90 Bitácora nexos epidemiológicos diarios**, en donde debe relacionar las personas con las que tiene contacto diariamente tanto familiar, compañeros de trabajo, etc. Se anexa formato.
- En cada visita del supervisor, HSE o jefe inmediato se realizan inspecciones para verificación de cumplimiento de las normas tanto de seguridad y Salud en el Trabajo como lo establecido en este manual de Bioseguridad.

	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 18 de 53
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 25 de febrero de 2021	

**Nota:** Se debe tener en cuenta que las visitas de los supervisores, jefes inmediatos o HSE se realizarán dependiendo de los lineamientos establecidos por el Gobierno nacional, con respecto al transporte de una ciudad a otra y teniendo en cuenta todos los protocolos de Bioseguridad.

## 6. HERRAMIENTAS DE TRABAJO Y ELEMENTOS DE DOTACIÓN

- Los trabajadores deben ingresar y salir del centro de trabajo en ropa particular. Ningún trabajador debe usar la dotación o EPP empleados en la actividad laboral por fuera de sus actividades laborales. Los EPP utilizados en las actividades laborales quedan en el puesto de trabajo, los trabajadores no deben llevarlos para sus casas.
- Los trabajadores ingresan al turno con su ropa, deben pasar luego hacia un espacio dispuesto por la entidad cliente para dejar su ropa de calle. Allí también deben retirar sus joyas, relojes y accesorios de cualquier tipo, que puedan convertirse en riesgo para la transmisión del virus.
- Todos deberán velar por la limpieza y desinfección de los equipos y herramientas tales como: Escobas, traperos, recogedores, mopa, etc.). Dicha limpieza se deberá realizar como mínimo al inicio y fin de la jornada laboral y en los casos que se requiera prestar a otras personas. Dicha desinfección se realizará con agua y jabón.

## 7. LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

Se debe dar cumplimiento al protocolo de limpieza y desinfección establecido por la empresa **“PRHSEQ 05 Protocolo de limpieza y desinfección Covid”**.

-

	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 19 de 53
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 25 de febrero de 2021	

## 8. MANIPULACIÓN DE INSUMOS Y PRODUCTOS

- Todos los insumos y productos se ajustan con los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Los productos utilizados para la limpieza y desinfección son Hipoclorito y alcohol.
- Se garantizarán las condiciones de calidad e higiene durante su almacenamiento.
- Se reducirá el contacto físico en movimiento de productos entre personas. Dentro de estas medidas se ha establecido que una vez los insumos o productos lleguen al puesto de trabajo, una sola persona, ya sea el supervisor, si esta se encuentra en forma permanente o uno de los trabajadores, sea la encargada de la distribución de estos entre los trabajadores o áreas de almacenamiento.

Se anexa ***PTHSEQ 02: Protocolo COVID-19 para compras y almacén.***

- Todos los productos al a hora de recibirlos por parte de los proveedores se realiza limpieza y desinfección de estos con alcohol al 70% haciendo uso de un aspersor.
- No se re envasarán insumos o productos en envases que puedan confundir al personal de servicio generales o trabajadores.
- Se tendrán a disposición del personal en los centros de trabajo las fichas de datos de seguridad de los productos químicos empleados.
- Se rotularán las diluciones preparadas.
- Se realizará el manejo y disposición de envases de detergentes, jabones, desinfectantes de acuerdo con lo establecido por la entidad cliente.

## 9. MANEJO DE RESIDUOS


- Se identifican los residuos generados en cada centro de trabajo.
- Se Informa a los trabajadores sobre las medidas para la correcta separación de residuos.

 <small>OUTSOURCING SEASON LTDA</small>	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 20 de 53
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 25 de febrero de 2021	

- La entidad contratante asegurará bolsas suficientes para la separación de residuos, los tapabocas y guantes deben ir separados en doble bolsa de color negra que no debe ser abierta por el personal que realiza el reciclaje de oficio. Además, deben estar separados de los residuos aprovechables tales como papel, cartón, vidrio, plástico y metal desocupados y secos, que van en bolsa blanca. Y se realizará la disposición en los contenedores asignados para cada tipo de residuo, de acuerdo con las indicaciones del cliente.
- Se realiza la recolección de residuos permanente y almacenamiento de los mismo, de acuerdo con la periodicidad o frecuencia de la empresa de aseo municipal y empresa de recolección y disposición final establecidos o contratados por el cliente.
- Se realiza la limpieza y desinfección de los contenedores dispuestos por la empresa o entidad cliente con agua, jabón e hipoclorito.
- Se garantizan los elementos de protección al personal para quién realiza esta actividad
- Siempre que el personal a cargo de las labores de limpieza y desinfección termine sus labores, deberá realizar el lavado de manos de acuerdo con el protocolo establecido.

#### **10. INTERACCIÓN EN TIEMPOS DE ALIMENTACIÓN**

- En los tiempos de alimentación, limitar el número de personas realizando la actividad de forma simultánea para que se garantice la distancia mínima entre las mismas. Establecer turnos u horarios flexibles de alimentación y descanso para evitar aglomeraciones, los cuales se establecerán de acuerdo con lo acordado y establecido con la entidad cliente.
- Se debe evitar tomar los alimentos en zonas que no se encuentren diseñadas para tal fin.
- En caso, que la alimentación no sea suministrada por la empresa y el trabajador se encargue de calentar su comida en hornos microondas, el trabajador debe


	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 21 de 53
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 25 de febrero de 2021	

asear el panel de control de este entre cada persona que lo utiliza, subintrado los productos adecuados para la limpieza u desinfección (Alcohol, etc.) lo cual se suministra como insumo a la entidad cliente o de acuerdo con lo establecido por la entidad.

- Realizar limpieza y desinfección antes de después de hacer uso de los espacios para alimentación.
- Antes de tomar los alimentos, es necesario realizar el siguiente protocolo:
  - ✓ Lavar las manos con agua, jabón y toallas desechables.
  - ✓ Retirar el tapabocas.
  - ✓ Lavar nuevamente las manos con agua y jabón.
  - ✓ Disponer las mesas con una distancia entre las mismas de 2 metros y colocar solamente el número de sillas que permita asegurar una distancia mínima entre los trabajadores de 2 metros a la hora de la alimentación y entre cada turno realizar los procesos de desinfección.
  - ✓ Al finalizar el consumo de alimentos es necesario realizar el lavado de manos con agua y jabón y utilizar un nuevo tapabocas para retomar las labores.
  - ✓ No compartir los utensilios de comida con los demás trabajadores.

#### **10.1. MEDIDAS LOCATIVAS**

- Cada entidad cliente dispone de puntos para el frecuente lavado de manos de acuerdo con el número de trabajadores que se mantienen en la organización incluyendo los operarios de servicios generales.
- La entidad cliente debe suministrar los espacios para evitar que la ropa ordinaria o de calle se ponga en contacto con la ropa de trabajo, garantizando un espacio para que los trabajadores guarden sus elementos personales y ropa de diario.
- El lavado de manos se debe realizar cada tres horas a partir del inicio de sus labores, de acuerdo con el horario laboral establecido.
- La entidad cliente debe garantizar la existencia de agua limpia, jabón líquido y toallas desechables o de un solo uso en los baños. Adicionalmente a cada


	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 22 de 53
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 25 de febrero de 2021	

trabajador se le entrega un Kit personal de bioseguridad que contiene alcohol antiséptico, alcohol glicerinado y tapabocas.

- Teniendo en cuenta que las instalaciones locativas son de propiedad de la entidad cliente, y que la empresa proporciona el servicio, esta debe disponer de canecas con tapa y pedal para la disposición final de los elementos de bioseguridad utilizados por los trabajadores que sean de un solo uso o desechables. **En este caso SEASIN LTDA se acogerá a las disposiciones o protocolos establecidos por los clientes para sus empleados.**
- Cada empresa cliente garantiza la existencia desinfectante cerca de las zonas de desplazamiento y de trabajo, por parte de la empresa se dispone de un KIT de Bioseguridad para cada trabajador.
- Se garantiza la la correcta circulación de aire en el espacio de trabajo de acuerdo con las disposiciones de cada cliente. Es importante aclarar que el trabajo realizado por los operarios de servicios generales no se realiza en un único punto fijo, por lo que no permanecen en áreas con volumen de personas.
- El mantenimiento de los equipos de los sistemas de ventilación es responsabilidad de los propietarios de la estructura locativa, en este caso, la empresa cliente.
- Para el control de ingreso y salida del personal no se utiliza ningún sistema electrónico, este control se lleva a cabo de manera física por medio de una planilla o minuta.
- Los objetos tales como cascos, bicicletas y otros se guardan en el sitio indicado por la empresa cliente para almacenar los objetos personales del trabajador.

## 11. DESPLAZAMIENTO DESDE Y HACIA EL LUGAR DE TRABAJO

### 11.1. EN TRANSPORTE PARTICULAR EN CARROS, MOTOCICLETAS Y BICICLETAS.

	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 23 de 53
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 25 de febrero de 2021	

- Se incentiva la movilidad en transportes alternativos de uso individual como bicicleta y motocicleta (sin parrillero), con elementos de protección y seguridad de uso exclusivamente personal.
- En trayectos de desplazamiento cortos, se promueve la llegada y salida al centro de trabajo a pie.
- En la medida de lo posible, mantener ventilado el vehículo y ventanas abiertas durante los recorridos.
- En la medida de lo posible, mantener la distancia mínima entre personas dentro del vehículo recomendada (por ejemplo, el pasajero puede ir en la parte de atrás).
- En motos y bicicletas, evite transitar con más de una persona en el vehículo (no parrilleros).
- Desinfectar con regularidad superficies con las que tiene contacto frecuente como son las manijas, volante, palanca de cambios, hebillas del cinturón de seguridad, radio, comandos del vehículo, etc. con alcohol o pañitos desinfectantes.
- Desinfectar los elementos de seguridad, como cascos, guantes, gafas, rodilleras, entre otros.
- Usar guantes durante el recorrido.
- En caso de un estornudo aplicar la técnica de higiene respiratoria y realiza una limpieza especial y no permitas que otras personas los usen.
- Ten cuidado al acercarte a un vehículo, sus ocupantes podrían estornudar o toser sin advertir tu presencia, mantén la distancia.
- Evite el uso de calefacción/ aire acondicionado que recirculen aire.

## **11.2. EN TRANSPORTE PÚBLICO.**

- Si va a utilizar transporte público, se debe utilizar gel ANTIBACTERIAL después de entrar en contacto con objetos o superficies, y se debe utilizar tapabocas. Es



	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 24 de 53
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 25 de febrero de 2021	

importante evitar llevarse las manos a la cara e intentar mantener distancia de mínimo 1 metros entre personas.

- Evite desplazarte en horas pico y tocar pasamanos y barras de agarre.
- Evite manipular tu celular y tocarte la cara.
- Use los lavamanos y otros sistemas de limpieza disponibles.
- Mantenga, en lo posible, una distancia superior a un metro de otros usuarios.
- Evite adquirir y/o recibir alimentos y otros elementos durante el recorrido.
- En caso de que debas usar efectivo, paga con el valor exacto.
- Abra las ventanas, en lo posible, para favorecer la ventilación interna del vehículo. Para viajes cortos, considera caminar o usar bicicleta.

### **11.3. TRANSPORTE PROPORCIONADO POR LA EMPRESA**

- Se asegura que el vehículo contratado por la empresa se encuentra con la documentación exigida por los organismos de tránsito y al día.
- El vehículo cumple con las medidas de bioseguridad necesaria para el transporte de pasajeros: Desinfección diaria, antes y después de la recogida de los trabajadores, separación entre el conductor y los pasajeros, uso de kit de bioseguridad.
- Tanto el conductor como los trabajadores que se transportan deben utilizar los elementos de bioseguridad necesarios (Tapabocas).
- El distanciamiento en el vehículo se debe cumplir, por lo que se dispone de espacio suficiente.

## **12. RECOMENDACIONES EN LA VIVIENDA**

### **12.1. AL SALIR DE LA VIVIENDA**

- Estar atento a las indicaciones de la autoridad local sobre restricciones a la movilidad y acceso a lugares públicos.

- Visitar solamente aquellos lugares estrictamente necesarios y evitar aglomeraciones de personas.
- Asignar un adulto para hacer las compras, que no pertenezca a ningún grupo de alto riesgo.
- Restringir las visitas a familiares y amigos si alguno presenta cuadro respiratorio.
- No saludar con besos, ni abrazos, ni dar la mano y mantener el aislamiento.
- Utilizar tapabocas en el transporte público supermercados, bancos, y demás sitios.
- En casa debe usar tapabocas en caso de presentar síntomas respiratorios o si convive con personas que perteneces al grupo de riesgo de contagio.



## 12.2. AL REGRESAR A LA VIVIENDA

- Retirar los zapatos a la entrada y lavar la suela con agua y jabón

 <small>OUTSOURCING SEASON LTDA</small>	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 26 de 53
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 25 de febrero de 2021	

- Lavar las manos de acuerdo con los protocolos del Ministerio de Salud y Protección Social (Ver protocolo de lavado de manos relacionado en este documento).
- Evitar saludar con beso, abrazo y dar la mano y buscar mantener siempre la distancia de más de dos metros entre personas.
- Antes de tener contacto con los miembros de familia, cambiarse de ropa.
- Mantener separada la ropa de trabajo de las prendas personales.
- La ropa debe lavarse en la lavadora o a mano con agua caliente que no queme las manos y jabón y secar por completo. No reutilizar ropa sin antes lavarla. No sacudir las prendas de ropa antes de lavarlas para minimizar el riesgo de dispersión de virus a través del aire. Dejar que se sequen completamente Bañarse con abundante agua y jabón.
- Mantener la casa ventilada, limpiar y desinfectar áreas, superficies y objetos de manera regular.
- Si hay alguna persona con síntomas de gripa en la casa tanto la persona con síntomas de gripa como quienes cuidan de ella deben utilizar tapabocas de manera constante en el hogar.

	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 27 de 53
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 25 de febrero de 2021	




### 12.3. CONVIVENCIA CON UNA PERSONA DE ALTO RIESGO

Si el trabajador convive con personas mayores de 60 años, o con personas con enfermedades preexistentes de alto riesgo para el COVID-19, (Diabetes, Enfermedad cardiovascular -Hipertensión Arterial- H TA, Accidente Cerebrovascular — ACV) I VIH, Cáncer, Uso de corticoides o inmunosupresores, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica -EPOC, mal nutrición (obesidad y desnutrición) Fumadores o con personal de servicios de salud, debe extremar medidas de precaución tales como:

- Mantener la distancia al menos de dos metros.

	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 28 de 53
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 25 de febrero de 2021	

- Utilizar tapabocas en casa, especialmente al encontrarse en un mismo espacio que la persona a riesgo y al cocinar y servir la comida. Aumentar la ventilación del hogar.
- Si es posible, asignar un baño y habitación individual para la persona a riesgo. Si no es posible, aumentar ventilación y limpieza y desinfección de superficies de todas las áreas del hogar.
- Cumplir a cabalidad con las recomendaciones de lavado de manos e higiene respiratoria impartidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Lavar y desinfectar en forma regular pisos, paredes, puertas y ventanas, e incrementar estas actividades en las superficies de los closets, roperos, armarios, barandas, pasamanos, picaportes, interruptores de luz, puertas, gavetas, topes de puertas, muebles, juguetes, bicicletas, y todos aquellos elementos con los cuales las personas de la familia tienen contacto constante y directo.
- La limpieza y desinfección debe realizarse procurando seguir los pasos: I) retiro de polvo, II) lavado con agua y jabón, III) enjuague con agua limpia y IV) desinfección con productos de uso doméstico.
- Limpiar y desinfectar todo aquello que haya estado en el exterior de la vivienda o que es de manipulación diaria, como: computadores, mouse, teclados, celulares, teléfonos fijos, control remoto, otros equipos electrónicos de uso frecuente, que se limpian empleando un paño limpio impregnado de alcohol al 70% o con agua y jabón, teniendo precaución para no averiarlos.
- Lavar con regularidad fundas sabanas, toallas, etc.
- Utilizar guantes para manipular la ropa, evitar sacudir la ropa y no permitir el contacto de esa ropa con el cuerpo.

