PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2021-04-26, 03:36:27 PM Tipo Planilla I Número Planilla 1037371654

Periodo Cotización 202104 Periodo Servicio 202104

Cliente:

PAGADA 2021-04-26

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	FABIAN ESTIWAR LOPEZ VANEGAS				
Documento	CC 1014281123	Dirección	CR 69 #65 - 08		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	1		
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		Identificación			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1014281123								
Tipo Cotizante	03	00	Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
							LOPEZ VANEGAS FABIAN ESTIWAR		000000001	BOGOTA D.C.

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

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Trasl. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Trasl. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
X														0	24	24	6	0			$ 908.526	230301		16 %	$ 726.821	$ 116.300	$ 0	$ 0	EPS034		12.5 %	$ 726.821	$ 90.900	$ 0	NIN-ARP		0.000 %	$ 0	$ 0	NIN-CCF	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	RECAUDO SGP CAPITAL SALUD	NINGUNA ARP	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 116.300	$ 0	$ 0	$ 90.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 207.200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Escaneado con CamScanner

6533

Simple

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2021-05-01, 07:50:30 PM Tipo Planilla I Número Planilla 1037456056

Periodo Cotización 202104 Periodo Servicio 202104

Cliente:

PAGADA 2021-05-01 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ALEJANDRA OLARTE				
Documento	CC 1000001825	Dirección	DG 3BIS #7 A - 39		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3228295941		
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		Identificación			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1000001825									
Tipo Cotizante	03	00	Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
							OLARTE VELANDIA MABEL ALEJANDRA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

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

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICB
															0	30	30	30	0				230301		16 %	$ 908.526	$ 145.400	$ 0	$ 0	EPSC34		12.5 %	$ 908.526	$ 113.600	$ 0	NINAR		0.000 %	$ 0	$ 0	NINCC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION (ING + PROTECCION)	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	RECAUDO SGP CAPITAL SALUD	NINGUNA ARP	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 113.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 259.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellin: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Escaneado con CamScanner

6534

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110553576		ASPRILLA REINA IVONNE MILADY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	barrio tical	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-04	2021-04		9418591820	I	2021/05/20			0	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irt	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Tarifa Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$666,253	$106,700			$666,253	$83,300			$0	$0								
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$666,253	$106,700			$666,253	$83,300			$0	$0								
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$666,253	$106,700			$666,253	$83,300			$0	$0								
1	CC	1110553576	ASPRILLA IVONNE	X																230301	22	$666,253	$106,700	EPS017	22	$666,253	$83,300		0	$0	$0		0	$0	$0					
Total Afiliados(1)																						$666,253	$106,700			$666,253	$83,300			$0	$0								

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110553576		ASPRILLA REINA IVONNE MILADY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	barrio tical	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-04	2021-04		9418591820	I	2021/05/20			0	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$106,700	$0	$0	$106,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$106,700	$0	$0	$106,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$83,300	$0	$0	$83,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$83,300	$0	$0	$83,300
TOTAL				1	$190,000	$0	$0	$190,000

Escaneado con CamScanner

aportes en línea

Comprobante Liquidación

Datos Generales Del Aportante

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Correo Electrónico	Ciudad-Departamento	Celular
CC 1110553576		[redacted] MILADY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	freina119@gmail.com	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3144225552

Clave: 9418591820

Pague hasta	Dias de Mora	Valor Mora	Total a Pagar
2021/05/20	0	$0	$190,000

Periodo Pensión: 2021-04 **Periodo Salud: 2021-04**

Riesgo	Administradoras	Afiliados	Total a Pagar
AFP	1	1	$106,700
PORVENIR		1	$106,700
EPS	1	1	$83,300
FAMISANAR		1	$83,300
SUBTOTAL			$190,000
COMISION OPERADOR			$0
IVA			$0
TOTAL			$190,000

Canales de Pago

BANCARIOS

Banco AV Villas

Banco de Occidente

Banco de Bogotá

NO BANCARIOS

Puntos autorizados de la red Via
Monto máximo por transaccion $1'000.000

Baloto

Exito

SURTIMAX

Carulla

Cajas registradoras de los almacenes
Monto máximo por transacción $9.999.999

Escaneado con CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1010213978	DANIEL FELIPE RAMIREZ RODRIGUEZ	CALLE 78#79C-65	9055217	DANIEL.ZERIMAR@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2021-04	2021-04	I		50196777	TOTAL A PAGAR	
					$224.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	98.500	0		0		0	0	0	0	98.500	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	126.000	0	0	0	0	0	0		126.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	98.500	98.500
Pensión	1	126.000	126.000
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	224.500	224.500

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

Escaneado con CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1010213978	DANIEL FELIPE RAMIREZ RODRIGUEZ		CALLE 7B#79C-65	9055217	DANIELZERIMAR@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-04	2021-04	I		58198777	3224.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el Exterior	Ing	Ret	Tde	Tae	Tdp	Tap	Vsp	Vst	Sln	Ige	Lma	Vac	Avp	Vct	Irl	Cod/Errores	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	ISC obras parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1010213978	RAMIREZ RODRIGUEZ DANIEL FELIPE	3	0			N	X														230301	787,390	126,000	0	0	0	0	EPS008	787,390	98,500		0		0		0	0	0	0	0	0

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

Escaneado con CamScanner

6538.