	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 29 de 53
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 25 de febrero de 2021	

### **13. PASOS PARA SEGUIR EN CASO DE PRESENTARSE UNA PERSONA CON SÍNTOMAS COMPATIBLES CON COVID-19.**

Si una persona presenta síntomas de COVID-19 como fiebre mayor a 38° C, tos, dificultad para respirar se cumplirá con el siguiente procedimiento:

- Comunicar a su jefe inmediato (Ver anexo 4), verificar que está usando el tapabocas de manera adecuada y deberá ubicarlo en una zona de aislamiento, de acuerdo con lo establecido por el cliente, identificada previamente. Conforme a los protocolos establecidos por las autoridades de salud en Colombia, deberá informar si ha viajado a zonas consideradas como focos de infección o ha estado en contacto estrecho (a menos de 2 metros por más de 15 minutos) con un caso confirmado de COVID-19.
- La empresa debe reportar el caso a la EPS y a la secretaría de salud que corresponda para que evalúen su estado de salud, quienes determinarán si se debe trasladar a su casa con un aislamiento preventivo para síntomas leves y en el caso de dificultad para respirar, dolor en el pecho o convulsiones lo deben trasladar a un centro médico en una ambulancia de forma inmediata.
- Si el trabajador se encuentra en su casa y presenta síntomas de fiebre, tos, dificultad para respirar o un cuadro gripal, deberá contactarse telefónicamente con su jefe inmediato para poner en su conocimiento la situación y tanto el empleador como el trabajador deberán reportar el caso a la EPS y a la secretaria de salud que corresponda para que evalúen su estado.
- Realizar una lista con todas las personas que han estado en contacto estrecho (a menos de 2 metros por más de 15 minutos) con el caso confirmado en los últimos 14 días. Dicha lista se entregará a la secretaria de salud correspondiente para dar seguimiento y los contactos identificados estarán en aislamiento preventivo por 14 días. Este grupo de personas deberán reportar el cambio de su condición en la aplicación CoronApp.
- Se deben limpiar y desinfectar con alcohol al 70% de manera frecuente todas las superficies, los puestos de trabajo, espacios comunes y todas las áreas del

centro de como: pisos, paredes, puertas, ventanas, divisiones, muebles, sillas, y todos aquellos elementos con los cuales las personas tienen contacto constante y directo como lo son las herramientas de trabajo (Escobas, recogedores, traperos, valdes, etc.), en especial las superficies con las que ha estado en contacto el paciente.

- Las áreas como pisos, baños cocinas se deben lavar con un detergente común, para luego desinfectar.
- El personal de limpieza utilizará equipo de protección individual adecuado dependiendo del nivel de riesgo que se considere en cada situación.
- Identificar las áreas, superficies y objetos usados por la persona con sospecha de caso y realizar la limpieza y desinfección de manera inmediata.
- Se garantiza que el personal se pueda realizar el lavado de manos por los menos 6 veces al día, y que se cuente con los insumos agua limpia, jabón y toallas de un único uso.
- Asegurarse de reportar los casos sospechosos de contagio con el COVID-19 a las entidades correspondientes: secretaria de salud distrital, departamental o municipal, a la EPS del trabajador y a la ARL.
- Informar a las líneas de atención de la secretaria de salud de acuerdo con el siguiente directorio otorgado por el Ministerio de Salud y protección Social de Colombia o la línea nacional 018000955590 y reporte la sintomatología, con el fin de que sea indicado el direccionamiento de atención médica:

ENTIDAD	TELÉFONO	ENTIDAD	TELÉFONO
<b>SANTANDER</b>		<b>GUAVIARE</b>	
Secretaria de Salud de Santander	3014587539		321 394 65 60
	3213944070		321 394 53 50
<b>ANTIOQUIA</b>		<b>HUILA</b>	
Medellín y Valle de Aburrá	123		870 66 33
Resto de Antioquia	# 774		870 22 77
<b>ARAUCA</b>		CRUED	870 30 96
Línea 125 de emergencias en salud	125	<b>MAGDALENA</b>	
Información del tema	350 412 01 27		312 807 03 26



ATLÁNTICO		META	
CRUED	(035) 323 62 20	Línea departamento	321 394 53 51
BARRANQUILLA		CRUE	321 204 76 05
	379 33 33	QUINDÍO	
	317 517 39 64		322 581 64 22
	315 300 20 03	CUNDINAMARCA	
BOGOTÁ			123
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá	123	CESAR	
BOYACÁ		Línea del Ministerio	018000 955590
	311 483 41 04	CRUE	320 565 31 59
	740 74 64	Valledupar	310 633 22 91
CALDAS		RISARALDA	
Línea Caldas	(6) 880 08 18		315 282 30 59
	310 426 79 06	TOLIMA	
Línea 123 Manizales	123		322 812 39 75
CAUCA		VALLE DEL CAUCA	
	301 273 77 87		620 68 19
CÓRDOBA		Línea Exclusiva Cali	486 55 55 Opción 7
Línea Nacional	01 8000 95 55 90	LÍNEA MINSALUD	
Montería	320 530 82 09	Nacional	01 8000 95 55 90
		Bogotá	330 50 41


- Notifique la sintomatología o contacto estrecho a la EPS en donde se encuentra afiliado el trabajador, por medio de las líneas de atención habilitadas para el reporte de presuntos casos de COVID-19, las cuales se relacionada a continuación:

ENTIDAD	TELÉFONO	ENTIDAD	TELÉFONO
ASMET SALUD ESS		COOSALUD ESS	
	18000913876		01 8000 515 611
	032 835 37 83		#922 opción 0
NUEVA EPS		ECOOPSOS ESS EPS	
	307 70 22		353 40 00
			353 40 06
ALIANSA SALUD		EMSSANAR ESS	
	7 56 80 00 opción 5		733 34 00


		733 34 05
<b>AMBUQ EPS</b>		<b>EPS SURAMERICANA</b>
	01 8000 914 625	369 51 00
<b>ASOCIACIÓN MUTUAL SER</b>		<b>FAMISANAR LTDA CAFAM</b>
	01 8000 116 882	01 8000 916 662
<b>CAJACOPI ATLÁNTICO</b>		6 53 13 87
	320 16 02	<b>MEDIMAS EPS</b>
<b>CAPITAL SALUD</b>		651 07 77 opción 5
	123	01 8000 120 77 opción 5
	310 266 91 00	<b>SALUD TOTAL EPS</b>
<b>CAPRESOCA EPS</b>		485 45 55 opción 1
	633 31 30	<b>SAVIA SALUD EPS</b>
	312 412 88 63	01 8000 423 683
<b>COMFACHOCO</b>		409 00 00
	671 13 13 ext. 1100 -	300 305 02 95
	1101 - 1102	<b>SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD - SOS EPS</b>
<b>COMFACUNDI</b>		684 10 00
	307 81 81	680 57 57
<b>COMFAGUAJIRA</b>		331 90 90
	315 749 83 81	<b>ANASWAYUU EPSI</b>
<b>COMFAGUAJIRA</b>		317 639 61 97
	315 749 83 81	<b>ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA EPSI</b>
<b>COMFAHUILA</b>		310 862 65 73
	837 01 97	375 35 69
<b>COMFANARIÑO</b>		(1) 375 35 69
	01 8000 948 484	<b>COMFAMILIAR CARTAGENA</b>
<b>COMFAORIENTE</b>		01 8000 915 347
	320 44816881	315 788 39 12
<b>COMFASUCRE</b>		<b>DUSAKAWI EPSI</b>
		725 03 00
		<b>EPM EMPRESAS PUBLICAS DE MEDELLÍN</b>
		444 41 15
		01 800 415 115
		<b>EPS SANITAS</b>

	(5) 279 95 00 ext.1085		375 90 00
	01 8000 938 810		01 8000 919 100 Opción 6, luego 1
<b>COMFENALCO VALLE EPS</b>		<b>FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES</b>	
	(2) 386 53 00 opción 7		01 8000 111 322
<b>COMPARTA</b>		<b>MALLAMAS EPSI</b>	
	317 818 03 98		592 53 24
	01 8000 114 440		
<b>COMPENSAR EPS</b>		<b>PIJAOS SALUD EPSI</b>	
	444 12 34		279 95 95 ext. 152
			265 33 33
			265 42 42
<b>CONVIDA</b>		<b>SALUD MIA</b>	
	01 8000 112 803		304 576 14 75
	323 229 79 75		
	323 228 98 31		
<b>COOMEVA EPS</b>		<b>INPEC</b>	
	01 8000 930 779		(1) 745 80 27
			01 8000 188 027

- **En caso de presentar síntomas estando en su puesto de trabajo siga las siguientes instrucciones:**
  - Use en todo momento protección respiratoria y aléjese de las demás personas en el puesto de trabajo donde se encuentre.
  - Comuníquese con su jefe inmediato para que puede activar el protocolo e informe a la entidad cliente.
  - El jefe inmediato, usted o cualquier funcionario de quien se encuentre a cargo, se debe comunicar con la Secretaria de Salud correspondiente a la zona del país donde se encuentre, quienes darán las instrucciones a seguir para su traslado, ya sea a un centro asistencial, a su vivienda o a otros.

	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 34 de 53
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 25 de febrero de 2021	


- Su traslado al lugar indicado por la Secretaria de Salud o EPS se realizará en un vehículo asignado por la empresa, el cual puede ser taxi, ambulancia si así se requiere, de acuerdo con su estado de salud u otro vehículo. Siempre siguiendo las indicaciones y sugerencias dadas por la entidad competente, en este caso, el Ministerio de Salud o Secretaria de Salud.
- En caso de haber tenido contacto en los últimos 14 días con una persona confirmada con COVID-19, debe informar inmediatamente a la empresa, por medio del jefe inmediato o a los números relacionados en el numeral 1 de este protocolo, con el fin de tomar las medidas de aislamiento preventivo recomendadas por el Ministerio de Salud y Protección Social y a las cuales la empresa se acoge. Para lo cual se realizará el traslado hasta su vivienda desde su puesto de trabajo, después de haber notificado la novedad a la Secretaria de Salud correspondiente y de acuerdo con lo indicado en el numeral 4 de este documento: “Su traslado al lugar indicado por la Secretaria de Salud o EPS se realizará en un vehículo asignado por la empresa, el cual puede ser taxi, ambulancia si así se requiere, de acuerdo con su estado de salud u otro vehículo establecido por la empresa. Siempre siguiendo las indicaciones y sugerencias dadas por la entidad competente, en este caso, el Ministerio de Salud o Secretaria de Salud”. Para tales efectos, la Secretaria de Salud o la EPS del trabajador debe programar la toma del examen para descartar el contagio del Virus, por lo que, hasta no tener conocimiento de los resultados de dichas pruebas, deberá estar en aislamiento preventivo obligatorio, siguiendo los protocolos de bioseguridad en su hogar.
- El vehículo asignado para el traslado de las personas debe cumplir con los protocolos de bioseguridad con respecto al manejo de limpieza y desinfección y a los elementos de protección que debe utilizar el conductor: Mascarilla de referencia N95, traje antiluido manga larga, monogafas de seguridad y guantes. Además, dicho vehículo debe ser desinfectado antes y después del traslado del caso probable o sospechoso de COVID-19 de la siguiente manera:

 <small>OUTSOURCING SEASON LTDA</small>	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 35 de 53
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 25 de febrero de 2021	

1. Se debe limpiar el interior del vehículo antes y después del traslado de personas: volante, sillas, pisos, manijas, cinturones de seguridad incluyendo la banda y los anclajes, el área de instrumentos, freno de mano, palanca de cambios, manijas de las puertas y ventanas, barandas, torniquetes y todas las partes con la que el conductor y los pasajeros estén en contacto.
2. El vehículo debe contar un kit de limpieza: guantes desechables, tapabocas, gel desinfectante, pañuelos desechables o toallitas húmedas preferiblemente con clorox y un atomizador con solución desinfectante doméstica, el cual puede ser alcohol.
3. Abrir las ventanas y puertas del vehículo, la ventilación es importante al momento de desinfectar el vehículo, no se debe encender el aire acondicionado mientras se realice este proceso.
4. Luego se debe usar un desinfectante, rociándolo al interior del vehículo, idealmente con alcohol en concentraciones entre el 60% y 70% (se consigue como alcohol antiséptico para el hogar).
5. La aplicación de Alcohol se recomienda por aspersion, dejándolo actuar durante 10 minutos y dejarlo secar naturalmente.
6. Después de realizar la limpieza y desinfección, se debe hacer lavado de manos.

Las medidas de limpieza y desinfección del vehículo seleccionado son responsabilidad del conductor de este, por lo que antes de autorizar dicho traslado se debe asegurar que se cumplan con las exigencias necesarias para tales efectos.

- En el caso de haber practicado pruebas de COVID-19 a los trabajadores por razones internas, protocolos de la entidad cliente o como medida de prevención para descartar posibles contagios y están llegasen a dar como resultado “Positivos para COVID-19” y el trabajador se encuentra en su puesto de trabajo, se debe activar de inmediato el protocolo de traslado del trabajador hasta su vivienda, el cual se encuentra relacionado en el numeral 4 de este protocolo. En este caso, una vez obtenidos los resultados de las pruebas realizadas se notificará de inmediato a la entidad cliente y se procederá de acuerdo con el


	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 36 de 53
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 25 de febrero de 2021	

protocolo establecido. Se realiza el traslado del trabajador sin informar sobre el resultado de las pruebas en el puesto de trabajo. Cuando el trabajador se encuentra en su vivienda se establecerá comunicación en el/ella y se informará el resultado de la prueba realizada indicando los protocolos de bioseguridad a seguir y el contacto con la secretaria de salud.

- El manejo y tratamiento ante un caso confirmado de COVID -19 estará a cargo directamente de las entidades de salud.
- Activar acciones de desinfección y ventilación en sus hogares para evitar la propagación del virus.

#### **14. CAPACITACIÓN, INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.**

- Las capacitaciones para los trabajadores se han venido realizando a través folletos y/o circulares, que han sido difundidos por medio de correos electrónicos a los supervisores, grupos de Whatsapp de los trabajadores, página web [www.seasinlimitada.com](http://www.seasinlimitada.com), y/o charlas periódicas con grupos menores a 10 personas y adaptando las medidas de distanciamientos, entre otros. Inicialmente se realizó formación donde se indicó a los trabajadores que es el COVID, formas de transmitirse, signos y síntomas y como prevenirlo, se cuenta con soportes de la divulgación (Listas de asistencia)
- Fortalecer a los trabajadores en aspectos básicos relacionados con la forma en que se transmite el COVID - 19 y las maneras de prevenirlo:
  - ✓ Factores de riesgo del hogar y la comunidad.
  - ✓ Factores de riesgo individuales
  - ✓ Signos y síntomas
  - ✓ Importancia del reporte de condiciones de salud
  - ✓ Uso adecuado de los EPP
  - ✓ Lavado de manos.
  - ✓ Limpieza y desinfección.


	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 37 de 53
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 25 de febrero de 2021	

- ✓ identificación de síntomas (fiebre, tos seca y dificultad para respirar), desinfección.
- Estas capacitaciones serán continuas, reiterativas y suficientes, en temas como el lavado de manos, la higiene respiratoria, el uso adecuado de elementos de protección personal, identificación de síntomas (fiebre, tos seca y dificultad para respirar), desinfección y limpieza de superficies y utensilios, entre otras.
- Se difunde información periódica a los trabajadores y al personal respecto de la implementación de medidas de prevención (distancia física, correcto lavado de manos, cubrimiento de nariz y boca con el codo al toser), uso adecuado de elementos de protección personal e identificación de síntomas (fiebre tos seca y dificultad para respirar). Cuando sean presenciales, estas actividades se realizarán en grupos no mayores de cinco (5) personas.
- Se divulga a la población trabajadora los protocolos de prevención de contagio de COVID-19 y de atención de casos sospechosos de contagio.
- Se provee material didáctico a los trabajadores, donde se promueve el adecuado lavado de manos y la desinfección de puestos de trabajo, como una de las medidas más efectivas para evitar contagio., dicho materias se remite a través de los supervisores.
- Se suministra a los trabajadores información clara y oportuna sobre las medidas preventivas y de contención del COVID-19, así como las medidas en el hogar y fuera del trabajo.
- Se comunicarán y se capacitarán a los miembros de la organización en los protocolos que se aplicarán cuando se presenten casos sospechosos o confirmados de la enfermedad dentro de la organización.
- Se realizarán jornadas de socialización virtual por medio de correos electrónicos, redes sociales, página web, entre otros, de las estrategias de prevención y demás medidas propuestas por el Ministerio de Salud y Protección Social.



	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 38 de 53
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 25 de febrero de 2021	

- Se establecerá un cronograma de capacitaciones frente a las medidas impartidas por el Gobierno Nacional en prevención contra el COVID-19 para todos los trabajadores,
- Se generan contenidos informativos basados en fuentes calificadas, para llegar a los colaboradores con medidas de prevención y autocuidado, así como con información sobre la enfermedad y formas de contagio.
- Se ubican avisos en lugares estratégicos, sobre las prácticas sugeridas para la prevención del COVID-19, que contenga como mínimo las siguientes recomendaciones:
  - ✓ Evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca con las manos sin lavar.
  - ✓ Al toser o estornudar: Tosa o estornude en un pañuelo o en la curva de su brazo, no en su mano, y deseche los pañuelos usados lo antes posible en un cesto de basura forrado. Lávese las manos inmediatamente.
  - ✓ Limpiar y desinfectar objetos y superficies que se tocan con frecuencia usando alcohol con una concentración mayor o igual al 70% o jabón.
  - ✓ No compartir artículos personales o suministros como teléfonos, bolígrafos, cuadernos, elementos de protección personal (EPP), etc.
  - ✓ Evitar saludos comunes, como apretones de manos.
  - ✓ Lavarse las manos a menudo con agua y jabón durante al menos 20 a 30 segundos, especialmente al momento de ingresar al trabajo, después de usar el baño, previo a entrar en contacto con alimentos, previo y posterior a entrar en contacto con elementos u objetos de trabajo y mínimo cada 3 horas.
- Se comunica a los trabajadores la importancia de cumplir con las disposiciones impartidas por el Gobierno Nacional.

	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 39 de 53
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 25 de febrero de 2021	

- Se informa a los colaboradores cuando se presenten casos sospechosos y confirmados de COVID -19 en la organización de manera oportuna, con instrucciones para actuar y tomar medidas de autocuidado.
- Promover ante los trabajadores que tengan celulares inteligentes el uso de la aplicación CoronApp para registrar en ella su estado de salud.

**Nota:** El protocolo actual se ajustará teniendo en cuenta las recomendaciones o protocolos establecidos por las entidades contratantes.

#### **14.1. PLAN DE COMUNICACIONES PARA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN.**

Se establecen los mecanismos de comunicación con nuestros empleados, proveedores y contratistas, con el fin de divulgar la información relacionada con las medidas contenidas en la Resolución 666 del 24 de abril de 2020 y lo establecido en la Resolución 223 de 2021, quien modifico al anterior y la información sobre generalidades y directrices dadas por el Ministerio de Salud y Protección Social en relación con los síntomas de alarma, lineamientos y protocolos para la preparación, respuesta y atención ante la presencia del COVID-19 en el territorio nacional, entre otra información necesaria.

A continuación, se relacionan los mecanismos:

##### **TRABAJADORES**

- La comunicación con nuestros trabajadores es constante e interactiva. La información relacionada con las medidas de prevención y protección frente al COVID-19 así como la socialización de las novedades emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y el gobierno nacional se transmiten por las siguientes vías: Personalmente en las visitas de supervisión, en donde se reúne al personal teniendo en cuenta las medidas de bioseguridad y se socializan los temas pertinentes. Telefónicamente se llama a los trabajadores y se socializa vía telefónica la información y/o vía Whatsapp, además de la publicación de protocolos y/o información en carteleros dispuestas en los diferentes puestos de trabajo.

 <small>OUTSOURCING SEASON LTDA</small>	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 40 de 53
		VERSIÓN: 02 FECHA: 25 de febrero de 2021	

Siempre se deja constancia por medio de listas de asistencia o actas de reunión.

## PROVEEDORES

La comunicación y divulgación de normas, protocolos, solicitudes, etc. se realiza vía E-mail o por medio de correos físicos certificados a la persona encargada de la atención de la empresa, de esta manera se deja constancia de la remisión de la información.

Cuando uno de nuestros proveedores hace presencia en nuestras instalaciones, antes del ingreso se realiza la socialización del protocolo de ingreso descrito en el *PTHSEQ 02: Protocolo COVID-19 para compras, almacén y manejo de proveedores*.

## CONTRATISTAS

La comunicación y divulgación de normas, protocolos, solicitudes, etc. se realiza vía E-mail y de manera presencial por la persona encargada de dicha función (Líder HSE, Auxiliar HSE, Asistente de Recurso Humano o Coordinador de prestación de servicios), en donde se realiza inducción antes de iniciar las actividades por las que se contrata y se socializan los protocolos, medidas de prevención y demás información. Se mantiene comunicación con el área HSE del Contratista, con el fin de que sean tomadas las medidas y se realice el respectivo seguimiento y monitoreo.

## 15. ARTICULACIÓN CON AUTORIDADES LOCALES

La empresa acogerá las disposiciones y normas establecidas por cada ciudad, municipio o localidad donde se prestan los servicios con respecto al desplazamiento, permisos, autorizaciones, etc.

## 16. CONTROL DE CAMBIOS

REVISIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN
01	28/04/2020	Creación del documento
02	29/05/2020	Actualización y ajustes del documento
03	10/07/2020	Se incluyen medidas de prevención y protocolos de bioseguridad de los vehículos de traslado de personal sospechoso o confirmado con COVID – 19.
03	25/02/2021	Actualización de canales de comunicación. Actualización de números de contactos para reporte de casos y especificaciones contenidas en la Resolución 223 de 2021, la cual modifica la Resolución 666 de 2020.



<b>MAURICIO RUGE MURCIA REPRESENTANTE LEGAL OUTSOURCING SEASIN LTDA.</b>

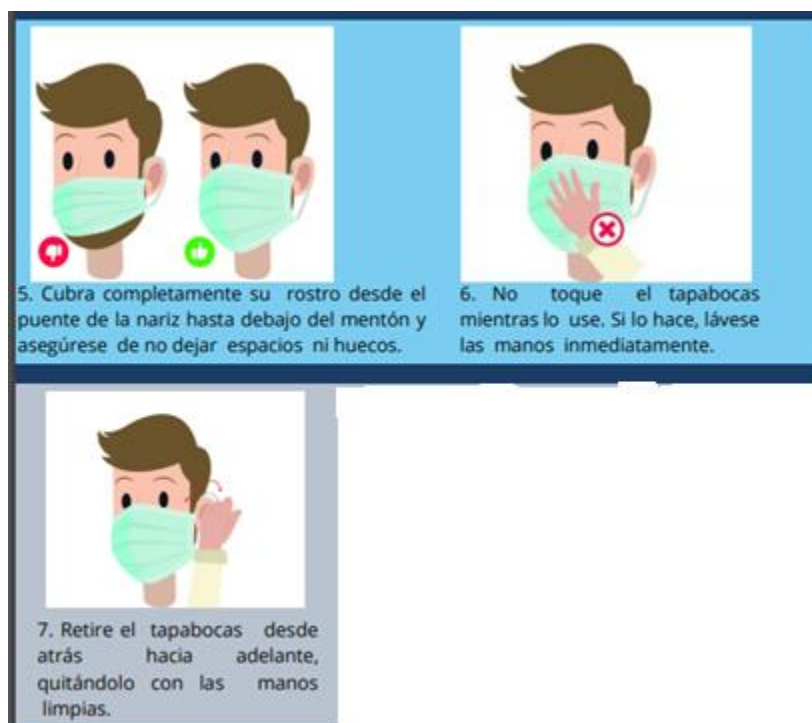
 <small>OUTSOURCING SEASON LTDA</small>	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 42 de 53
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 25 de febrero de 2021	

# ANEXOS DEL DOCUMENTO.

## ANEXO 1: MEDIDAS PARA USO DE TAPABOCAS

	
<p>1. Lávese las manos con agua y jabón antes de colocarse el tapabocas.</p>	<p>2. Revise que el tapaboca se encuentre en buen estado.</p>
	
<p>3. Póngase el tapabocas cubriendo el rostro desde el puente de la nariz.</p>	<p>4. Sujete bien el tapabocas alrededor de las orejas.</p>

	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 44 de 53
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 25 de febrero de 2021	



## ANEXO 2: MANEJO INTERNO DE POSIBLES CASOS COVID-19


### CANALES DE COMUNICACIÓN.

**OUTSOURCING SEASIN LTDA** establece los siguientes canales de información para la prevención, con el fin de permitir a los trabajadores reportar cualquier sospecha de síntomas o contacto con persona diagnosticada con la enfermedad:

- ✓ Línea de comunicación tanto vía telefónica No. 7-6387575, celular N° 302-326-0876 como por correo electrónico al e-mail [liderhse@seasinlimitada.com](mailto:liderhse@seasinlimitada.com)

NOMBRE	CARGO	REGIONAL/CIUDAD/PUESTO DE TRABAJO ASIGNADO	CIUDAD	NUMERO DE TELÉFONO
SAMUEL RODRIGUEZ DURAN	COORD. OPERATIVO	REGIONAL SANTANDER	BUCARAMANGA	3023260898
CANDELARIA VELOZA	COORD. OPERATIVO	CONTRATOS BOGOTÁ	BUCARAMANGA	3107880522
SANDRA CARREÑO	SUPERVISOR OPERATIVO	REGIONAL SANTANDER	BUCARAMANGA	3017164635
ISAAC GALVIS	SUPERVISOR OPERATIVO	REGIONAL SANTANDER	BUCARAMANGA	3017164084



	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>		CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 45 de 53
			VERSIÓN: 02	
			FECHA: 25 de febrero de 2021	

CLAUDIA CAMPO	SUPERVISOR OPERATIVO	ESSA - SANTANDER	BUCARAMANGA	3017149155
DEISY OSORIO	SUPERVISOR OPERATIVO	REGIONAL SANTANDER	BUCARAMANGA	3017164244
RAMIRO ANDRES RIVERA	SUPERVISOR OPERATIVO	<b>CENTRO OCCIDENTE SUR</b> (ANTIOQUIA, CALDAS, RISARALDA, QUINDÍO, VALLE DEL CAUCA, CAUCA, NARIÑO, AMAZONAS, CHOCO Y TOLIMA)	<b>ARMENIA</b>	3113512183
LUIS GUILLERMO SARMIENTO	SUPERVISOR OPERATIVO	NORTE DE SANTANDER	CÚCUTA	3004948607
FANNY NUMPAQUE	SUPERVISOR OPERATIVO	BOYACÁ - CASANARE	TUNJA	3184376235
PATRICIA POSADA MUÑOZ	SUPERVISOR OPERATIVO	PREVISORA – NIVEL NACIONAL	BOGOTÁ	301 7143026
LADY CONTRERAS	SUPERVISOR OPERATIVO	SAN SILVESTRE PARQUE VIVERO, AEROPUERTO, INSTRUMENTO PÚBLICO	BARRANCABERMEJA	3003585487
JAVERNEY RINCÓN	SUPERVISOR OPERATIVO	IPES	BOGOTÁ	3125340261
MIGUEL MONTERROSA	SUPERVISOR OPERATIVO	IPES	BOGOTÁ	3112306522
JESÚS CAMARÓN	SUPERVISOR OPERATIVO	IPES	BOGOTÁ	3012175644
LILIANA LEDEZMA	SUPERVISOR OPERATIVO	COSTA NORTE COLOMBIANA	RIOHACHA	3126433801
MARTHA CAROLINA NIETO	SUPERVISOR OPERATIVO	SUPERINTENDENCIA DE SOCIEDADES	BOGOTÁ	3207349192
DANIEL MARIÑO GONZALEZ	SUPERVISOR OPERATIVO	FISCALÍA - CUNDINAMARCA SUR	BOGOTÁ	3105508932
ROSA EMMA RAMÍREZ MEJÍA	SUPERVISOR OPERATIVO	DCRI	BOGOTÁ	3022173225
ANYELA MARCELA LEÓN ESPINOSA	SUPERVISOR OPERATIVO	SECRETARIA DE MOVILIDAD	BOGOTÁ	3202543192
WILLIAM DAVID RUBIANO ORTIZ	SUPERVISOR OPERATIVO	DIAN	BOGOTÁ	3041264818
DIANA YICEL MUÑOZ ZÚÑIGA	SUPERVISOR OPERATIVO	MINISTERIO DEL INTERIOR	BOGOTÁ	3144570027
CINDY ESPERANZA BORJA SEGURA	SUPERVISOR OPERATIVO	DIAN	BOGOTÁ	3118364494
DIEGO ARMANDO PAZ	SUPERVISOR OPERATIVO	DIAN	BOGOTÁ	3103189083
EDGAR SIERRA	SUPERVISOR OPERATIVO	DIAN	BOGOTÁ	3177288078
DILMA CAROLINA ARIZA CAMACHO	SUPERVISOR OPERATIVO	DIAN	BOGOTÁ	3212941558

	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>		CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 46 de 53
			VERSIÓN: 02	
			FECHA: 25 de febrero de 2021	

ROSALBA GAMBA GONZÁLEZ	SUPERVISOR OPERATIVO	FUERZA AÉREA	BOGOTÁ	3192777724
WALTER ANTONIO PADILLA BARRIOS	SUPERVISOR OPERATIVO	DIAN	BOGOTÁ	3228574133
MARÍA DIANA CÁRDENAS	SUPERVISOR OPERATIVO	JEP	BOGOTÁ	3208481228
BLANCA JOHANA GARZÓN GUTIÉRREZ	SUPERVISOR OPERATIVO	IPES	BOGOTÁ	3203832270
SANDRA MILENA CAMARGO GOMEZ	SUPERVISOR OPERATIVO	SECRETARIA DE SEGURIDAD CONVIVENCIA Y JUSTICIA	BOGOTÁ	3125891536
WALTER DAVID ACERO OSORIO	SUPERVISOR OPERATIVO	AERONÁUTICA CIVIL	BOGOTÁ	3132500493
JENNY CATALINA GONZÁLEZ AGUIRRE	SUPERVISOR OPERATIVO	SECRETARIA DISTRITAL DE LA MUJER	BOGOTÁ	3104774096
MÓNICA RIVERA RIVERA	SUPERVISOR OPERATIVO	DIAN	BOGOTÁ	3147037405
GLORIA IVONNE REYES DIAZ	SUPERVISOR OPERATIVO	SECRETARÍA DE DESARROLLO ECONÓMICO	BOGOTÁ	3118595322
JAVIER OCTAVIO ISAZA BOSSA	SUPERVISOR OPERATIVO	FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN - CUNDINAMARCA	BOGOTÁ	3204802615
MIRYAM TERESA MIRANDA SUAREZ	SUPERVISOR OPERATIVO	MINISTERIO DE COMERCIO INDUSTRIA Y TURISMO	BOGOTÁ	3202183269
DIDIER QUINAYAS BUESAQUILLO	SUPERVISOR OPERATIVO	SUPER INTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS	BOGOTÁ	3202851135
ADRIANA CUBILLOS VELANDIA	SUPERVISOR OPERATIVO	FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN SECCIONAL BOYACÁ	TUNJA	31150033693
YANETH CELIS PORTILLA	SUPERVISOR OPERATIVO	INVIMA	BOGOTÁ	3214927490
SARA JOSEFA RODRÍGUEZ ACOSTA	SUPERVISOR OPERATIVO	FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN	BOGOTÁ	3196649856
JOSÉ ENRIQUE RODRÍGUEZ PABÓN	SUPERVISOR OPERATIVO	SENA CESAR - SEDE PRINCIPAL VALLEDUPAR Y SUBSEDES, SEDE CENTRO BIOTECNOLÓGICO DEL CARIBE, SEDE BOSCONIA, SEDE LA JAGUA DE IBIRICO, SEDE AGUSTÍN CODAZZI, SEDE CHIRIGUANÁ Y SEDE CHIMICHAGUA.	VALLEDUPAR	3012470961
ANGELICA LISSETH SECUE UL	SUPERVISOR OPERATIVO	FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN PUTUMAYO	MOCOA - PUTUMAYO	3212512601
JEFRY HERNÁNDEZ OROZCO	SUPERVISOR OPERATIVO	SENA - ATLÁNTICO	BARRANQUILLA	3043530186
HARRISON ROMERO PABÓN	SUPERVISOR OPERATIVO	DIAN BCH	BOGOTÁ	3203829220
LUGDY SANJUAN CASTILLO	SUPERVISOR OPERATIVO	AERONÁUTICA CIVIL - REGIONAL 9	CÚCUTA	3163362257
NUBIA DANITH ORTIZ ORTIZ	SUPERVISOR OPERATIVO	DIAN GRANDES CONTRIBUYENTES	BOGOTÁ	3203181477

	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>		CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 47 de 53
			VERSIÓN: 02	
			FECHA: 25 de febrero de 2021	