ARUS

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-04-30, 03:24:34 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Numéro Planilla: 43228173

Periodo Cotización: abril de 2021 Periodo Servicio: abril de 2021

PAGADO 30/04/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YESID TORRES		
Documento	CC1000219416	**Dirección**	CARRERA 16 181 B 23
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3204506048
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	N/A

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aportes SENA	Aportes ICBF	ESAP	Aportes Mineducación	Total
CC 1000219416	YESID STEVEN TORRES HERNANDEZ	57	04	X																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 908.526	$145.400	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 908.526	$ 113.600	0	$ 0	$ 0	(MIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 259.000

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 908.526	$ 908.526	$ 0	$ 0	$145.400	$ 113.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 259.000	$ 0	$ 259.000

ARUS, Linea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellin: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Linea Ética: 018000 517806.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

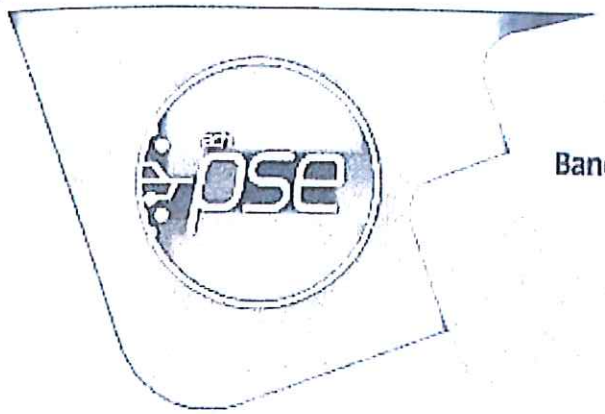
EXPERTOS en PILA

Escaneado con CamScanner

6539

...probante

de pago en línea



Bancolombia

ENLACE OPERATIVO S.A.

Nro. de recibo: 49226178

Descripción del pago: Pago de Seguridad Social

Identificación del contribuyente: 10.0.19.58

Concepto: CC

Razón Social: 1000219416

Fecha y hora de la transacción: viernes 30 de abril de 2021 03:24:39 PM

Nro. de comprobante: 0000035045

Valor pagado: $ 259.000.00

Cuenta: *******7323

Bancolombia S.A.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico

6540

ARUS
Tecnología + Información + Conocimiento

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-05-03, 03:53:02 PM **Tipo Planilla:** E PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 43273331

Periodo Cotización: mayo de 2021 **Periodo Servicio:** mayo de 2021

PAGADO 03/05/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	KARLA GARZON		
Documento	CC1032423173	Dirección	CL 65 g bis 10 - 47
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	7478965
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																								Pensiones			Salud			Riesgos		Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días ARL	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducación	Total
CC 1032423173	KARLA NATALY GARZON RUNZA	03	00	X																30	30	30	0	ADMINISTRADORA DEL RÉGIMEN DE PROTECCIÓN SOCIAL - PROTECCIÓN	$ 908.526	$ 145.400	EPS SANITAS	$ 908.526	$ 113.500	12.500	$ 0	$ 0	(NIVEL 0) NINGUNA ADF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 259.000

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 908.526	$ 908.526	$ 0	$ 0	$ 145.400	$ 113.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 259.000	$ 0	$ 259.000

ARUS. Líneas Expertas en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 93 77. Línea Ética: 018000 517806.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

EXPERTOS en PILA

Escaneado con CamScanner

6541

Ingeniería & Proyectos S.A.S

OFICIO No AC2R- SSTMA -SED-55-2021

Bogotá D.C. Abril 22 2021

Señores:
SECRETARIA DE EDUCACIÓN DISTRITAL
Dirección de Construcción y Conservación de Establecimientos Educativos
Atn. Edwin Alexander Santana Rodriguez
Profesional especializado
Ciudad.

REF: **CONTRATO DE INTERVENTORÍA CO1.PCCNTR.1440646 "INTERVENTORIA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, AMBIENTAL, JURÍDICA Y FINANCIERA AL CONTRATO DE OBRAS MENORES PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS EN LOS COLEGIOS DISTRITALES"**
Asunto: Paz y salvo Ivan Hernandez

Por medio del presente **AC2R INGENIERIA Y PROYECTOS S.A.S** identificada con Nit 830.123.577-7, certifica que el profesional relacionado a continuación, laboró para el CONTRATO DE INTERVENTORÍA CO1.PCCNTR.1440646 del 2 de abril de 2020 entre el periodo comprendido desde el 06 de abril de 2020 al 15 de abril de 2021; Actualmente la empresa se encuentra a paz y salvo por conceptos de pago de salariales y de seguridad social.

Nombre del trabajador	Cargo	% de dedicación	Firma del trabajador
Edgar Iván Hernández Flórez	Residente de interventoría	100%	

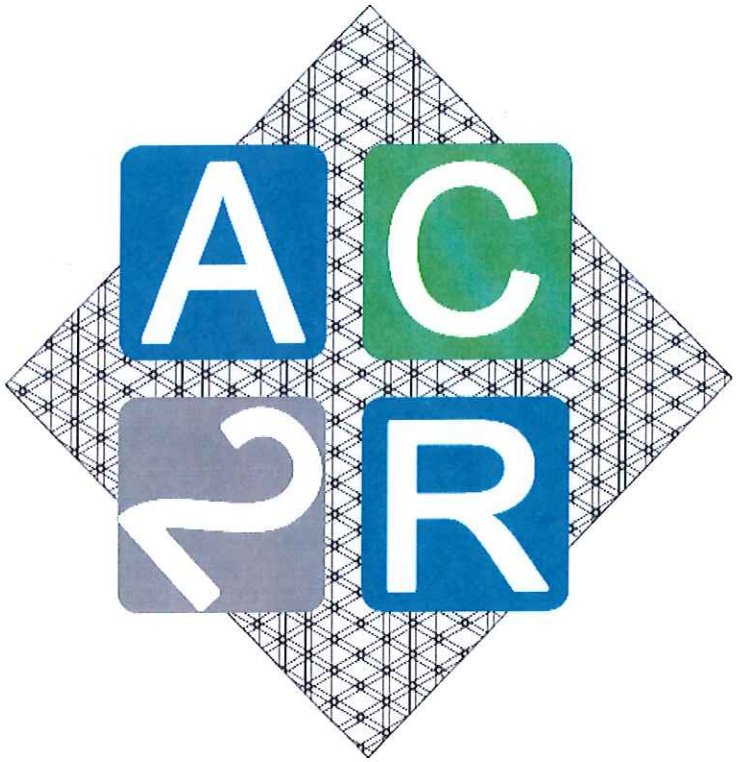
Ingeniería & Proyectos S.A.S

KRA 71ª No 52ª-17 BARRIO NORMANDIA
PBX : 2109456 / 311 353 13 84
E-mail: ac2ringenieria@gmail.com – liciatcionesac2r@gmail.com
BOGOTÁ - COLOMBIA