MARIA ESPERANZA RODRÍGUEZ RINCÓN	SUPERVISOR OPERATIVO	IGAC SEDE CENTRAL BOGOTÁ	BOGOTÁ	3182386049
MAVI ALEJANDRA PUSCUS RUIZ	SUPERVISOR OPERATIVO	AEROCIVIL	BOGOTÁ	3143312353
LILIANA RUBIANO GAMBOA	SUPERVISOR OPERATIVO	ENTERRITORIO	BOGOTÁ	3177347370
DARWIN ANDREAS GARCIA AGUDELO	SUPERVISOR OPERATIVO	SENA REGIONAL HUILA	NEIVA	3023050589
RENE ALEJANDRO URREA ALVAREZ	SUPERVISOR OPERATIVO	DIAN	MEDELLÍN	3106922575
MARÍA ELENA VILLA 6	SUPERVISOR OPERATIVO	DIAN - REGIONAL ANTIOQUIA (CAREPA OTU, URRAO, AMALFI, PUERTO BERRÍO, MEDELLÍN, RIONEGRO)	RIONEGRO	3156532925
ANA BALVINA ONTIVEROS GARCIA	SUPERVISOR OPERATIVO	ADRES	BOGOTÁ	3212289082
NILA MERCEDES LECHUGA CASTRO.	SUPERVISOR OPERATIVO	SENA - CEDAGRO Y FINCA CANEY.	SABANALARGA ATLÁNTICO	3002492117
YOLANDA JARA CRUZ	SUPERVISOR OPERATIVO	SECRETARIA DE GOBIERNO	BOGOTÁ	3132327338
HEIDY VIVIANA POSADA CASTRO	SUPERVISOR OPERATIVO	AEROCIVIL	BOGOTÁ	3232833094
GENIS ISABEL SOCARRAS CANTILLO	SUPERVISOR OPERATIVO	SENA - MAGDALENA	SANTA MARTA	3107478266
ANA JOSEFA CÓRDOBA RIVAS	SUPERVISOR OPERATIVO	SENA - CHOCÓ	QUIBDÓ	3137402152
EDITH GARCIA TOVAR	SUPERVISOR OPERATIVO	FISCALÍA HUILA	NEIVA	3232097102
JOHANNA MEJÍA SANABRIA	SUPERVISOR OPERATIVO	SECRETARIA DISTRITAL DE LA MUJER	BOGOTÁ	3202608028
ALEXANDER LUENGAS MATEUS	SUPERVISOR OPERATIVO	472	BOGOTÁ	3507236190
ROGER DAVID ARIEL	SUPERVISOR OPERATIVO	AERONÁUTICA CIVIL	BOGOTÁ	3017751666
QUELLY PATRICIA MURAYARI OLIVAS	SUPERVISOR OPERATIVO	SENA REGIONAL AMAZONAS	LETICIA AMAZONAS	3118879326
JUAN CAMILO RAMÍREZ VIGOYA	SUPERVISOR OPERATIVO	FISCALÍA EJE CAFETERO	PEREIRA	3235304065
MELISA PATIÑO	SUPERVISOR OPERATIVO	RAMA JUDICIAL CALDAS	MANIZALES	3116122534
WILDER DÍAZ VÁQUIRO	SUPERVISOR OPERATIVO	FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN - SECCIONAL CAQUETÁ	FLORENCIA	3023698656
ÁNGELO CASTRILLÓN PIZA	SUPERVISOR OPERATIVO	SECRETARIA DE EDUCACIÓN	BOGOTÁ	3015732331
JHONNY ALEXANDER MEZA MORA	SUPERVISOR OPERATIVO	PERSONAL DE MANTENIMIENTOS Y ASEO	PASTO IPIALES TUMACO	3162571149
CLAUDIA CRISTINA SÁNCHEZ RIVERA	SUPERVISOR OPERATIVO	SECRETARIA DE EDUCACIÓN	BOGOTÁ RURAL	3124117400

	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>		CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 48 de 53
			VERSIÓN: 02	
			FECHA: 25 de febrero de 2021	


LUZ ANGELA CASTELLANOS	SUPERVISOR OPERATIVO	SECRETARIA DE EDUCACIÓN	BOGOTÁ	3012611018
LUZ DARY MUÑOZ	SUPERVISOR OPERATIVO	SECRETARIA DE EDUCACIÓN	BOGOTÁ	3074636407
CARLOS ANDRES ORJUELA LOPEZ	SUPERVISOR OPERATIVO	SECRETARIA DE EDUCACIÓN	BOGOTÁ	3123075375
WILMER ALEJANDRO YATE	SUPERVISOR OPERATIVO	SECRETARIA DE EDUCACIÓN	BOGOTÁ	3178652301
ALBA JANNETH PEÑUELA VELÁZQUEZ	SUPERVISOR OPERATIVO	SECRETARIA DE EDUCACIÓN	BOGOTÁ	3173547754
LUZ MERY JIMÉNEZ LINARES	SUPERVISOR OPERATIVO	SECRETARIA EDUCACIÓN	BOGOTÁ	3138776266
JANNETHE MILENA CASTRO RIVEROS	SUPERVISOR OPERATIVO	FISCALÍA NACIONAL DE LA NACIÓN - TOLIMA	IBAGUÉ	3023698650
FANY NUMPAQUE	SUPERVISOR OPERATIVO	DIAN, AGUSTÍN CODAZZI, POLICÍA METROPOLITANA, ICA, AEROCIVIL, ASSALUD, PREVISORA	TUNJA- YOPAL	3184376235
OLGA MILENA GALLEGU HENAO	SUPERVISOR OPERATIVO	SECRETARIA DE EDUCACIÓN	BOGOTÁ	3114627250
MARIA NIÑO SARMIENTO	SUPERVISOR OPERATIVO	AGENCIA NACIONAL DE INFRAESTRUCTURA	BOGOTÁ	3134747083
YOLANDA JARA CRUZ	SUPERVISOR OPERATIVO	SECRETARIA DISTRITAL DE GOBIERNO	BOGOTÁ	3132327338
MARIA EUNICE NIÑO SARMIENTO	SUPERVISOR OPERATIVO	AGENCIA NACIONAL DE INFRAESTRUCTURA	BOGOTÁ	3134747083
JULEIDY REYES RUIZ	SUPERVISOR OPERATIVO	CASUR	BOGOTÁ	3125017508
WALTER ANTONIO PADILLA BARRIOS	SUPERVISOR OPERATIVO	DIAN	BOGOTÁ	3228574133
JULEIDY REYES RUIZ	SUPERVISOR OPERATIVO	CASUR	BOGOTÁ	3125017508
ROGER DAVID ARIEL	SUPERVISOR OPERATIVO	AERONÁUTICA CIVIL	BOGOTÁ	3017751666
YEIMIS CECILIA GUTIÉRREZ CERA	SUPERVISOR OPERATIVO	SUPERVISOR	BARRANQUILLA	3013256999
LUIS FERNANDO AGUIRRE ROMERO	SUPERVISOR OPERATIVO	SENA - ATLÁNTICO	BARRANQUILLA ATLÁNTICO	3218193912
NORIS VANESA GUZMÁN ROYERO	SUPERVISOR OPERATIVO	SENA ATLÁNTICO	BARRANQUILLA	3015801640
LIDIA ASTRID COLMENARES OROZCO	SUPERVISOR OPERATIVO	SENA - ATLÁNTICO	BARRANQUILLA	3017257849
FANNY GRACIELA GÓMEZ	SUPERVISOR OPERATIVO	RTVC	BOGOTÁ	3138362078

 <small>OUTSOURCING SEASON LTDA</small>	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>		CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 49 de 53
			VERSIÓN: 02	
			FECHA: 25 de febrero de 2021	

### **ANEXO 3. PROTOCOLO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN COVID-19**

### **ANEXO 4. PROTOCOLO COVID – 19 PARA COMPRAS, ALMACÉN Y PROVEEDORES.**

## ANEXO 5. CRONOGRAMA DE CAPACITACIONES COVID-19

 <b>CRONOGRAMA DE CAPACITACIONES PARA MANEJO DE COVID</b>				
TEMA	A QUIEN VA DIRIGIDA	METODO DE DIVULGACION	MEDIO DE DIVULGACIÓN	RESPONSABLE
Factores de riesgo del hogar y la comunidad.	Personal de servicios generales, toderos, jardineros, piscineros.	Folleto, infogramas y/o circulares informativas	Presencial, vía telefónica o vía Whatsapp	Area SST SEASIN LTDA.
Factores de riesgo individuales	Personal de servicios generales, toderos, jardineros, piscineros.	Folleto, infogramas y/o circulares informativas	Presencial, vía telefónica o vía Whatsapp	Area SST SEASIN LTDA.
Signos y síntomas del COVID-19	Personal de servicios generales, toderos, jardineros, piscineros.	Folleto, infogramas y/o circulares informativas	Presencial, vía telefónica o vía Whatsapp	Area SST SEASIN LTDA.
Importancia del reporte de condiciones de salud	Personal de servicios generales, toderos, jardineros, piscineros.	Folleto, infogramas y/o circulares informativas	Presencial, vía telefónica o vía Whatsapp	Area SST SEASIN LTDA.
Uso adecuado de los EPP (Guantes, tapabocas y gafas)	Personal de servicios generales, toderos, jardineros, piscineros.	Folleto, infogramas y/o circulares informativas	Presencial, vía telefónica o vía Whatsapp	Area SST SEASIN LTDA.
Técnica de Lavado de manos.	Personal de servicios generales, toderos, jardineros, piscineros.	Folleto, infogramas y/o circulares informativas	Presencial, vía telefónica o vía Whatsapp	Area SST SEASIN LTDA.
Protocolo de limpieza y desinfección.	Personal de servicios generales, toderos, jardineros, piscineros.	Folleto, infogramas y/o circulares informativas	Presencial, vía telefónica o vía Whatsapp	Area SST SEASIN LTDA.
Identificación de síntomas (fiebre mayor a 38°C, tos seca y dificultad para respirar), desinfección.	Personal de servicios generales, toderos, jardineros, piscineros.	Folleto, infogramas y/o circulares informativas	Presencial, vía telefónica o vía Whatsapp	Area SST SEASIN LTDA.
Protocolo de Bioseguridad.	Personal de servicios generales, toderos, jardineros, piscineros.	Folleto, infogramas y/o circulares informativas	Presencial, vía telefónica o vía Whatsapp	Area SST SEASIN LTDA.
Medidas de prevención al regresar a la vivienda	Personal de servicios generales, toderos, jardineros, piscineros.	Folleto, infogramas y/o circulares informativas	Presencial, vía telefónica o vía Whatsapp	Area SST SEASIN LTDA.
Medidas preventivas frente al desplazamiento desde y hacia el lugar de trabajo: En transporte particular en carros, motocicletas y bicicletas; en transporte público.	Personal de servicios generales, toderos, jardineros, piscineros.	Folleto, infogramas y/o circulares informativas	Presencial, vía telefónica o vía Whatsapp	Area SST SEASIN LTDA.



## ANEXO 6. KIT DE BIOSEGURIDAD PARA EMPLEADOS







# PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19

**CÓDIGO:** PTHSEQ 01

VERSIÓN: 02

FECHA: 25 de febrero de 2021

Página 52 de 53

**ANEXO 7: FRHSEQ 10 Encuesta de verificación de sintomatología diaria.**


[illegible]



	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 1 de 49
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 29 de mayo de 2020	

# **PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19**



 <small>OUTSOURCING SEASON LTDA</small>	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>		Página 2 de 49
		CÓDIGO: PTHSEQ 01	
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 29 de mayo de 2020	

<b>1. OBJETIVO .....</b>	<b>3</b>
<b>2. ALCANCE .....</b>	<b>3</b>
<b>3. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>3</b>
<b>4. DEFINICIONES.....</b>	<b>4</b>
<b>5. MEDIDAS GENERALES .....</b>	<b>7</b>
5.1. MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y MANEJO DE SITUACIONES DE RIESGO DE CONTAGIO.....	7
5.2. LAVADO DE MANOS.....	12
5.3. TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS .....	13
5.4. DISTANCIAMIENTO FÍSICO.....	14
5.5. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP PARA PREVENCIÓN DEL COVID-19.....	14
<b>6. HERRAMIENTAS DE TRABAJO Y ELEMENTOS DE DOTACIÓN .....</b>	<b>18</b>
<b>7. LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN .....</b>	<b>18</b>
<b>8. MANIPULACIÓN DE INSUMOS Y PRODUCTOS.....</b>	<b>19</b>
<b>9. MANEJO DE RESIDUOS.....</b>	<b>19</b>
<b>10. INTERACCIÓN EN TIEMPOS DE ALIMENTACIÓN .....</b>	<b>20</b>
10.1. MEDIDAS LOCATIVAS .....	21
<b>11. DESPLAZAMIENTO DESDE Y HACIA EL LUGAR DE TRABAJO.....</b>	<b>22</b>
11.1. EN TRANSPORTE PARTICULAR EN CARROS, MOTOCICLETAS Y BICICLETAS.....	22
11.2. EN TRANSPORTE PÚBLICO. ....	23
<b>12. RECOMENDACIONES EN LA VIVIENDA.....</b>	<b>24</b>
12.1. AL SALIR DE LA VIVIENDA .....	24
12.2. AL REGRESAR A LA VIVIENDA.....	25
12.3. CONVIVENCIA CON UNA PERSONA DE ALTO RIESGO .....	27
<b>13. PASOS A SEGUIR EN CASO DE PRESENTAR UNA PERSONA CON SÍNTOMAS COMPATIBLES CON COVID-19. ....</b>	<b>29</b>
<b>14. CAPACITACIÓN, INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN. ....</b>	<b>35</b>
<b>15. CONTROL DE CAMBIOS.....</b>	<b>40</b>

 <small>OUTSOURCING SEASIN LTDA</small>	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 3 de 49
		VERSIÓN: 02 FECHA: 29 de mayo de 2020	

## 1. OBJETIVO

Definir el protocolo general de bioseguridad, para mitigar, controlar y realizar el adecuado manejo de la pandemia del Coronavirus COVID-19 de OUTSOURCING SEASIN LTDA con el fin de reducir el riesgo de contagio para personal del área de comparas almacén y manejo de proveedores.


## 2. ALCANCE

Aplica para todo el personal operativo de todos los centros de trabajo de OUTSOURCING SEASIN LTDA.

## 3. INTRODUCCIÓN

El coronavirus 2019 (COVID-19) es una enfermedad respiratoria causada por el virus SARS-CoV. Se ha propagado alrededor del mundo, generando un impacto en cada uno de ellos a nivel de mortalidad, morbilidad y en la capacidad de respuesta de los servicios de salud, así mismo pueden afectar todos los aspectos de la vida diaria y las actividades económicas y sociales, incluyendo los viajes, ¡e! comercio, el turismo, suministros de alimentos, la cultura y los mercados financieros, entre otros. Para reducir el impacto de las condiciones del brote de COVID-19 en las actividades económicas y sectores del país, población trabajadora usuarios, consumidores y población en general, es importante que todos los empleadores realicen la planeación, alistamiento e incorporación de medidas de prevención para la mitigación y respuesta a situaciones de riesgo frente COVID-19.

La infección se produce cuando una persona enferma tose o estornuda y expulsa partículas del virus que entran en contacto con otras personas. El Coronavirus 2019 (COVID-19), tiene síntomas similares a los de la gripa común, alrededor del 80%, se recupera sin necesidad de un tratamiento especial. Otras personas, conocidas como casos asintomáticos, no han experimentado ningún síntoma. El Coronavirus

 <small>OUTSOURCING SEASON LTDA</small>	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 4 de 49
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 29 de mayo de 2020	

2019 (COVID-19), puede causar enfermedades que van desde leves a graves y, en algunos casos, puede ser fatal.

Por lo anterior desde el Ministerio de Salud y Protección Social se han generado los lineamientos para orientar a la población frente a las medidas que se requieren para mitigar la transmisión del virus, las cuales deben adaptarse a las diferentes actividades y sectores, con el fin de continuar fortaleciendo la respuesta en la fase de mitigación del virus.

#### 4. DEFINICIONES


- **Aislamiento:** separación de una persona o grupo de personas que se sabe o se cree que están infectadas con una enfermedad transmisible y potencialmente infecciosa de aquellos que no están infectados, para prevenir la propagación de COVID-19. El aislamiento para fines de salud pública puede ser voluntario u obligado por orden de la autoridad sanitaria.
- **Aislamiento respiratorio:** se aplica cuando se prevé la presencia de gotas de origen respiratorio con bajo rango de difusión (hasta 1 metro).
- **Aislamiento por gotas:** se refiere a las medidas para controlar las infecciones por virus respiratorios y otros agentes transmitidos por gotas (> 5 micras) impulsadas a corta distancia a través del aire y que pueden ingresar a través de los ojos, la mucosa nasal, la boca o la piel no intacta de la persona que está en contacto con el paciente.
- **Aislamiento por contacto:** se refiere a las medidas para controlar el contacto directo cuando se produce en el traspaso de sangre o fluidos corporales desde un paciente hacia otro individuo susceptible. El contacto puede hacerse en piel mucosas o lesiones; así mismo por inóculos directos a torrente sanguíneo y el indirecto: se produce cuando el huésped susceptible entra en contacto con el microorganismo infectante a través de un intermediario inanimado (ropas, fómites, superficies de la habitación) o animado (personal de salud, otro paciente) que estuvo inicialmente en contacto con ese microorganismo. En este

 <small>OUTSOURCING SEASON LTDA</small>	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 5 de 49
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 29 de mayo de 2020	


caso se utiliza bata desechable anti fluidos o traje de polietileno, este último para alto riesgo biológico.

- **Asepsia:** ausencia de microorganismos que pueden causar enfermedad. Este concepto incluye la preparación del equipo, la instrumentación y el cambio de operaciones mediante los mecanismos de esterilización y desinfección.
- **Bioseguridad:** conjunto de medidas preventivas que tienen por objeto eliminar o minimizar el factor de riesgo biológico que pueda llegar a afectar la salud, el medio ambiente o la vida de las personas, asegurando que el desarrollo o producto final de dichos procedimientos no atenten contra la salud y seguridad de los trabajadores.
- **Cohorte de pacientes:** agrupación de los pacientes que están colonizados o infectados con un mismo microorganismo, para limitar su atención a un área única y evitar el contacto con otros pacientes. Las cohortes se crean de acuerdo con la confirmación diagnóstica (clínica o microbiológica), criterios epidemiológicos y el modo de transmisión del agente infeccioso. Se prefiere evitar colocar pacientes severamente inmunodeprimidos en habitaciones con otros pacientes. Los estudios de modelado matemático soportan la fuerza de las cohortes en el control de brotes.
- **Contacto estrecho:** es el contacto entre personas en un espacio de 2 metros o menos de distancia, en una habitación o en el área de atención de un caso de COVID-2019 confirmado o probable, durante un tiempo mayor a 15 minutos, o contacto directo con secreciones de un caso probable o confirmado mientras el paciente es considerado infeccioso.
- **COVID-19:** es una nueva enfermedad, causada por un nuevo coronavirus que no se había visto antes en seres humanos. El nombre de la enfermedad se escogió siguiendo las mejores prácticas establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para asignar nombres a nuevas enfermedades infecciosas en seres humanos.
- **Desinfección:** es la destrucción de microorganismos de una superficie por medio de agentes químicos o físicos.



 <small>OUTSOURCING SEASON LTDA</small>	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 6 de 49
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 29 de mayo de 2020	

- **Desinfectante:** es un germicida que inactiva prácticamente todos los microorganismos patógenos reconocidos, pero no necesariamente todas las formas de vida microbiana, ejemplo esporas. Este término se aplica solo a objetos inanimados.
- **Hipoclorito:** es un grupo de desinfectantes que se encuentra entre los más comúnmente utilizados. Este grupo de desinfectantes tienen un efecto rápido sobre una gran variedad de microorganismos. Son los más apropiados para la desinfección general. Como este grupo de desinfectantes corroe los metales y produce además efectos decolorantes, es necesario enjuagar lo antes posible las superficies desinfectadas con dicho producto.
- **Mascarilla Quirúrgica:** elemento de protección personal para la vía respiratoria que ayuda a bloquear las gotitas más grandes de partículas derrames, aerosoles o salpicaduras, que podrían contener microbios, virus y bacterias, para que no lleguen a la nariz o la boca.
- **Material Contaminado:** es aquel que ha estado en contacto con microorganismos o es sospechoso de estar contaminado.
- **Prestadores de servicios de salud:** Hace referencia a las instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS, profesionales independientes de salud, transporte asistencial de pacientes y entidades de objeto social diferente que prestan servicios de salud.
- **Residuo Biosanitario.** son todos aquellos elementos o instrumentos utilizados durante la ejecución de un procedimiento que tiene contacto con materia orgánica, sangre o fluidos corporales del usuario.
- **Residuos Peligrosos.** es cualquier objeto, material, sustancia, elemento o producto que se encuentra en estado sólido o semisólido, o es un líquido o gas contenido en recipientes o depósitos cuyo generador descarta, rechaza o entrega porque sus propiedades no permiten usarlo nuevamente en la actividad que lo generó o porque la legislación o la normatividad vigente así estipula.
- **SARS:** síndrome respiratorio agudo severo, por sus siglas en inglés (Severe acute respiratory syndrome).

 <small>OUTSOURCING SEASON LTDA</small>	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 7 de 49
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 29 de mayo de 2020	

- **SARS-CoV-2:** versión acortada del nombre del nuevo coronavirus "Coronavirus 2 del Síndrome Respiratorio Agudo Grave" (identificado por primera vez en Wuhan, China) asignado por EE Comité Internacional de Taxonomía de Virus, encargado de asignar nombres a los nuevos virus.

## 5. MEDIDAS GENERALES

Las medidas que han demostrado mayor evidencia para la contención de la transmisión del virus son las siguientes:

- Lavado de manos
- Distanciamiento social
- Uso de tapabocas.

Adicional a estas medidas y teniendo en cuenta los mecanismos de diseminación del virus (gotas y contacto), se deben fortalecer los procesos de limpieza y desinfección de elementos e insumos de uso habitual, superficies, equipos de uso frecuente, el manejo de residuos producto de la actividad o sector, adecuado uso de Elementos de Protección Personal - EPP y optimizar la ventilación del lugar y el cumplimiento de condiciones higiénicas sanitarias.

### 5.1. MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y MANEJO DE SITUACIONES DE RIESGO DE CONTAGIO

- La empresa asegura que se cumplan las disposiciones y recomendaciones de las autoridades de salud en relación con la prevención del contagio por COVID-19, previstas en el presente protocolo, a través del seguimiento con los supervisores y líderes de cada proceso.
- La empresa establece un sistema de verificación para el control en el momento de la notificación positiva de manera digital, en el que cada trabajador que presten los servicios para la empresa registre todas las personas y lugares visitados dentro y fuera de la operación, indicando: Fecha lugar, nombre de

	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 8 de 49
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 29 de mayo de 2020	


personas o número de personas con las que se ha tenido contacto, en los últimos 10 días y a partir del primer momento de notificación, cada día.

- No se permite el ingreso a los centros de trabajo a los trabajadores que presenten síntomas de gripa ni cuadros de fiebre mayor o igual a 38 °C.
- Se socializará el uso de la aplicación CoronaApp con el fin de promover el uso de la aplicación que permite identificar síntomas del COVID-19.
- Se realizará seguimiento diario aleatorio evidenciable, sobre el estado de salud y temperatura del personal de acuerdo con el autodiagnóstico que permita identificar síntomas y trayectorias de exposición al COVID-19 del personal, teniendo en cuenta los protocolos establecidos y aplicados por la entidad cliente. Actualmente, de acuerdo con cada protocolo aplicado por el cliente se toma registro de temperatura al ingreso y salida del personal de sus instalaciones con los equipos que pertenecen al cliente.
- Se habilita la encuesta de estratificación individual y autoevaluación de síntomas, que se puede diligenciar por medio de un enlace o Link a través de la herramienta dispuesta por ARL SURA en la página web, en donde el trabajador debe listar e indicar su estado real de salud, de acuerdo a los parámetros exigidos, dicha encuesta tendrá preguntas como las siguientes:
  - Datos completos del trabajador (Nombre, cedula, rango de edad, genero, etc.).
  - Convive con personas menores de 5 años o personas mayores a 60.
  - Talla y peso.
  - ¿El trabajador se encuentra en estado de embarazo? Si o no y en qué mes de gestación.
  - ¿El trabajador ha sido diagnosticado con diabetes o hipertensión?

Lo anterior con el fin de establecer la población trabajadora considerada como vulnerable frente al COVID-19.

A continuación se relaciona el enlace o link de la encuesta de estratificación individual:

[https://sura.az1.qualtrics.com/jfe/form/SV\\_aXgXru763zgthYh?sector=U0VSVkIDSU9TIEdFTkVSQUxFUw==&idEmpresa=OTAwMjI5NTAz&nitEmpresa=900229503&mail=liderhse@seasinlimitada.com](https://sura.az1.qualtrics.com/jfe/form/SV_aXgXru763zgthYh?sector=U0VSVkIDSU9TIEdFTkVSQUxFUw==&idEmpresa=OTAwMjI5NTAz&nitEmpresa=900229503&mail=liderhse@seasinlimitada.com)

	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 9 de 49
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 29 de mayo de 2020	

Del mismo modo se habilitará una encuesta de verificación de síntomas diaria por medio de un enlace o link en la herramienta disponible en la pagina de ARL SURA, la cual deberá ser diligenciada diariamente por todos los trabajadores antes de salir de su vivienda hacia el trabajo. Dicha encuesta tendrá preguntas como las siguientes:


- ¿Tiene malestar o dolor de garganta?
- ¿Tiene sensación o malestar general?
- ¿Tiene sensación de fatiga o cansancio muscular
- ¿Tiene fiebre? (+38°C).
- ¿Tiene tos seca y persistente?
- ¿Tiene dificultad para respirar?
- ¿Tiene secreciones o congestión nasales?
- ¿Vive con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?
- ¿En los últimos 14 días ha tenido contacto estrecho con alguien sospechoso o confirmado de COVID-19?

Al finalizar la encuesta se determinará si el trabajador está en condiciones óptimas para presentarse a su puesto de trabajo.

A continuación, se relaciona el enlace o link de la encuesta verificación de síntomas diaria:

[https://sura.az1.qualtrics.com/jfe/form/SV\\_87Fdd15spkfHEgd?sector=U0VSVklDSU9TIEdFTkVSQUxFUw==&idEmpresa=OTAwMjl5NTAz&nitEmpresa=900229503&mail=liderhse@seasinlimitada.com](https://sura.az1.qualtrics.com/jfe/form/SV_87Fdd15spkfHEgd?sector=U0VSVklDSU9TIEdFTkVSQUxFUw==&idEmpresa=OTAwMjl5NTAz&nitEmpresa=900229503&mail=liderhse@seasinlimitada.com)

- Se fomenta el autocuidado, especialmente de síntomas respiratorios por parte de los trabajadores y se indica la importancia del reporte de condiciones de salud de manera veraz y clara a través de los medios indicados por la empresa
- Se promueve el uso de escaleras en vez de los ascensores si el estado de salud del trabajador lo permite y de acuerdo con las instalaciones de la empresa cliente.
- Fomentar el consumo de agua potable para los trabajadores y la disminución del consumo de tabaco como medida de prevención, por que se resocializara nuestra Política de alcohol, tabaquismo y sustancias Psicoactivas.

	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 10 de 49
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 29 de mayo de 2020	

- Se establecen canales de información entre el empleador, la EPS, la ARL y el trabajador para que informe cualquier sospecha de síntoma o contacto estrecho con personas confirmadas con COVID-19 y manejarlo de manera confidencial (Ver paso a paso a seguir en el ítem 13 de este documento).
- Se consolida y mantiene actualizada una base de datos completa con los trabajadores. Teniendo en cuenta las reservas de información, esta se encuentra consolidada en el programa de Recurso Humano RYNOS.
- Se indica a los trabajadores, proveedores y clientes en la aplicación de la etiqueta respiratoria, que incluye cubrirse la nariz al toser o estornudar con el antebrazo o con un pañuelo de papel desechable y deshacerse de él inmediatamente tras usarlo. Abstenerse de tocarse la boca, la nariz y los ojos.
- Se brinda información general a los trabajadores de los lugares de la empresa donde puede haber mayor riesgo de exposición al COVID-19, tales como: Baños, Cafeterías, zonas de descanso, áreas de tránsito y recepción de cada una de las empresas clientes.
- Se realiza asesoría y acompañamiento a los trabajadores, incluidos los de aislamiento preventivo.
- Es fundamental evitar tocar cualquier elemento que no sea indispensable de tocar y desinfectar los casilleros, llaves, maletas, entre otros.
- Si la persona llega a presentar síntomas respiratorios en el trabajo se le debe garantizar la existencia de tapabocas convencionales y ubicarlo en una zona que permita su aislamiento y evaluar su estado de salud teniendo en cuenta los canales de notificación instaurados dentro de la empresa para definir la conducta a seguir. El sitio de aislamiento es de acuerdo con la organización de la empresa cliente con respecto a su protocolo para el COVID – 19.
- Se cuenta con la asesoría y acompañamiento de la ARL para atender las necesidades de salud mental de los trabajadores o colaboradores, incluidos los casos de aislamiento social.
- Se fomenta los hábitos de vida saludable con los trabajadores, como la hidratación frecuente, pausas activas y la disminución del consumo de tabaco

	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 11 de 49
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 29 de mayo de 2020	

como medida de prevención. Se realizan las pausas activas de acuerdo a lo establecido en los centros de trabajo mantenido el uso de los EPP y manteniendo la distancia de mínimo 2 metros y cumpliendo el protocolo de lavado de manos antes de volver a la realización de las actividades laborales. En las empresas clientes donde se cuente con un supervisor permanente, este será el responsable de la realización de esta actividad.

- Se realizan las pausas activas, de conformidad con lo establecido en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. Para la ejecución de dichas pausas no es necesario retirarse los elementos de protección personal como los tapabocas, es necesario garantizar la distancia de mínimo 2 metros entre cada uno de los trabajadores. Al finalizar las pausas activas, es necesario realizar el protocolo de lavado de manos antes de volver a la realización de las actividades laborales.
- Se promueve y se implementa el uso de herramientas tecnológicas tales como Whatsapp, envío de información como folletos e infogramas para cada trabajador para de esta manera reducir el contacto entre el personal dentro de la empresa (por ejemplo: reuniones virtuales).
- Los trabajadores deben abstenerse de ir al lugar de trabajo en caso de presentar síntomas de gripa o un cuadro de fiebre mayor a 38° C.


## 5.2. ALTERNATIVAS DE LA ORGANIZACIÓN LABORAL

SEASIN LTDA en conjunto con sus empresas clientes tienen establecidos horarios de trabajo en jornadas flexibles con el fin de evitar aglomeraciones tanto en el sitio de trabajo como en el transporte público, tales como:

Lunes a viernes de 07:00 am a 12:00 pm y de 01:00 Pm a 03:00 pm con sus respectivos tiempos de descanso.

De acuerdo con cada empresa cliente se dispone de mínimo un trabajar por turno hasta máxima 7.

Nota. Esto varía de acuerdo con el tamaño de la empresa cliente.

 <small>OUTSOURCING SEASON LTDA</small>	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 12 de 49
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 29 de mayo de 2020	









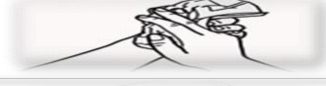


### 5.3. LAVADO DE MANOS

- Cada entidad cliente dispone de los insumos necesarios para realizar el lavado de manos en los diferentes puestos de trabajo durante su jornada laboral. Dicha disposición dependerá de lo pactado contractualmente con la entidad cliente, teniendo en cuenta que la responsabilidad es compartida y los trabajadores laboran en las instalaciones o infraestructura de propiedad del cliente.
- Todos los trabajadores operativos, deben realizar el protocolo de lavado de manos con una periodicidad mínima de 3 horas en donde el contacto con el jabón debe durar mínimo entre 20 a 30 segundos. Después de entrar en contacto con superficies que hayan podido ser contaminadas por otra persona (manijas, pasamanos, cerraduras, transporte), después de ir al baño, manipular dinero y antes y después de comer.
- Todos los trabajadores de todos centros de operación deberán realizar el protocolo de lavado de manos con una periodicidad mínima de 3 horas en donde el contacto con el jabón debe durar mínimo 20 - segundos de acuerdo con los lineamientos de la OMS, y después de entrar en contacto con superficies que hayan podido ser contaminadas por otra persona (manijas, pasamanos, cerraduras, transporte), después de ir al baño, manipular dinero y antes y después de comer. Cada supervisor operativo o jefe inmediato por parte de la empresa se encargará de alarmar a los trabajadores sobre el lavado de manos diariamente en su jornada laboral. Dicha notificación se realizará por medio de una llamada telefónica o vía Whatsapp, en el caso de que de que el supervisor o jefe inmediato no este de forma permanente en el puesto de trabajo.




## 5.4. TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS

**El lavado de manos es un simple acto que no toma más de cinco minutos y ayuda a prevenir la presencia de virus, bacterias y enfermedades que están en el ambiente; te invitamos a leer con atención como hacer un correcto procedimiento.**

<b>1. ENJABONE SUS MANOS CON EL GRIFO CERRADO</b>	
<b>2. COMENZAR FROTANDO LAS PALMAS DE LAS MANOS</b>	
<b>3. INTERCALE LOS DEDOS Y FROTE POR LA PALMA Y EL ANVERSO DE LA MANO</b>	
<b>4. CONTINÚE CON LOS DEDOS INTERCALADOS Y LIMPIE LOS ESPACIOS ENTRE SI</b>	
<b>5. CON LAS MANOS DE FRENTE AGÁRRESE LOS DEDOS Y MUEVA DE LADO A LADO</b>	
<b>6. TOME EL DEDO PULGAR COMO EN LA FIGURA PARA LIMPIAR LA ZONA DE AGARRE DE LA MANO</b>	
<b>7. LIMPIE LAS YEMAS DE LOS DEDOS FROTANDO CONTRA LA PALMA</b>	
<b>8. ENJUAGUE SUS MANOS CON ABUNDANTE AGUA (8 Seg. Aprox.)</b>	
<b>9. SEQUE LAS MANOS CON TOALLA DESECHABLE O CON AIRE CALIENTE</b>	
<b>10. CIERRE EL GRIFO CON UNA MANO AL TERMINAR Y VERIFIQUE QUE QUEDE BIEN CERRADO.</b>	
<b>11. ¡YA ESTA!</b>	

- La higiene de manos se realiza con alcohol glicerinado y se debe realizar siempre y cuando las manos estén visiblemente limpias.
- El alcohol glicerinado será de una concentración del 70%.
- En cada punto de lavado de manos se dispone de procedimiento de lavado de manos, los cuales se enviaron con supervisores con el fin

	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 14 de 49
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 29 de mayo de 2020	

de ser socializados al personal operativo y publicados en las áreas establecidas para tal fin.