6542

Ingeniería & Proyectos S.A.S

Ing. CAMILO ANDRÉS ROSARIO RUBIO
REPRESENTANTE LEGAL
AC2R INGENIERIA Y PROYECTOS S.A.S.
NIT 830.123.577-7



KRA 71ª No 52ª-17 BARRIO NORMANDIA
PBX : 2109456 / 311 353 13 84
E-mail: ac2ringenieria@gmail.com – liciatcionesac2r@gmail.com
BOGOTÁ - COLOMBIA

	FORMATO EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN - RE INDUCCIÓN DEL SG-SST	SG-SST – 12 - 1 V02
Ingeniería & Proyectos		2/05/2017

Nombre y apellido del colaborador:	Brian Fernando Calderon Osno			Fecha	09-04-2021
Cargo que desempeña	Inspector			Documento ID	1010208109
Proyecto o área de trabajo	Señaletica Y señalizacion			Empresa contratista	AC2R Ingenieria
ARL	Bolivar	EPS	Sanitas	Fondo de pensiones	Proteccion

De acuerdo a la inducción realizada por su empresa, marque la respuesta correcta:

1. Que significan las siglas SG-SST

a) Sistemas de gestión de soporte social y de trabajo

b) Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo

c) Ninguna de las anteriores

2. Mencione cúal es la actividad economica de la empresa

a) Presta servicios de mensajeria a nivel nacional e internacional

b) Contrucción de edificaciones, adecuaciones, mantenimiento de obras, servicios de ingeniería

c) Venta y comercialización de articulos al por mayor y al detal

3. Qué es accidente de trabajo

a) Todo suceso repentino que sobrevenga con causa u ocasión del trabajo y que desencadene en el trabajador una lesión o muerte

b) Toda lesión que me ocurra fuera de las instalaciones del trabajo o empresa

c) Toda enfermedad que me suceda como consecuencia del trabajo

4. De acuerdo a su experiencia, escriba al menos tres accidentes de trabajo le pueden ocurrir en este proyecto

Caidas
accidente de transito
Cortaduras

5. Que es enfermedad laboral

a) Cualquier virus que se encuentre en el ambiente de trabajo

b) Es una patologia contraida como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.

c) Cuando me encuentro laborando y siento dolor de cabeza

6. De los siguientes ejemplos, marque con una X cúal considera que es un ACTO INSEGURO

a) No usar los EPP que la empresa me suministra

b) Manipular herramienta en mal estado

c) Trabajar en alturas sin la adecuada protección contra caidas

d) Manipular circuitos energizados sin la respectiva protección personal

7. De los siguientes ejemplos, marque con una X cúal considera que es una CONDICIÓN INSEGURA

a) Andamio en mal estado, sin los soportes ni escaleras de acceso

b) Dia soleado o dia lluvioso

c) Equipo o herramienta sin guarda de seguridad

d) Zonas de tolerancia con potencial de robos, atracos, secuestro

8. De acuerdo al gráfico, mencione en qué consiste la política de AC2R INGENIRÍA Y PROYECTOS S.A.S



Seguridad y Salud en el trabajo



No fumar



No alcohol y drogas

9. De acuerdo a la imagen, mencione el peligro al cúal se encuentra expuesto en su sitio de trabajo.



ruido



Quimico



Biomecanico



Alturas



Electrico



Naturales

6544

10. Cuando me suceda un accidente de trabajo, debo hacer:

a) Aviso inmediatamente a mi jefe inmediato sobre lo que me sucedió

b) Me quedo callado, no informo nada y me aguanto el dolor

c) Me voy a la EPS para que el médico me examine

11. Si veo que un compañero está realizando un acto inseguro, que hago:

a) No le digo nada, pues no es mi problema

b) Le digo a mi jefe inmediato o ingeniero de obra

c) Le digo a mi compañero de una forma respetuosa, la forma segura de realizar la actividad.

12. Mis responsabilidades como colaborador frente a la seguridad y salud en el trabajo son:

a) Suministrar información clara sobre mi estado de salud

b) Cumplir las políticas de la empresa

c) Participar en actividades de capacitación

d) Cuidar mi seguridad y mi salud.

13. Las responsabilidades de mi empleador son:

a) Asignar recursos para la seguridad y salud en el trabajo

b) Cumplir los requisitos normativos en materia de SST

c) Asignar y documentar las responsabilidades frente al SG-SST

14. Mencione al menos 5 herramientas que utilice en el trabajo

taladro, flexometro, cortico, cuchillo, meto

15. De acuerdo a la imagen, escriba para que le sirve cada EPP.



Protección cabeza



Protección ojos



Protección auditiva



Protección respiratoria



Protección manos (guantes, antideslizante)



Protección para pies



Prevención caídas

Calificación:	Si el Colaborador tiene 6 respuestas incorrectas, deberá repetir la evaluación, pero si el colaborador tiene menos de 5 respuestas incorrectas, se realizará una retroalimentación verbal.
Respuestas correctas.	15
Respuestas incorrectas.	0
Retroalimentación sobre:	

Firma del colaborador

Nombre del capacitador

6545

	FORMATO EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN - RE INDUCCIÓN DEL SG-SST	SG-SST – 12 - 1 V02
		2/05/2017

Nombre y apellido del colaborador:	Fabián Estiwar López Vanegas			Fecha	09/04/2021.
Cargo que desempeña	Inspector de obra.			Documento ID	1014281123
Proyecto o área de trabajo	contrato de emergencias			Empresa contratista	AC2R
ARL	Seguros Bolivar	EPS	Sisben	Fondo de pensiones	

De acuerdo a la inducción realizada por su empresa, marque la respuesta correcta:

1. Que significan las siglas SG-SST

a) Sistemas de gestión de soporte social y de trabajo

(X) Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

c) Ninguna de las anteriores

2. Mencione cúal es la actividad economica de la empresa

a) Presta servicios de mensajería a nivel nacional e internacional

(X) Contrucción de edificaciones, adecuaciones, mantenimiento de obras, servicios de ingeniería

c) Venta y comercialización de articulos al por mayor y al detal

3. Qué es accidente de trabajo

(X) Todo suceso repentino que sobrevenga con causa u ocasión del trabajo y que desencadene en el trabajador una lesión o muerte

b) Toda lesión que me ocurra fuera de las instalaciones del trabajo o empresa

c) Toda enfermedad que me suceda como consecuencia del trabajo

4. De acuerdo a su experiencia, escriba al menos tres accidentes de trabajo le pueden ocurrir en este proyecto

Caidas, golpes, esguinces.