## 5.5. DISTANCIAMIENTO FÍSICO

- Los trabajadores deben permanecer al menos a 2 metros de distancia de otras personas y entre los puestos de trabajo evitando contacto directo. Estas mismas condiciones deben aplicar en los sitios donde consumen los alimentos y en general en los sitios de descanso de los trabajadores.


Para el caso de la empresa en el personal operativo (Servicios generales, mantenimiento, toderos, oficios varios, piscineros y jardineros) se fomenta el mantener la distancia entre ellos durante sus actividades laborales.

- Se dará prioridad a las ayudas tecnológicas (Whatsapp, correo electrónico, vía telefónica, etc.) con el fin de evitar aglomeraciones y evitar el intercambio físico de documentos de trabajo, en caso de documentos de apoyo de capacitaciones y/o reuniones operativas.
- Para efectos de la toma de alimentación se dispone de un horario específico para cada trabajador, el cual se establece de acuerdo con el horario y la cantidad de empleados en el puesto de trabajo así: 15 minutos horas de la mañana para desayunos o media mañana y 30 minutos para la toma del almuerzo, de acuerdo con las disposiciones de cada cliente y lo pactado contractualmente.

**Ejemplo:** Cuando en el puesto de trabajo hay mas de 2 personas prestando el servicio se deberán turnar, es decir, cada 20 minutos cada operario tomara sus alimentos, con el fin de evitar la aglomeración en el sitio dispuesto para tal fin.

## 5.6. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP PARA PREVENCIÓN DEL COVID-19

- A cada trabajador se le realizará la entrega de elementos de protección personal (guantes, tapabocas), la cual diariamente debe realizar una inspección visual y física antes de hacer uso de ellos verificando su estado de limpieza y posible

	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 15 de 49
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 29 de mayo de 2020	

deterioro. El tipo de tapabocas y guantes dependerá de la disponibilidad, los cuales pueden ser de los siguientes tipos:

**Guantes:** Látex, Nitrilo, vinilo.

**Tapabocas:** **Industrial copa negra** (Todo el personal operativo), **N95** (Personal que presta servicios en entidad de salud), Desechable tipo quirúrgico (personal que presta servicios de cafetería), etc.


- Cada trabajador al inicio y final de la jornada laboral deberá realizar la limpieza y desinfección de los EPP.
- Se pondrá a disposición de los trabajadores tapabocas para su uso en medios de transporte público.
- Las mascarillas desechables deben ser desechadas después de su uso.
- La entidad cliente debe instalar recipientes adecuados para el destino final de los elementos de protección personal utilizados.
- Los trabajadores deben abstenerse de compartir los EPP.
- Una vez terminadas las labores, se deben retirar y disponer los elementos de protección personal para COVID-19.
- Se entregará a los trabajadores tapabocas adicionales, diferentes a los usualmente utilizados en sus actividades laborales para el desplazamiento de su casa al trabajo y viceversa. Si es posible que éstos sean lavados y desinfectados se harán las recomendaciones necesarias para el manejo dentro de los hogares.
- Ningún trabajador debe utilizar la dotación y EPP por fuera de sus actividades laborales.

#### **5.6.1. Manejo de los tapabocas**

- Uso del tapabocas obligatorio en el transporte público y en áreas con afluencia masiva de personas.
- Siempre debe hacer el lavado de manos antes y después de usar el tapabocas.
- Pasos para colocación y retiro de tapabocas convencionales:
  - ✓ Lávese las manos antes de colocarse el tapabocas.

 <small>OUTSOURCING SEASON LTDA</small>	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 16 de 49
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 29 de mayo de 2020	

- ✓ El uso de los tapabocas debe seguir las recomendaciones del fabricante, lo cual dependerá del tipo de tapabocas entregado al trabajador. Se anexan fichas técnicas.
- ✓ Ajuste el tapabocas, si tiene elásticos, por detrás de las orejas; si es de tiras se debe atar por encima de las orejas en la parte de atrás de la cabeza y las tiras de abajo por debajo de las orejas y por encima del cuello.
- ✓ La colocación debe ser sobre la nariz y por debajo del mentón.
- ✓ Para el caso del tapabocas N95 se debe colocar de una única forma, ya que este tiene un revés y un derecho.
- ✓ Sujete las cintas o coloque las gomas de forma que quede firmemente.
- ✓ Si el tapabocas tiene banda flexible en uno de sus lados, este debe ir en la parte superior, moldear la banda sobre el tabique nasal.
- ✓ No toque el tapabocas durante su uso. Si debiera hacerlo, lávese las manos antes y después de su manipulación.
- ✓ El tapabocas se puede usar durante un día de manera continua, siempre y cuando no esté roto, sucio o húmedo, en cualquiera de esas condiciones debe retirarse, eliminarse y colocar uno nuevo.
- ✓ Cuando se retire el tapabocas, hágalo desde las cintas o elásticos, nunca toque la parte externa de la mascarilla.
- ✓ Una vez retirada, doble el tapabocas con la cara externa hacia dentro y deposítela en una bolsa negra y disponerlo en el recipiente de basura correspondiente.
- ✓ Antes de reutilizar el tapabocas debe realizar la limpieza y desinfección de este, para el caso del tapabocas de tipo industrial copa negra (Después de la jornada laboral se realizará la limpieza y desinfección del tapabocas con agua y jabón)
- ✓ Inmediatamente después del retiro del tapabocas realice lavado de manos con agua y jabón

	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 17 de 49
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 29 de mayo de 2020	

- ✓ El tapabocas se debe mantener en su empaque original si no se va a utilizar o en bolsas selladas, no se recomienda guardarlos sin empaque en el bolso, o bolsillos sin la protección porque se pueden contaminar, romper o dañar.
- ✓ Los tapabocas no se deben dejar sin protección encima de cualquier superficie (ej. Mesas, repisas, escritorios equipos entre otros) por el riesgo de contaminarse.

Se anexan medidas preventivas sobre el manejo del tapabocas.


### 5.7. SEGUIMIENTO Y MONITOREO DEL PERSONAL

El seguimiento y monitoreo de las todas las medidas implementadas se realizará teniendo en cuenta las siguientes actividades.

- Seguimiento por parte de los supervisores o jefes inmediatos establecidos por la empresa vía telefónica o vía Whatsapp, en donde diariamente, y varias veces al día se comunicarán con el personal operativo a cargo con el fin de monitorear porque las actividades de prevención se estén llevando a cabo de acuerdo con el protocolo.
- Diariamente llegaran las encuestas (Estratificación individual y verificación de síntomas diarios), de esta manera se hace seguimiento y se establece si el personal efectivamente está realizando la encuesta diaria y se verificara el estado de salud con respecto a los síntomas del COVID-19.

Para aquellos trabajadores que no posean los medios digitales para realizar el diligenciamiento de la encuesta diaria, se estableció el formato en físico el cual se relaciona a continuación: **FRHSEQ 10 Encuesta de verificación de sintomatología diaria.**

- Diariamente el trabajador debe diligenciar el formato **FRHSEQ 90 Bitácora nexos epidemiológicos diarios**, en donde debe relacionar las personas con las que tiene contacto diariamente tanto familiar, compañeros de trabajo, etc. Se anexa formato.
- En cada visita del supervisor, HSE o jefe inmediato se realizan inspecciones para verificación de cumplimiento de las normas tanto de seguridad y Salud en el Trabajo como lo establecido en este manual de Bioseguridad.

	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 18 de 49
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 29 de mayo de 2020	

**Nota:** Se debe tener en cuenta que las visitas de los supervisores, jefes inmediatos o HSE se realizarán dependiendo de los lineamientos establecidos por el Gobierno nacional, con respecto al transporte de una ciudad a otra y teniendo en cuenta todos los protocolos de Bioseguridad.


## 6. HERRAMIENTAS DE TRABAJO Y ELEMENTOS DE DOTACIÓN

- Los trabajadores deben ingresar y salir del centro de trabajo en ropa particular. Ningún trabajador debe usar la dotación o EPP empleados en la actividad laboral por fuera de sus actividades laborales. Los EPP utilizados en las actividades laborales quedan en el puesto de trabajo, los trabajadores no deben llevarlos para sus casas.
- Los trabajadores ingresan al turno con su ropa, deben pasar luego hacia un espacio dispuesto por la entidad cliente para dejar su ropa de calle. Allí también deben retirar sus joyas, relojes y accesorios de cualquier tipo, que puedan convertirse en riesgo para la transmisión del virus.
- Todos deberán velar por la limpieza y desinfección de los equipos y herramientas tales como: Escobas, traperos, recogedores, mopa, etc.). Dicha limpieza se deberá realizar como mínimo al inicio y fin de la jornada laboral y en los casos que se requiera prestar a otras personas. Dicha desinfección se realizará con agua y jabón.

## 7. LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

Se debe dar cumplimiento al protocolo de limpieza y desinfección establecido por la empresa **“PRHSEQ 05 Protocolo de limpieza y desinfección Covid”**.

-

	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 19 de 49
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 29 de mayo de 2020	

## 8. MANIPULACIÓN DE INSUMOS Y PRODUCTOS

- Todos los insumos y productos se ajustan con los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Los productos utilizados para la limpieza y desinfección son Hipoclorito y alcohol.
- Se garantizarán las condiciones de calidad e higiene durante su almacenamiento.
- Se reducirá el contacto físico en movimiento de productos entre personas. Dentro de estas medidas se ha establecido que una vez los insumos o productos lleguen al puesto de trabajo, una sola persona, ya sea el supervisor, si esta se encuentra en forma permanente o uno de los trabajadores, sea la encargada de la distribución de estos entre los trabajadores o áreas de almacenamiento.


Se anexa ***PTHSEQ 02: Protocolo COVID-19 para compras y almacén.***

- Todos los productos al a hora de recibirlos por parte de los proveedores se realiza limpieza y desinfección de estos con alcohol al 70% haciendo uso de un aspersor.
- No se re envasarán insumos o productos en envases que puedan confundir al personal de servicio generales o trabajadores.
- Se tendrán a disposición del personal en los centros de trabajo las fichas de datos de seguridad de los productos químicos empleados.
- Se rotularán las diluciones preparadas.
- Se realizará el manejo y disposición de envases de detergentes, jabones, desinfectantes de acuerdo con lo establecido por la entidad cliente.

## 9. MANEJO DE RESIDUOS

- Se identifican los residuos generados en cada centro de trabajo.
- Se Informa a los trabajadores sobre las medidas para la correcta separación de residuos.




	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 20 de 49
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 29 de mayo de 2020	

- La entidad contratante asegurará bolsas suficientes para la separación de residuos, los tapabocas y guantes deben ir separados en doble bolsa de color negra que no debe ser abierta por el personal que realiza el reciclaje de oficio. Además, deben estar separados de los residuos aprovechables tales como papel, cartón, vidrio, plástico y metal desocupados y secos, que van en bolsa blanca. Y se realizará la disposición en los contenedores asignados para cada tipo de residuo, de acuerdo con las indicaciones del cliente.
- Se realiza la recolección de residuos permanente y almacenamiento de los mismo, de acuerdo con la periodicidad o frecuencia de la empresa de aseo municipal y empresa de recolección y disposición final establecidos o contratados por el cliente.
- Se realiza la limpieza y desinfección de los contenedores dispuestos por la empresa o entidad cliente con agua, jabón e hipoclorito.
- Se garantizan los elementos de protección al personal para quién realiza esta actividad
- Siempre que el personal a cargo de las labores de limpieza y desinfección termine sus labores, deberá realizar el lavado de manos de acuerdo con el protocolo establecido.

#### **10. INTERACCIÓN EN TIEMPOS DE ALIMENTACIÓN**

- En los tiempos de alimentación, limitar el número de personas realizando la actividad de forma simultánea para que se garantice la distancia mínima entre las mismas. Establecer turnos u horarios flexibles de alimentación y descanso para evitar aglomeraciones, los cuales se establecerán de acuerdo con lo acordado y establecido con la entidad cliente.
- Se debe evitar tomar los alimentos en zonas que no se encuentren diseñadas para tal fin.
- En caso, que la alimentación no sea suministrada por la empresa y el trabajador se encargue de calentar su comida en hornos microondas, el trabajador debe

	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 21 de 49
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 29 de mayo de 2020	

asear el panel de control de este entre cada persona que lo utiliza, subintrado los productos adecuados para la limpieza u desinfección (Alcohol, etc.) lo cual se suministra como insumo a la entidad cliente o de acuerdo con lo establecido por la entidad.

- Realizar limpieza y desinfección antes de después de hacer uso de los espacios para alimentación.
- Antes de tomar los alimentos, es necesario realizar el siguiente protocolo:
  - ✓ Lavar las manos con agua, jabón y toallas desechables.
  - ✓ Retirar el tapabocas.
  - ✓ Lavar nuevamente las manos con agua y jabón.
  - ✓ Disponer las mesas con una distancia entre las mismas de 2 metros y colocar solamente el número de sillas que permita asegurar una distancia mínima entre los trabajadores de 2 metros a la hora de la alimentación y entre cada turno realizar los procesos de desinfección.
  - ✓ Al finalizar el consumo de alimentos es necesario realizar el lavado de manos con agua y jabón y utilizar un nuevo tapabocas para retomar las labores.
  - ✓ No compartir los utensilios de comida con los demás trabajadores.

#### **10.1. MEDIDAS LOCATIVAS**

- Cada entidad cliente dispone de puntos para el frecuente lavado de manos de acuerdo con el número de trabajadores que se mantienen en la organización incluyendo los operarios de servicios generales.
- La entidad cliente debe suministrar los espacios para evitar que la ropa ordinaria o de calle se ponga en contacto con la ropa de trabajo, garantizando un espacio para que los trabajadores guarden sus elementos personales y ropa de diario.
- El lavado de manos se debe realizar cada tres horas a partir del inicio de sus labores, de acuerdo con el horario laboral establecido.
- La entidad cliente debe garantizar la existencia de agua limpia, jabón líquido y toallas desechables o de un solo uso en los baños. Adicionalmente a cada


	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 22 de 49
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 29 de mayo de 2020	

trabajador se le entrega un Kit personal de bioseguridad que contiene alcohol antiséptico, alcohol glicerinado y tapabocas.

- Teniendo en cuenta que las instalaciones locativas son de propiedad de la entidad cliente, y que la empresa proporciona el servicio, esta debe disponer de canecas con tapa y pedal para la disposición final de los elementos de bioseguridad utilizados por los trabajadores que sean de un solo uso o desechables. **En este caso SEASIN LTDA se acogerá a las disposiciones o protocolos establecidos por los clientes para sus empleados.**
- Cada empresa cliente garantiza la existencia desinfectante cerca de las zonas de desplazamiento y de trabajo, por parte de la empresa se dispone de un KIT de Bioseguridad para cada trabajador.
- Se garantiza la la correcta circulación de aire en el espacio de trabajo de acuerdo con las disposiciones de cada cliente. Es importante aclarar que el trabajo realizado por los operarios de servicios generales no se realiza en un único punto fijo, por lo que no permanecen en áreas con volumen de personas.
- El mantenimiento de los equipos de los sistemas de ventilación es responsabilidad de los propietarios de la estructura locativa, en este caso, la empresa cliente.
- Para el control de ingreso y salida del personal no se utiliza ningún sistema electrónico, este control se lleva a cabo de manera física por medio de una planilla o minuta.
- Los objetos tales como cascos, bicicletas y otros se guardan en el sitio indicado por la empresa cliente para almacenar los objetos personales del trabajador.

## 11. DESPLAZAMIENTO DESDE Y HACIA EL LUGAR DE TRABAJO

### 11.1. EN TRANSPORTE PARTICULAR EN CARROS, MOTOCICLETAS Y BICICLETAS.

	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 23 de 49
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 29 de mayo de 2020	

- Se incentiva la movilidad en transportes alternativos de uso individual como bicicleta y motocicleta (sin parrillero), con elementos de protección y seguridad de uso exclusivamente personal.
- En trayectos de desplazamiento cortos, se promueve la llegada y salida al centro de trabajo a pie.
- En la medida de lo posible, mantener ventilado el vehículo y ventanas abiertas durante los recorridos.
- En la medida de lo posible, mantener la distancia mínima entre personas dentro del vehículo recomendada (por ejemplo, el pasajero puede ir en la parte de atrás).
- En motos y bicicletas, evite transitar con más de una persona en el vehículo (no parrilleros).
- Desinfectar con regularidad superficies con las que tiene contacto frecuente como son las manijas, volante, palanca de cambios, hebillas del cinturón de seguridad, radio, comandos del vehículo, etc. con alcohol o pañitos desinfectantes.
- Desinfectar los elementos de seguridad, como cascos, guantes, gafas, rodilleras, entre otros.
- Usar guantes durante el recorrido.
- En caso de un estornudo aplicar la técnica de higiene respiratoria y realiza una limpieza especial y no permitas que otras personas los usen.
- Ten cuidado al acercarte a un vehículo, sus ocupantes podrían estornudar o toser sin advertir tu presencia, mantén la distancia.
- Evite el uso de calefacción/ aire acondicionado que recirculen aire.

## **11.2. EN TRANSPORTE PÚBLICO.**

- Si va a utilizar transporte público, se debe utilizar gel ANTIBACTERIAL después de entrar en contacto con objetos o superficies, y se debe utilizar tapabocas. Es

	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 24 de 49
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 29 de mayo de 2020	

importante evitar llevarse las manos a la cara e intentar mantener distancia de mínimo 1 metros entre personas.

- Evite desplazarte en horas pico y tocar pasamanos y barras de agarre.
- Evite manipular tu celular y tocarte la cara.
- Use los lavamanos y otros sistemas de limpieza disponibles.
- Mantenga, en lo posible, una distancia superior a un metro de otros usuarios.
- Evite adquirir y/o recibir alimentos y otros elementos durante el recorrido.
- En caso de que debas usar efectivo, paga con el valor exacto.
- Abra las ventanas, en lo posible, para favorecer la ventilación interna del vehículo. Para viajes cortos, considera caminar o usar bicicleta.

### **11.3. TRANSPORTE PROPORCIONADO POR LA EMPRESA**

- Se asegura que el vehículo contratado por la empresa se encuentra con la documentación exigida por los organismos de tránsito y al día.
- El vehículo cumple con las medidas de bioseguridad necesaria para el transporte de pasajeros: Desinfección diaria, antes y después de la recogida de los trabajadores, separación entre el conductor y los pasajeros, uso de kit de bioseguridad.
- Tanto el conductor como los trabajadores que se transportan deben utilizar los elementos de bioseguridad necesarios (Tapabocas).
- El distanciamiento en el vehículo se debe cumplir, por lo que se dispone de espacio suficiente.

## **12. RECOMENDACIONES EN LA VIVIENDA**

### **12.1. AL SALIR DE LA VIVIENDA**

- Estar atento a las indicaciones de la autoridad local sobre restricciones a la movilidad y acceso a lugares públicos.

- Visitar solamente aquellos lugares estrictamente necesarios y evitar aglomeraciones de personas.
- Asignar un adulto para hacer las compras, que no pertenezca a ningún grupo de alto riesgo.
- Restringir las visitas a familiares y amigos si alguno presenta cuadro respiratorio.
- No saludar con besos, ni abrazos, ni dar la mano y mantener el aislamiento.
- Utilizar tapabocas en el transporte público supermercados, bancos, y demás sitios.
- En casa debe usar tapabocas en caso de presentar síntomas respiratorios o si convive con personas que perteneces al grupo de riesgo de contagio.



## 12.2. AL REGRESAR A LA VIVIENDA

- Retirar los zapatos a la entrada y lavar la suela con agua y jabón

 <small>OUTSOURCING SEASON LTDA</small>	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 26 de 49
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 29 de mayo de 2020	

- Lavar las manos de acuerdo con los protocolos del Ministerio de Salud y Protección Social (Ver protocolo de lavado de manos relacionado en este documento).
- Evitar saludar con beso, abrazo y dar la mano y buscar mantener siempre la distancia de más de dos metros entre personas.
- Antes de tener contacto con los miembros de familia, cambiarse de ropa.
- Mantener separada la ropa de trabajo de las prendas personales.
- La ropa debe lavarse en la lavadora o a mano con agua caliente que no queme las manos y jabón y secar por completo. No reutilizar ropa sin antes lavarla. No sacudir las prendas de ropa antes de lavarlas para minimizar el riesgo de dispersión de virus a través del aire. Dejar que se sequen completamente Bañarse con abundante agua y jabón.
- Mantener la casa ventilada, limpiar y desinfectar áreas, superficies y objetos de manera regular.
- Si hay alguna persona con síntomas de gripa en la casa tanto la persona con síntomas de gripa como quienes cuidan de ella deben utilizar tapabocas de manera constante en el hogar.



	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 27 de 49
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 29 de mayo de 2020	




### 12.3. CONVIVENCIA CON UNA PERSONA DE ALTO RIESGO

Si el trabajador convive con personas mayores de 60 años, o con personas con enfermedades preexistentes de alto riesgo para el COVID-19, (Diabetes, Enfermedad cardiovascular -Hipertensión Arterial- H TA, Accidente Cerebrovascular — ACV) I VIH, Cáncer, Uso de corticoides o inmunosupresores, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica -EPOC, mal nutrición (obesidad y desnutrición) Fumadores o con personal de servicios de salud, debe extremar medidas de precaución tales como:

- Mantener la distancia al menos de dos metros.

	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 28 de 49
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 29 de mayo de 2020	

- Utilizar tapabocas en casa, especialmente al encontrarse en un mismo espacio que la persona a riesgo y al cocinar y servir la comida. Aumentar la ventilación del hogar.
- Si es posible, asignar un baño y habitación individual para la persona a riesgo. Si no es posible, aumentar ventilación y limpieza y desinfección de superficies de todas las áreas del hogar.
- Cumplir a cabalidad con las recomendaciones de lavado de manos e higiene respiratoria impartidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Lavar y desinfectar en forma regular pisos, paredes, puertas y ventanas, e incrementar estas actividades en las superficies de los closets, roperos, armarios, barandas, pasamanos, picaportes, interruptores de luz, puertas, gavetas, topes de puertas, muebles, juguetes, bicicletas, y todos aquellos elementos con los cuales las personas de la familia tienen contacto constante y directo.
- La limpieza y desinfección debe realizarse procurando seguir los pasos: I) retiro de polvo, II) lavado con agua y jabón, III) enjuague con agua limpia y IV) desinfección con productos de uso doméstico.
- Limpiar y desinfectar todo aquello que haya estado en el exterior de la vivienda o que es de manipulación diaria, como: computadores, mouse, teclados, celulares, teléfonos fijos, control remoto, otros equipos electrónicos de uso frecuente, que se limpian empleando un paño limpio impregnado de alcohol al 70% o con agua y jabón, teniendo precaución para no averiarlos.
- Lavar con regularidad fundas sabanas, toallas, etc.
- Utilizar guantes para manipular la ropa, evitar sacudir la ropa y no permitir el contacto de esa ropa con el cuerpo.

	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 29 de 49
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 29 de mayo de 2020	

### **13. PASOS PARA SEGUIR EN CASO DE PRESENTAR UNA PERSONA CON SÍNTOMAS COMPATIBLES CON COVID-19.**

Si una persona presenta síntomas de COVID-19 como fiebre mayor a 38° C, tos, dificultad para respirar se cumplirá con el siguiente procedimiento:

- Comunicar a su jefe inmediato (Ver anexo 4), verificar que está usando el tapabocas de manera adecuada y deberá ubicarlo en una zona de aislamiento, de acuerdo con lo establecido por el cliente, identificada previamente. Conforme a los protocolos establecidos por las autoridades de salud en Colombia, deberá informar si ha viajado a zonas consideradas como focos de infección o ha estado en contacto estrecho (a menos de 2 metros por más de 15 minutos) con un caso confirmado de COVID-19.
- La empresa debe reportar el caso a la EPS y a la secretaría de salud que corresponda para que evalúen su estado de salud, quienes determinarán si se debe trasladar a su casa con un aislamiento preventivo para síntomas leves y en el caso de dificultad para respirar, dolor en el pecho o convulsiones lo deben trasladar a un centro médico en una ambulancia de forma inmediata.
- Si el trabajador se encuentra en su casa y presenta síntomas de fiebre, tos dificultad para respirar o un cuadro gripal, deberá contactarse telefónicamente con su jefe inmediato para poner en su conocimiento la situación y tanto el empleador como el trabajador deberán reportar el caso a la EPS y a la secretaria de salud que corresponda para que evalúen su estado.
- Realizar una lista con todas las personas que han estado en contacto estrecho (a menos de 2 metros por más de 15 minutos) con el caso confirmado en los últimos 14 días. Dicha lista se entregará a la secretaria de salud correspondiente para dar seguimiento y los contactos identificados estarán en aislamiento preventivo por 14 días. Este grupo de personas deberán reportar el cambio de su condición en la aplicación CoronApp.
- Se deben limpiar y desinfectar con alcohol al 70% de manera frecuente todas las superficies, los puestos de trabajo, espacios comunes y todas las áreas del

centro de como: pisos, paredes, puertas, ventanas, divisiones, muebles, sillas, y todos aquellos elementos con los cuales las personas tienen contacto constante y directo como lo son las herramientas de trabajo (Escobas, recogedores, traperos, valdes, etc.), en especial las superficies con las que ha estado en contacto el paciente.

- Las áreas como pisos, baños cocinas se deben lavar con un detergente común, para luego desinfectar.
- El personal de limpieza utilizará equipo de protección individual adecuado dependiendo del nivel de riesgo que se considere en cada situación.
- Identificar las áreas, superficies y objetos usados por la persona con sospecha de caso y realizar la limpieza y desinfección de manera inmediata.
- Se garantiza que el personal se pueda realizar el lavado de manos por los menos 6 veces al día, y que se cuente con los insumos agua limpia, jabón y toallas de un único uso.
- Asegurarse de reportar los casos sospechosos de contagio con el COVID-19 a las entidades correspondientes: secretaria de salud distrital, departamental o municipal, a la EPS del trabajador y a la ARL.
- Informar a las líneas de atención de la secretaria de salud de acuerdo con el siguiente directorio otorgado por el Ministerio de Salud y protección Social de Colombia o la línea nacional 018000955590 y reporte la sintomatología, con el fin de que sea indicado el direccionamiento de atención médica:

ENTIDAD	TELÉFONO	ENTIDAD	TELÉFONO
<b>SANTANDER</b>		<b>GUAVIARE</b>	
Secretaria de Salud de Santander	3014587539 3213944070		321 394 65 60 321 394 53 50
<b>ANTIOQUIA</b>		<b>HUILA</b>	
Medellín y Valle de Aburrá	123		870 66 33 870 22 77
Resto de Antioquia	# 774	CRUE	870 30 96
<b>ARAUCA</b>		<b>MAGDALENA</b>	
Línea 125 de emergencias en salud	125		312 807 03 26
Información del tema	350 412 01 27		

<b>ATLÁNTICO</b>		<b>META</b>	
CRUED	(035) 323 62 20	Línea departamento	321 394 53 51
<b>BARRANQUILLA</b>		CRUE	321 204 76 05
	379 33 33	<b>QUINDÍO</b>	
	317 517 39 64		322 581 64 22
	315 300 20 03	<b>CUNDINAMARCA</b>	
<b>BOGOTÁ</b>			123
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá	123	<b>CESAR</b>	
<b>BOYACÁ</b>		Línea del Ministerio	018000 955590
	311 483 41 04	CRUE	320 565 31 59
	740 74 64	Valledupar	310 633 22 91
<b>CALDAS</b>		<b>RISARALDA</b>	
Línea Caldas	(6) 880 08 18 310 426 79 06		315 282 30 59
Línea 123 Manizales Cauca	123	<b>TOLIMA</b>	
<b>CAUCA</b>			322 812 39 75
	301 273 77 87	<b>VALLE DEL CAUCA</b>	
<b>CÓRDOBA</b>			620 68 19
Línea Nacional	01 8000 95 55 90	Línea Exclusiva Cali	486 55 55 Opción 7
Montería	320 530 82 09	<b>LÍNEA MINSALUD</b>	
		Nacional	01 8000 95 55 90
		Bogotá	330 50 41

- Notifique la sintomatología a la EPS en donde se encuentra afiliado el trabajador, por medio de las líneas de atención habilitadas para el reporte de presuntos casos de COVID-19, las cuales se relacionada a continuación:

ENTIDAD	TELÉFONO	ENTIDAD	TELÉFONO
<b>ASMET SALUD ESS</b>		<b>COOSALUD ESS</b>	
	18000913876 032 835 37 83		01 8000 515 611 #922 opción 0
<b>NUEVA EPS</b>		<b>ECOOPSOS ESS EPS</b>	
	307 70 22		353 40 00 353 40 06

<b>ALIANSALUD</b>		<b>EMSSANAR ESS</b>	
	7 56 80 00 opción 5		733 34 00 733 34 05
<b>AMBUQ EPS</b>		<b>EPS SURAMERICANA</b>	
	01 8000 914 625		369 51 00
<b>ASOCIACIÓN MUTUAL SER</b>		<b>FAMISANAR LTDA CAFAM</b>	
	01 8000 116 882		01 8000 916 662
<b>CAJACOPI ATLÁNTICO</b>			6 53 13 87
	320 16 02	<b>MEDIMAS EPS</b>	
<b>CAPITAL SALUD</b>			651 07 77 opción 5
	123 310 266 91 00		01 8000 120 77 opción 5
<b>CAPRESOCA EPS</b>		<b>SALUD TOTAL EPS</b>	
	633 31 30 312 412 88 63		485 45 55 opción 1
<b>COMFACHOCO</b>		<b>SAVIA SALUD EPS</b>	
	671 13 13 ext. 1100 - 1101 - 1102		01 8000 423 683 409 00 00 300 305 02 95
<b>COMFACUNDI</b>		<b>SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD - SOS EPS</b>	
	307 81 81		684 10 00 680 57 57 331 90 90
<b>COMFAGUAJIRA</b>		<b>ANASWAYUU EPSI</b>	
	315 749 83 81		317 639 61 97
<b>COMFAGUAJIRA</b>		<b>ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA EPSI</b>	
	315 749 83 81		310 862 65 73 375 35 69 (1) 375 35 69
<b>COMFAHUILA</b>		<b>COMFAMILIAR CARTAGENA</b>	
	837 01 97		01 8000 915 347 315 788 39 12
<b>COMFANARIÑO</b>		<b>DUSAKAWI EPSI</b>	
	01 8000 948 484		725 03 00

<b>COMFAORIENTE</b>		<b>EPM EMPRESAS PUBLICAS DE MEDELLÍN</b>	
	320 44816881		444 41 15 01 800 415 115
<b>COMFASUCRE</b>		<b>EPS SANITAS</b>	
	(5) 279 95 00 ext.1085 01 8000 938 810		375 90 00 01 8000 919 100 Opción 6, luego 1
<b>COMFENALCO VALLE EPS</b>		<b>FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES</b>	
	(2) 386 53 00 opción 7		01 8000 111 322
<b>COMPARTA</b>		<b>MALLAMAS EPSI</b>	
	317 818 03 98 01 8000 114 440		592 53 24
<b>COMPENSAR EPS</b>		<b>PIJAOS SALUD EPSI</b>	
	444 12 34		279 95 95 ext. 152 265 33 33 265 42 42
<b>CONVIDA</b>		<b>SALUD MIA</b>	
	01 8000 112 803 323 229 79 75 323 228 98 31		304 576 14 75
<b>COOMEVA EPS</b>		<b>INPEC</b>	
	01 8000 930 779		(1) 745 80 27 01 8000 188 027

- En caso de presentar síntomas estando en su puesto de trabajo siga las siguientes instrucciones:
- Use en todo momento protección respiratoria y aléjese de las demás personas en el puesto de trabajo donde se encuentre.
- Comuníquese con su jefe inmediato para que puede activar el protocolo e informe a la entidad cliente.
- El jefe inmediato, usted o cualquier funcionario de quien se encuentre a cargo, se debe comunicar con la Secretaria de Salud correspondiente a la zona del




 <small>OUTSOURCING SEASON LTDA</small>	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 34 de 49
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 29 de mayo de 2020	

país donde se encuentre, quienes darán las instrucciones a seguir para su traslado, ya sea a un centro asistencial, a su vivienda o a otros.

- Su traslado al lugar indicado por la Secretaria de Salud o EPS se realizará en un vehículo asignado por la empresa, el cual puede ser taxi, ambulancia si así se requiere, de acuerdo con su estado de salud u otro vehículo. Siempre siguiendo las indicaciones y sugerencias dadas por la entidad competente, en este caso, el Ministerio de Salud o Secretaria de Salud.
- En caso de haber tenido contacto en los últimos 14 días con una persona confirmada con COVID-19, debe informar inmediatamente a la empresa, por medio del jefe inmediato o a los números relacionados en el numeral 1 de este protocolo, con el fin de tomar las medidas de aislamiento preventivo recomendadas por el Ministerio de Salud y Protección Social y a las cuales la empresa se acoge. Para lo cual se realizará el traslado hasta su vivienda desde su puesto de trabajo, después de haber notificado la novedad a la Secretaria de Salud correspondiente y de acuerdo con lo indicado en el numeral 4 de este documento: “Su traslado al lugar indicado por la Secretaria de Salud o EPS se realizará en un vehículo asignado por la empresa, el cual puede ser taxi, ambulancia si así se requiere, de acuerdo con su estado de salud u otro vehículo. Siempre siguiendo las indicaciones y sugerencias dadas por la entidad competente, en este caso, el Ministerio de Salud o Secretaria de Salud”.

Para tales efectos, la Secretaria de Salud debe programar la toma del examen para descartar el contagio del Virus, por lo que, hasta no tener conocimiento de los resultados de dichas pruebas, deberá estar en aislamiento preventivo obligatorio, siguiendo los protocolos de bioseguridad en su hogar.