5. Que es enfermedad laboral

a) Cualquier virus que se encuentre en el ambiente de trabajo

(X) Es una patologia contraida como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.

c) Cuando me encuentro laborando y siento dolor de cabeza

6. De los siguientes ejemplos, marque con una X cúal considera que es un ACTO INSEGURO

(X) No usar los EPP que la empresa me suministra

(X) Manipular herramienta en mal estado

(X) Trabajar en alturas sin la adecuada protección contra caidas

(X) Manipular circuitos energizados sin la respectiva protección personal

7. De los siguientes ejemplos, marque con una X cúal considera que es una CONDICIÓN INSEGURA

(X) Andamio en mal estado, sin los soportes ni escaleras de accoso

(X) Día soleado o día lluvioso

(X) Equipo o herramienta sin guarda de seguridad

(X) Zonas de tolerancia con potencial de robos, atracos, secuestro

8. De acuerdo al gráfico, mencione en qué consiste la politica de AC2R INGENIRÍA Y PROYECTOS S.A.S



Uso de casco



Prohibido Fumar



Prohibido el consumo de bebidas alcoholicas y sustancias psicoactivas

9. De acuerdo a la imagen, mencione el peligro al cúal se encuentra expuesto en su sitio de trabajo.



contaminación auditiva



caida de objetos pesados



mala postura



Peligro en trabajo de altura



Peligro descarga electrica



Riesgo sismico

6546

10. Cuando me suceda un accidente de trabajo, debo hacer:

a) Aviso inmediatamente a mi jefe inmediato sobre lo que me sucedió

b) Me quedo callado, no informo nada y me aguanto el dolor

c) Me voy a la EPS para que el médico me examine

11. Si veo que un compañero está realizando un acto inseguro, que hago:

a) No le digo nada, pues no es mi problema

b) Le digo a mi jefe inmediato o ingeniero de obra

c) Le digo a mi compañero de una forma respetuosa, la forma segura de realizar la actividad.

12. Mis responsabilidades como colaborador frente a la seguridad y salud en el trabajo son:

a) Suministrar información clara sobre mi estado de salud

b) Cumplir las políticas de la empresa

c) Participar en actividades de capacitación

d) Cuidar mi seguridad y mi salud.

13. Las responsabilidades de mi empleador son:

a) Asignar recursos para la seguridad y salud en el trabajo

b) Cumplir los requisitos normativos en materia de SST

c) Asignar y documentar las responsabilidades frente al SG-SST

14. Mencione al menos 5 herramientas que utilice en el trabajo

odometro, bitacora, celular, mota, memorias de cantidades

15. De acuerdo a la imagen, escriba para que le sirve cada EPP.



Protección para la cabeza



Protección visual



Protección auditiva.



Protección respiratoria.



Protección para manos



Protección para Pies



Instrumento para trabajo en alturas

Calificación:	Si el Colaborador tiene 6 respuestas incorrectas, deberá repetir la evaluación, pero si el colaborador tiene menos de 5 respuestas incorrectas, se realizará una retroalimentación verbal.	
Respuestas correctas.	14,5	Retroalimentación sobre:
Respuestas incorrectas.	0,5	

Firma del colaborador: Fabián Estiwar López

Nombre del capacitador: Luz Stella Pineda

6547

	FORMATO EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN - RE INDUCCIÓN DEL SG-SST	SG-SST – 12 - 1 V02
Ingeniería & Proyectos		2/05/2017

Nombre y apellido del colaborador:	Duvan Geovannes Castillo	Fecha	09/04/2021
Cargo que desempeña	Inspector de Obra.	Documento ID	1023966879
Proyecto o área de trabajo	Contrato de Energia	Empresa contratista	AC2R
ARL: Seguros Bolivar	EPS:	Fondo de pensiones	

De acuerdo a la inducción realizada por su empresa, marque la respuesta correcta:

1. Que significan las siglas SG-SST

a) Sistemas de gestión de soporte social y de trabajo

(x) Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

c) Ninguna de las anteriores

2. Mencione cúal es la actividad economica de la empresa

a) Presta servicios de mensajeria a nivel nacional e internacional

(x) Contrucción de edificaciones, adecuaciones, mantenimiento de obras, servicios de ingeniería

c) Venta y comercialización de articulos al por mayor y al detal

3. Qué es accidente de trabajo

(x) Todo suceso repentino que sobrevenga con causa u ocasión del trabajo y que desencadene en el trabajador una lesión o muerte

b) Toda lesión que me ocurra fuera de las instalaciones del trabajo o empresa

c) Toda enfermedad que me suceda como consecuencia del trabajo

4. De acuerdo a su experiencia, escriba al menos tres accidentes de trabajo le pueden ocurrir en este proyecto

Golpes, cortaduras, caidas, lesiones

5. Que es enfermedad laboral

a) Cualquier virus que se encuentre en el ambiente de trabajo

(x) Es una patologia contraida como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.

c) Cuando me encuentro laborando y siento dolor de cabeza

6. De los siguientes ejemplos, marque con una X cúal considera que es un ACTO INSEGURO

(x) No usar los EPP que la empresa me suministra

(x) Manipular herramienta en mal estado

(x) Trabajar en alturas sin la adecuada protección contra caidas

(x) Manipular circuitos energizados sin la respectiva protección personal

7. De los siguientes ejemplos, marque con una X cúal considera que es una CONDICIÓN INSEGURA

(x) Andamio en mal estado, sin los soportes ni escaleras de acceso

(x) Dia soleado o dia lluvioso

(x) Equipo o herramienta sin guarda de seguridad

(x) Zonas de tolerancia con potencial de robos, atracos, secuestro

8. De acuerdo al gráfico, mencione en qué consiste la politica de AC2R INGENIRÍA Y PROYECTOS S.A.S



Uso de casco obligatorio.
Medidas de protección.



Prohibido Fumar
Política no fumadores



Prohibido el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas

9. De acuerdo a la imagen, mencione el peligro al cúal se encuentra expuesto en su sitio de trabajo.



Contaminación auditiva
* Fisico



Manejo de Materal.
* Peligro químico.



mala postura
* Peligro biomecanico



Riesgo de alturas
* Condiciones de seguridad



Riesgo electrico
* Condiciones de seguridad



Riesgo de Sismo
* Peligro fenomenos naturales

6548

10. Cuando me suceda un accidente de trabajo, debo hacer:

a) Aviso inmediatamente a mi jefe inmediato sobre lo que me sucedió

b) Me quedo callado, no informo nada y me aguanto el dolor

c) Me voy a la EPS para que el médico me examine

11. Si veo que un compañero está realizando un acto inseguro, que hago:

a) No le digo nada, pues no es mi problema

b) Le digo a mi jefe inmediato o ingeniero de obra

c) Le digo a mi compañero de una forma respetuosa, la forma segura de realizar la actividad.

12. Mis responsabilidades como colaborador frente a la seguridad y salud en el trabajo son:

a) Suministrar información clara sobre mi estado de salud

b) Cumplir las políticas de la empresa

c) Participar en actividades de capacitación

d) Cuidar mi seguridad y mi salud.

13. Las responsabilidades de mi empleador son:

a) Asignar recursos para la seguridad y salud en el trabajo

b) Cumplir los requisitos normativos en materia de SST

c) Asignar y documentar las responsabilidades frente al SG-SST

14. Mencione al menos 5 herramientas que utilice en el trabajo

Odometro.
Cinta metrica.
Bitacora.

15. De acuerdo a la imagen, escriba para que le sirve cada EPP.



Proteccion para la cabeza, casco.



Proteccion Visual



Proteccion Auditiva



Proteccion Respiratoria



Proteccion para las manos, guantes



Proteccion para los pies, guantes.



Proteccion para las alturas, arnes

Calificación:	Si el Colaborador tiene 6 respuestas incorrectas, deberá repetir la evaluación, pero si el colaborador tiene menos de 5 respuestas incorrectas, se realizará una retroalimentación verbal.	
Respuestas correctas.	14	Retroalimentación sobre:
Respuestas Incorrectas.		

Firma del colaborador Dorian Guarnizo

Nombre del capacitador Luz Estela Pineda

6549

Ingeniería & Proyectos	FORMATO EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN - RE INDUCCIÓN DEL SG-SST	SG-SST – 12 - 1 V02
		2/05/2017

Nombre y apellido del colaborador:	Alejandra Olarte			Fecha	9/Abril/2020
Cargo que desempeña	Inspecta De Obra			Documento ID	1000001825
Proyecto o área de trabajo	Contrato De Emergencia			Empresa contratista	AC2R
ARL	Seguros Bolivar	EPS	Sisben	Fondo de pensiones	

De acuerdo a la inducción realizada por su empresa, marque la respuesta correcta:

1. Que significan las siglas SG-SST

a) Sistemas de gestión de soporte social y de trabajo

X b) Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

c) Ninguna de las anteriores

2. Mencione cúal es la actividad economica de la empresa

a) Presta servicios de mensajería a nivel nacional e internacional

X b) Contrucción de edificaciones, adecuaciones, mantenimiento de obras, servicios de ingenieria

c) Venta y comercialización de articulos al por mayor y al detal

3. Qué es accidente de trabajo

X a) Todo suceso repentino que sobrevenga con causa u ocasión del trabajo y que desencadene en el trabajador una lesión o muerte

b) Toda lesión que me ocurra fuera de las instalaciones del trabajo o empresa

c) Toda enfermedad que me suceda como consecuencia del trabajo

4. De acuerdo a su experiencia, escriba al menos tres accidentes de trabajo le pueden ocurrir en este proyecto

Caidas
Golpes
Cortaduras

5. Que es enfermedad laboral

a) Cualquier virus que se encuentre en el ambiente de trabajo

X b) Es una patologia contraida como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.

c) Cuando me encuentro laborando y siento dolor de cabeza

6. De los siguientes ejemplos, marque con una X cúal considera que es un ACTO INSEGURO

X No usar los EPP que la empresa me suministra

X Manipular herramienta en mal estado

X Trabajar en alturas sin la adecuada protección contra caidas

X Manipular circuitos energizados sin la respectiva protección personal

7. De los siguientes ejemplos, marque con una X cúal considera que es una CONDICIÓN INSEGURA

X Andamio en mal estado, sin los soportes ni escaleras de acceso

X Día soleado o día lluvioso

X Equipo o herramienta sin guarda de seguridad

X Zonas de tolerancia con potencial de robos, atracos, secuestro

8. De acuerdo al gráfico, mencione en què consiste la politica de AC2R INGENIRÍA Y PROYECTOS S.A.S



Uso de casco



Prohibido fumar



Prohibido consumo de sustancias psicoactivas

9. De acuerdo a la imagen, mencione el peligro al cúal se encuentra expuesto en su sitio de trabajo.



Contaminación Auditiva



Manejo de Material



Mala Postura



Riesgo de Alturas



Riesgo Electrico



Riesgo Sismos, terremotos..