- En el caso de haber practicado pruebas de COVID-19 a los trabajadores por razones internas, protocolos de la entidad cliente o como medida de prevención para descartar posibles contagios y están llegasen a dar como resultado “Positivos para COVID-19” y el trabajador se encuentra en su puesto de trabajo,


	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 35 de 49
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 29 de mayo de 2020	

se debe activar de inmediato el protocolo de traslado del trabajador hasta su vivienda, el cual se encuentra relacionado en el numeral 4 de este protocolo. En este caso, una vez obtenidos los resultados de las pruebas realizadas se notificará de inmediato a la entidad cliente y se procederá de acuerdo con el protocolo establecido. Se realiza el traslado del trabajador sin informar sobre el resultado de las pruebas en el puesto de trabajo. Cuando el trabajador se encuentra en su vivienda se establecerá comunicación en el/la y se informará el resultado de la prueba realizada indicando los protocolos de bioseguridad a seguir y el contacto con la secretaria de salud.

- El manejo y tratamiento ante un caso confirmado de COVID -19 estará a cargo directamente de las entidades de salud.
- Activar acciones de desinfección y ventilación en sus hogares para evitar la propagación del virus.

#### **14. CAPACITACIÓN, INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.**

- Las capacitaciones para los trabajadores se han venido realizando a través folletos y/o circulares, que han sido difundidos por medio de correos electrónicos a los supervisores, grupos de Whatsapp de los trabajadores, página web [www.seasinlimitada.com](http://www.seasinlimitada.com), y/o charlas periódicas con grupos menores a 10 personas y adaptando las medidas de distanciamientos, entre otros. Inicialmente se realizó formación donde se indicó a los trabajadores que es el COVID, formas de transmitirse, signos y síntomas y como prevenirlo, se cuenta con soportes de la divulgación (Listas de asistencia)
- Fortalecer a los trabajadores en aspectos básicos relacionados con la forma en que se transmite el COVID - 19 y las maneras de prevenirlo:
  - ✓ Factores de riesgo del hogar y la comunidad.
  - ✓ Factores de riesgo individuales
  - ✓ Signos y síntomas
  - ✓ Importancia del reporte de condiciones de salud

	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 36 de 49
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 29 de mayo de 2020	

- ✓ Uso adecuado de los EPP
- ✓ Lavado de manos.
- ✓ Limpieza y desinfección.
- ✓ identificación de síntomas (fiebre, tos seca y dificultad para respirar), desinfección.
- Estas capacitaciones serán continuas, reiterativas y suficientes, en temas como el lavado de manos, la higiene respiratoria, el uso adecuado de elementos de protección personal, identificación de síntomas (fiebre, tos seca y dificultad para respirar), desinfección y limpieza de superficies y utensilios, entre otras.
- Se difunde información periódica a los trabajadores y al personal respecto de la implementación de medidas de prevención (distancia física, correcto lavado de manos, cubrimiento de nariz y boca con el codo al toser), uso adecuado de elementos de protección personal e identificación de síntomas (fiebre tos seca y dificultad para respirar). Cuando sean presenciales, estas actividades se realizarán en grupos no mayores de cinco (5) personas.
- Se divulga a la población trabajadora los protocolos de prevención de contagio de COVID-19 y de atención de casos sospechosos de contagio.
- Se provee material didáctico a los trabajadores, donde se promueve el adecuado lavado de manos y la desinfección de puestos de trabajo, como una de las medidas más efectivas para evitar contagio., dicho materias se remite a través de los supervisores.
- Se suministra a los trabajadores información clara y oportuna sobre las medidas preventivas y de contención del COVID-19, así como las medidas en el hogar y fuera del trabajo.
- Se comunicarán y se capacitarán a los miembros de la organización en los protocolos que se aplicarán cuando se presenten casos sospechosos o confirmados de la enfermedad dentro de la organización.

	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 37 de 49
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 29 de mayo de 2020	

- Se realizarán jornadas de socialización virtual por medio de correos electrónicos, redes sociales, página web, entre otros, de las estrategias de prevención y demás medidas propuestas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Se establecerá un cronograma de capacitaciones frente a las medidas impartidas por el Gobierno Nacional en prevención contra el COVID-19 para todos los trabajadores,
- Se generan contenidos informativos basados en fuentes calificadas, para llegar a los colaboradores con medidas de prevención y autocuidado, así como con información sobre la enfermedad y formas de contagio.
- Se ubican avisos en lugares estratégicos, sobre las prácticas sugeridas para la prevención del COVID-19, que contenga como mínimo las siguientes recomendaciones:
  - ✓ Evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca con las manos sin lavar.
  - ✓ Al toser o estornudar: Tosa o estornude en un pañuelo o en la curva de su brazo, no en su mano, y deseche los pañuelos usados lo antes posible en un cesto de basura forrado. Lávese las manos inmediatamente.
  - ✓ Limpiar y desinfectar objetos y superficies que se tocan con frecuencia usando alcohol con una concentración mayor o igual al 70% o jabón.
  - ✓ No compartir artículos personales o suministros como teléfonos, bolígrafos, cuadernos, elementos de protección personal (EPP), etc.
  - ✓ Evitar saludos comunes, como apretones de manos.
  - ✓ Lavarse las manos a menudo con agua y jabón durante al menos 20 a 30 segundos, especialmente al momento de ingresar al trabajo, después de usar el baño, previo a entrar en contacto con alimentos, previo y posterior a entrar en contacto con elementos u objetos de trabajo y mínimo cada 3 horas.

	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 38 de 49
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 29 de mayo de 2020	

- Se comunica a los trabajadores la importancia de cumplir con las disposiciones impartidas por el Gobierno Nacional.
- Se informa a los colaboradores cuando se presenten casos sospechosos y confirmados de COVID -19 en la organización de manera oportuna, con instrucciones para actuar y tomar medidas de autocuidado.
- Promover ante los trabajadores que tengan celulares inteligentes el uso de la aplicación CoronApp para registrar en ella su estado de salud.

**Nota:** El protocolo actual se ajustará teniendo en cuenta las recomendaciones o protocolos establecidos por las entidades contratantes.

#### **14.1. PLAN DE COMUNICACIONES PARA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN.**

Se establecen los mecanismos de comunicación con nuestros empleados, proveedores y contratistas, con el fin de divulgar la información relacionada con las medidas contenidas en la Resolución 666 del 24 de abril de 2020 y la información sobre generalidades y directrices dadas por el Ministerio de Salud y Protección Social en relación con los síntomas de alarma, lineamientos y protocolos para la preparación, respuesta y atención ante la presencia del COVID-19 en el territorio nacional, entre otra información necesaria.

A continuación, se relacionan los mecanismos:

##### **TRABAJADORES**

- La comunicación con nuestros trabajadores es constante e interactiva. La información relacionada con las medidas de prevención y protección frente al COVID-19 así como la socialización de las novedades emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y el gobierno nacional se transmiten por las siguientes vías: Personalmente en las visitas de supervisión, en donde se reúne al personal teniendo en cuenta las medidas de bioseguridad y se socializan los temas pertinentes. Telefónicamente, se llama a los trabajadores, y se socializa vía telefónica la información y/o vía Whatsapp, por medio del cual se remite la información.

 OUTSOURCING SEASON LTDA	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 39 de 49
		VERSIÓN: 02 FECHA: 29 de mayo de 2020	

Siempre se deja constancia por medio de listas de asistencia o actas de reunión.

## **PROVEEDORES**

La comunicación y divulgación de normas, protocolos, solicitudes, etc. se realiza vía E-mail o por medio de correos físicos certificados a la persona encargada de la atención de la empresa, de esta manera se deja constancia de la remisión de la información.

Cuando uno de nuestros proveedores hace presencia en nuestras instalaciones, antes del ingreso se realiza la socialización del protocolo de ingreso descrito en el PTHSEQ 02: Protocolo COVID-19 para compras, almacén y manejo de proveedores.

## **CONTRATISTAS**

La comunicación y divulgación de normas, protocolos, solicitudes, etc. se realiza vía E-mail y de manera presencial por la persona encargada de dicha función (Líder HSE, Auxiliar HSE, Asistente de Recurso Humano o Coordinador de prestación de servicios), en donde se realiza inducción antes de iniciar las actividades por las que se contrata y se socializan los protocolos, medidas de prevención y demás información. Se mantiene comunicación con el área HSE del Contratista, con el fin de que sean tomadas las medidas y se realice el respectivo seguimiento y monitoreo.

## **15. ARTICULACIÓN CON AUTORIDADES LOCALES**

La empresa acogerá las disposiciones y normas establecidas por cada ciudad, municipio o localidad donde se prestan los servicios con respecto al desplazamiento, permisos, autorizaciones, etc.

## 16. CONTROL DE CAMBIOS

REVISIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN
01	28/04/2020	Creación del documento
02	29/05/2020	Actualización y ajustes del documento


<b>MAURICIO RUGE MURCIA RÉPRESENTANTE LEGAL OUTSOURCING SEASIN LTDA.</b>



 <small>OUTSOURCING SEASON LTDA</small>	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 41 de 49
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 29 de mayo de 2020	

# ANEXOS DEL DOCUMENTO.

## ANEXO 1: MEDIDAS PARA USO DE TAPABOCAS

	
<p>1. Lávese las manos con agua y jabón antes de colocarse el tapabocas.</p>	<p>2. Revise que el tapaboca se encuentre en buen estado.</p>
	
<p>3. Póngase el tapabocas cubriendo el rostro desde el puente de la nariz.</p>	<p>4. Sujete bien el tapabocas alrededor de las orejas.</p>
	
<p>5. Cubra completamente su rostro desde el puente de la nariz hasta debajo del mentón y asegúrese de no dejar espacios ni huecos.</p>	<p>6. No toque el tapabocas mientras lo use. Si lo hace, lávese las manos inmediatamente.</p>
	
<p>7. Retire el tapabocas desde atrás hacia adelante, quitándolo con las manos limpias.</p>	

## ANEXO 2: MANEJO INTERNO DE POSIBLES CASOS COVID-19

### CANALES DE COMUNICACIÓN.

**OUTSOURCING SEASIN LTDA** establece los siguientes canales de información para la prevención, con el fin de permitir a los trabajadores reportar cualquier sospecha de síntomas o contacto con persona diagnosticada con la enfermedad:

- ✓ Línea de comunicación tanto vía telefónica No. 7-6387575, celular N° 302-326-0876 como por correo electrónico al e-mail [liderhse@seasinlimitada.com](mailto:liderhse@seasinlimitada.com)

NOMBRE	CARGO	REGIONAL/CIUDAD/PUESTO DE TRABAJO ASIGNADO	NUMERO DE TELÉFONO
SAMUEL RODRIGUEZ DURAN	COORD. OPERATIVO	REGIONAL SANTANDER / ESTACIÓN ECOPETROL VASCONIA, ESTACIÓN ECOPETROL PUERTO SALGAR	3023260898
CANDELARIA VELOZA	COORD. OPERATIVO	CUNDINAMARCA - META	3107880522
SANDRA CARREÑO	SUPERVISOR OPERATIVO	REGIONAL SANTANDER	3017164635
ISAAC GALVIS	SUPERVISOR OPERATIVO	REGIONAL SANTANDER	3017164084
CLAUDIA CAMPO	SUPERVISOR OPERATIVO	ESSA - SANTANDER	3017149155
DEISY OSORIO	SUPERVISOR OPERATIVO	REGIONAL SANTANDER	3017164244
NELSY ASCANIO	SUPERVISOR OPERATIVO	FISCALÍA - SANTANDER	3116927652
RAMIRO ANDRES RIVERA	SUPERVISOR OPERATIVO	<b>CENTRO OCCIDENTE SUR</b> (ANTIOQUIA, CALDAS, RISARALDA, QUINDÍO, VALLE DEL CAUCA, CAUCA, NARIÑO, AMAZONAS, CHOCO Y TOLIMA)	3113512183
LUIS GUILLERMO SARMIENTO	SUPERVISOR OPERATIVO	NORTE DE SANTANDER	3004948607
FANNY NUMPAQUE	SUPERVISOR OPERATIVO	BOYACÁ - CASANARE	3184376235

	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>		CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 44 de 49
			VERSIÓN: 02	
			FECHA: 29 de mayo de 2020	

FANNY PARADA	SUPERVISOR OPERATIVO	FISCALÍA - NORTE DE SANTANDER	3144693330
LADY CONTRERAS	SUPERVISOR OPERATIVO	BARRANCABERMEJA	3003585487
JAVERNEY RINCÓN	SUPERVISOR OPERATIVO	IPES - BOGOTÁ	3125340261
MIGUEL MONTERROSA	SUPERVISOR OPERATIVO	IPES - BOGOTÁ	3112306522
JESÚS CAMARÓN	SUPERVISOR OPERATIVO	IPES - BOGOTÁ	3012175644
LILIANA LEDEZMA	SUPERVISOR OPERATIVO	COSTA NORTE COLOMBIANA	3126433801
ADRIANA CIFUENTES M.	LÍDER HSE	NIVEL NACIONAL	3184364414
OUTSOURCING SEASIN LTDA	SEDE ADMINISTRATIVA	ATENCIÓN A NIVEL NACIONAL	(+57) 6387575

	<b>PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19</b>	CÓDIGO: PTHSEQ 01	Página 45 de 49
		VERSIÓN: 02	
		FECHA: 29 de mayo de 2020	

### **ANEXO 3. PROTOCOLO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN COVID-19**

### **ANEXO 4. PROTOCOLO COVID – 19 PARA COMPRAS, ALMACÉN Y PROVEEDORES.**

## ANEXO 5. CRONOGRAMA DE CAPACITACIONES COVID-19

 <b>CRONOGRAMA DE CAPACITACIONES PARA MANEJO DE COVID</b>				
TEMA	A QUIEN VA DIRIGIDA	METODO DE DIVULGACION	MEDIO DE DIVULGACIÓN	RESPONSABLE
Factores de riesgo del hogar y la comunidad.	Personal de servicios generales, toderos, jardineros, piscineros.	Folletos, infogramas y/o circulares informativas	Presencial, via telefonica o via Whatsapp	Area SST SEASIN LTDA.
Factores de riesgo individuales	Personal de servicios generales, toderos, jardineros, piscineros.	Folletos, infogramas y/o circulares informativas	Presencial, via telefonica o via Whatsapp	Area SST SEASIN LTDA.
Signos y sintomas del COVID-19	Personal de servicios generales, toderos, jardineros, piscineros.	Folletos, infogramas y/o circulares informativas	Presencial, via telefonica o via Whatsapp	Area SST SEASIN LTDA.
Importancia del reporte de condiciones de salud	Personal de servicios generales, toderos, jardineros, piscineros.	Folletos, infogramas y/o circulares informativas	Presencial, via telefonica o via Whatsapp	Area SST SEASIN LTDA.
Uso adecuado de los EPP (Guantes, tapabocas y gafas)	Personal de servicios generales, toderos, jardineros, piscineros.	Folletos, infogramas y/o circulares informativas	Presencial, via telefonica o via Whatsapp	Area SST SEASIN LTDA.
Tenica de Lavado de manos.	Personal de servicios generales, toderos, jardineros, piscineros.	Folletos, infogramas y/o circulares informativas	Presencial, via telefonica o via Whatsapp	Area SST SEASIN LTDA.
Protocolo de limpieza y desinfección.	Personal de servicios generales, toderos, jardineros, piscineros.	Folletos, infogramas y/o circulares informativas	Presencial, via telefonica o via Whatsapp	Area SST SEASIN LTDA.
identificación de sintomas (fiebre mayor a 38°C, tos seca y dificultad para respirar), desinfección.	Personal de servicios generales, toderos, jardineros, piscineros.	Folletos, infogramas y/o circulares informativas	Presencial, via telefonica o via Whatsapp	Area SST SEASIN LTDA.
Protocolo de Bioseguridad.	Personal de servicios generales, toderos, jardineros, piscineros.	Folletos, infogramas y/o circulares informativas	Presencial, via telefonica o via Whatsapp	Area SST SEASIN LTDA.
Medidas de prevencion al regresar a la vivienda	Personal de servicios generales, toderos, jardineros, piscineros.	Folletos, infogramas y/o circulares informativas	Presencial, via telefonica o via Whatsapp	Area SST SEASIN LTDA.
Medidas preventivas frente al desplazamiento desde y hacia el lugar de trabajo: En transporte particular en carros, motocicletas y bicicletas; en transporte público.	Personal de servicios generales, toderos, jardineros, piscineros.	Folletos, infogramas y/o circulares informativas	Presencial, via telefonica o via Whatsapp	Area SST SEASIN LTDA.

## ANEXO 6. KIT DE BIOSEGURIDAD PARA EMPLEADOS



**ANEXO 7: FRHSEQ 10 Encuesta de verificación de sintomatología diaria.**

[illegible]