6550

10. Cuando me suceda un accidente de trabajo, debo hacer:

- [x] a) Aviso inmediatamente a mi jefe inmediato sobre lo que me sucedió
- [ ] b) Me quedo callado, no informo nada y me aguanto el dolor
- [ ] c) Me voy a la EPS para que el médico me examine

11. Si veo que un compañero está realizando un acto inseguro, que hago:

- [ ] a) No le digo nada, pues no es mi problema
- [ ] b) Le digo a mi jefe inmediato o ingeniero de obra
- [x] c) Le digo a mi compañero de una forma respetuosa, la forma segura de realizar la actividad.

12. Mis responsabilidades como colaborador frente a la seguridad y salud en el trabajo son:

- [x] Suministrar información clara sobre mi estado de salud
- [x] Cumplir las políticas de la empresa
- [x] Participar en actividades de capacitación
- [x] Cuidar mi seguridad y mi salud.

13. Las responsabilidades de mi empleador son:

- [x] Asignar recursos para la seguridad y salud en el trabajo
- [x] Cumplir los requisitos normativos en materia de SST
- [x] Asignar y documentar las responsabilidades frente al SG-SST

14. Mencione al menos 5 herramientas que utilice en el trabajo

Odometro Cinta Metrica
Esfero
Bitacora
Moto

15. De acuerdo a la imagen, escriba para que le sirve cada EPP.


Protección Para la Cabeza


Protección Visual


Protección Auditiva


Protección Respiratoria


Protección Manual


Protección Para Pies


Protección Para Trabajo en Alturas

Calificación:	Si el Colaborador tiene 6 respuestas incorrectas, deberá repetir la evaluación, pero si el colaborador tiene menos de 5 respuestas incorrectas, se realizará una retroalimentación verbal.	
Respuestas correctas.	14	Retroalimentación sobre:
Respuestas Incorrectas.		

Firma del colaborador

Nombre del capacitador Luz Stella Pineda

6551

	FORMATO EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN - RE INDUCCIÓN DEL SG-SST	SG SST - 12 - 1 V02
		7/05/2017

Nombre y apellido del colaborador:	Ivonne Milud Aspnilla Pena			Fecha	9/05/2020
Cargo que desempeña	Inspector			Documento ID	1.110.553.516
Proyecto o área de trabajo	Contrato de emergencia			Empresa contratista	AC2R
ARL	Seguros Bolivar	EPS		Fondo de pensiones	Porvenir

De acuerdo a la inducción realizada por su empresa, marque la respuesta correcta:

1. Que significan las siglas SG-SST

a) Sistemas de gestión de soporte social y de trabajo

(b) Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

c) Ninguna de las anteriores

2. Mencione cúal es la actividad economica de la empresa

a) Presta servicios de mensajeria a nivel nacional e internacional

(b) Contrucción de edificaciones, adecuaciones, mantenimiento de obras, servicios de ingenieria

c) Venta y comercialización de articulos al por mayor y al detal

3. Qué es accidente de trabajo

(a) Todo suceso repentino que sobrevenga con causa u ocasión del trabajo y que desencadene en el trabajador una lesión o muerte

b) Toda lesión que me ocurra fuera de las instalaciones del trabajo o empresa

c) Toda enfermedad que me suceda como consecuencia del trabajo

4. De acuerdo a su experiencia, escriba al menos tres accidentes de trabajo le pueden ocurrir en este proyecto

Golpes
caidos
quemados

5. Que es enfermedad laboral

a) Cualquier virus que se encuentre en el ambiente de trabajo

(b) Es una patologia contraida como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.

c) Cuando me encuentro laborando y siento dolor de cabeza

6. De los siguientes ejemplos, marque con una X cúal considera que es un ACTO INSEGURO

(a) No usar los EPP que le empresa me suministra

(b) Manipular herramienta en mal estado

(c) Trabajar en alturas sin la adecuada protección contra caidas

(d) Manipular circuitos energizados sin la respectiva protección personal

7. De los siguientes ejemplos, marque con una X cúal considera que es una CONDICIÓN INSEGURA

(a) Andamio en mal estado, sin los soportes ni escaleras de acceso

(b) Dia soleado o dia lluvioso

(c) Equipo o herramienta sin guarda de seguridad

(d) Zonas de tolerancia con potencial de robos, atracos, secuestro

8. De acuerdo al gráfico, mencione en qué consiste la politica de AC2R INGENIRÍA Y PROYECTOS S.A.S



Uso de casco



Politica NO fumadores



Politica no alcohol y drogas

9. De acuerdo a la imagen, mencione el peligro al cúal se encuentra expuesto en su sitio de trabajo.



Contaminacion auditiva



Peligro quimico



Peligro locomocion



condiciones de seguridad



condiciones de seguridad



Riesgo fenomenos naturales

6552

10. Cuando me suceda un accidente de trabajo, debo hacer:

(a) Aviso inmediatamente a mi jefe inmediato sobre lo que me sucedió

b) Me quedo callado, no informo nada y me aguanto el dolor

c) Me voy a la EPS para que el médico me examine

11. Si veo que un compañero está realizando un acto inseguro, que hago:

a) No le digo nada, pues no es mi problema

b) Le digo a mi jefe inmediato o ingeniero de obra

(c) Le digo a mi compañero de una forma respetuosa, la forma segura de realizar la actividad.

12. Mis responsabilidades como colaborador frente a la seguridad y salud en el trabajo son:

(a) Suministrar información clara sobre mi estado de salud

(b) Cumplir las políticas de la empresa

(c) Participar en actividades de capacitación

(d) Cuidar mi seguridad y mi salud.

13. Las responsabilidades de mi empleador son:

(a) Asignar recursos para la seguridad y salud en el trabajo

(b) Cumplir los requisitos normativos en materia de SST

(c) Asignar y documentar las responsabilidades frente al SG-SST

14. Mencione al menos 5 herramientas que utilice en el trabajo

odometro

Cinta metrica

15. De acuerdo a la imagen, escriba para que le sirve cada EPP.



Protección para la cabeza



Protección visual



Protección auditiva



manipulación de sustancias



Protección manual



Protección para pies



Protección para trabajo en alturas

Calificación:	Si el Colaborador tiene 6 respuestas incorrectas, deberá repetir la evaluación, pero si el colaborador tiene menos de 5 respuestas incorrectas, se realizará una retroalimentación verbal.	
Respuestas correctas.	13	Retroalimentación sobre:
Respuestas incorrectas.		

Firma del colaborador Wayne Hilady A

Nombre del capacitador Luz Stella Pineda

6553

	FORMATO EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN - RE INDUCCIÓN DEL SG-SST	SG-SST – 12 - 1 V02
		2/05/2017

Nombre y apellido del colaborador:	Yesid Torres Hernandez	Fecha	09/04/2021
Cargo que desempeña	Inspector.	Documento ID	1000219416
Proyecto o área de trabajo	Contrato de Emergencia	Empresa contratista	ACRD
ARL Seguros Bolivar	EPS Famisanar.	Fondo de pensiones	

De acuerdo a la inducción realizada por su empresa, marque la respuesta correcta:

1. Que significan las siglas SG-SST

a) Sistemas de gestión de soporte social y de trabajo

X b) Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

c) Ninguna de las anteriores

2. Mencione cúal es la actividad economica de la empresa

a) Presta servicios de mensajeria a nivel nacional e internacional

X b) Contrucción de edificaciones, adecuaciones, mantenimiento de obras, servicios de ingeniería

c) Venta y comercialización de articulos al por mayor y al detal

3. Qué es accidente de trabajo

X a) Todo suceso repentino que sobrevenga con causa u ocasión del trabajo y que desencadene en el trabajador una lesión o muerte

b) Toda lesión que me ocurra fuera de las instalaciones del trabajo o empresa

c) Toda enfermedad que me suceda como consecuencia del trabajo

4. De acuerdo a su experiencia, escriba al menos tres accidentes de trabajo le pueden ocurrir en este proyecto

Incidentes, Cortones, Torcedoras. Golpes, Accidentes.

5. Que es enfermedad laboral

a) Cualquier virus que se encuentre en el ambiente de trabajo

X b) Es una patologia contraida como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.

c) Cuando me encuentro laborando y siento dolor de cabeza

6. De los siguientes ejemplos, marque con una X cúal considera que es un ACTO INSEGURO

X a) No usar los EPP que la empresa me suministra

X b) Manipular herramienta en mal estado

X c) Trabajar en alturas sin la adecuada protección contra caidas

X d) Manipular circuitos energizados sin la respectiva protección personal

7. De los siguientes ejemplos, marque con una X cúal considera que es una CONDICIÓN INSEGURA

X a) Andamio en mal estado, sin los soportes ni escaleras de acceso

b) Dia soleado o dia lluvioso

X c) Equipo o herramienta sin guarda de seguridad

X d) Zonas de tolerancia con potencial de robos, atracos, secuestro

8. De acuerdo al gráfico, mencione en qué consiste la politica de AC2R INGENIRÍA Y PROYECTOS S.A.S



Protección.



Politica No Fumadores.



Politica No Alcohol y Drogas.

9. De acuerdo a la imagen, mencione el peligro al cúal se encuentra expuesto en su sitio de trabajo.



-Fisico. -Contaminación Auditiva.



Químico.



-Biomecanico. Mala Postura.



-condiciones de Seguridad Riesgo de Alturas.



-condiciones de Seguridad Peligro de electricidad.



Fenomenos Naturales.

6554

10. Cuando me suceda un accidente de trabajo, debo hacer:

A) Aviso inmediatamente a mi jefe inmediato sobre lo que me sucedió

b) Me quedo callado, no informo nada y me aguanto el dolor

c) Me voy a la EPS para que el médico me examine

11. Si veo que un compañero está realizando un acto inseguro, que hago:

a) No le digo nada, pues no es mi problema

b) Le digo a mi jefe inmediato o ingeniero de obra

C) Le digo a mi compañero de una forma respetuosa, la forma segura de realizar la actividad.

12. Mis responsabilidades como colaborador frente a la seguridad y salud en el trabajo son:

A) Suministrar información clara sobre mi estado de salud

B) Cumplir las politicas de la empresa

C) Participar en actividades de capacitación

D) Cuidar mi seguridad y mi salud.

13. Las responsabilidades de mi empleador son:

A) Asignar recursos para la seguridad y salud en el trabajo

B) Cumplir los requisitos normativos en materia de SST

C) Asignar y documentar las responsabilidades frente al SG-SST

14. Mencione al menos 5 herramientas que utilice en el trabajo

Destornillo.
Cinta metrica.
Bitacora

15. De acuerdo a la imagen, escriba para que le sirve cada EPP.


Casco.


Proteccio visual.


Proteccion auditiva


Careta.


Guantes de Proteccion


Botas.


Arnes: Medida de Proteccion de alturas.

Calificación:	Si el Colaborador tiene 6 respuestas incorrectas, deberá repetir la evaluacion, pero si el colaborador tiene menos de 5 respuestas incorrectas, se realizará una retroalimentación verbal	
Respuestas correctas.	13	Retroalimentación sobre:
Respuestas incorrectas.	1	

Firma del colaborador: Yesid Toro.

Nombre del capacitador: Luz Stella Pinedo

6555

	FORMATO EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN - RE INDUCCIÓN DEL SG-SST	SG-SST – 12 - 1 V02
AC2R Ingeniería & Proyectos		2/05/2017

Nombre y apellido del colaborador:	Karla Nathali J. Garzón Zuñiga			Fecha	09-04-2021
Cargo que desempeña	Inspector de obra			Documento ID	1032423773
Proyecto o área de trabajo	Contrato de emergencia			Empresa contratista	AC2R
ARL	Seguros Bolivar	EPS	Sanitas	Fondo de pensiones	

De acuerdo a la inducción realizada por su empresa, marque la respuesta correcta:

1. Que significan las siglas SG-SST

a) Sistemas de gestión de soporte social y de trabajo

b) Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

c) Ninguna de las anteriores

2. Mencione cúal es la actividad economica de la empresa

a) Presta servicios de mensajería a nivel nacional e internacional

b) Contrucción de edificaciones, adecuaciones, mantenimiento de obras, servicios de ingeniería

c) Venta y comercialización de articulos al por mayor y al detal

3. Qué es accidente de trabajo

a) Todo suceso repentino que sobrevenga con causa u ocasión del trabajo y que desencadene en el trabajador una lesión o muerte

b) Toda lesión que me ocurra fuera de las instalaciones del trabajo o empresa

c) Toda enfermedad que me suceda como consecuencia del trabajo

4. De acuerdo a su experiencia, escriba al menos tres accidentes de trabajo le pueden ocurrir en este proyecto

Incidentes, cortones, torceduras, golpes, Accidentes.

5. Que es enfermedad laboral

a) Cualquier virus que se encuentre en el ambiente de trabajo

b) Es una patologia contraida como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.

c) Cuando me encuentro laborando y siento dolor de cabeza

6. De los siguientes ejemplos, marque con una X cúal considera que es un ACTO INSEGURO

a) X No usar los EPP que la empresa me suministra

b) X Manipular herramienta en mal estado

c) X Trabajar en alturas sin la adecuada protección contra caidas

d) X Manipular circuitos energizados sin la respectiva protección personal

7. De los siguientes ejemplos, marque con una X cúal considera que es una CONDICIÓN INSEGURA

a) X Andamio en mal estado, sin los soportes ni escaleras de acceso

b) Día soleado o día lluvioso

c) X Equipo o herramienta sin guarda de seguridad

d) X Zonas de tolerancia con potencial de robos, atracos, secuestro

8. De acuerdo al gráfico, mencione en qué consiste la política de AC2R INGENIRÍA Y PROYECTOS S.A.S



Protección



Politica No Fumadores



Politica No Alcohol y Drogas

9. De acuerdo a la imagen, mencione el peligro al cúal se encuentra expuesto en su sitio de trabajo.



Fisica



Quimico



Biomecanico



Condiciones de Seguridad



Condiciones de Seguridad



Fenomenos Naturales

6556

10. Cuando me suceda un accidente de trabajo, debo hacer:

a) Aviso inmediatamente a mi jefe inmediato sobre lo que me sucedió

b) Me quedo callado, no informo nada y me aguanto el dolor

c) Me voy a la EPS para que el médico me examine

11. Si veo que un compañero está realizando un acto inseguro, que hago:

a) No le digo nada, pues no es mi problema

b) Le digo a mi jefe inmediato o ingeniero de obra

c) Le digo a mi compañero de una forma respetuosa, la forma segura de realizar la actividad.

12. Mis responsabilidades como colaborador frente a la seguridad y salud en el trabajo son:

a) Suministrar información clara sobre mi estado de salud

b) Cumplir las políticas de la empresa

c) Participar en actividades de capacitación

d) Cuidar mi seguridad y mi salud.

13. Las responsabilidades de mi empleador son:

a) Asignar recursos para la seguridad y salud en el trabajo

b) Cumplir los requisitos normativos en materia de SST

c) Asignar y documentar las responsabilidades frente al SG-SST

14. Mencione al menos 5 herramientas que utilice en el trabajo

Cinta Metrica

Bitacora

15. De acuerdo a la imagen, escriba para que le sirve cada EPP.



Casco



Protección visual



Protección Auditiva



Careta



Guantes de Protección



Botas



Anner: Medica de Protección de alturas

Calificación:	Si el Colaborador tiene 6 respuestas incorrectas, deberá repetir la evaluación, pero si el colaborador tiene menos de 5 respuestas incorrectas, se realizará una retroalimentación verbal.	
Respuestas correctas.	14	Retroalimentación sobre:
Respuestas incorrectas.		

Firma del colaborador

Nombre del capacitador Luz stella Pineda

6557

	FORMATO EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN - RE INDUCCIÓN DEL SG-SST	SG-SST – 12 - 1 V02
Ingeniería & Proyectos		2/05/2017

Nombre y apellido del colaborador:	Daniel Ramirez			Fecha	09-04-2021
Cargo que desempeña	Inspector			Documento ID	1010213978.
Proyecto o área de trabajo	Señalización.			Empresa contratista	AC2R.
ARL	Bolivar	EPS	Comfenar	Fondo de pensiones	Porvenir

De acuerdo a la inducción realizada por su empresa, marque la respuesta correcta:

1. Que significan las siglas SG-SST

a) Sistemas de gestión de soporte social y de trabajo

b) Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

c) Ninguna de las anteriores

2. Mencione cúal es la actividad economica de la empresa

a) Presta servicios de mensajería a nivel nacional e internacional

b) Contrucción de edificaciones, adecuaciones, mantenimiento de obras, servicios de ingeniería

c) Venta y comercialización de articulos al por mayor y al detal

3. Qué es accidente de trabajo

a) Todo suceso repentino que sobrevenga con causa u ocasión del trabajo y que desencadene en el trabajador una lesión o muerte

b) Toda lesión que me ocurra fuera de las instalaciones del trabajo o empresa

c) Toda enfermedad que me suceda como consecuencia del trabajo

4. De acuerdo a su experiencia, escriba al menos tres accidentes de trabajo le pueden ocurrir en este proyecto

caidas
Cortaduras
Quimicos.

5. Que es enfermedad laboral

a) Cualquier virus que se encuentre en el ambiente de trabajo

b) Es una patologia contraida como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.

c) Cuando me encuentro laborando y siento dolor de cabeza

6. De los siguientes ejemplos, marque con una X cúal considera que es un ACTO INSEGURO

a) No usar los EPP que la empresa me suministra

b) Manipular herramienta en mal estado

c) Trabajar en alturas sin la adecuada protección contra caidas

d) Manipular circuitos energizados sin la respectiva protección personal

7. De los siguientes ejemplos, marque con una X cúal considera que es una CONDICIÓN INSEGURA

a) Andamio en mal estado, sin los soportes ni escaleras de acceso

b) Dia soleado o dia lluvioso

c) Equipo o herramienta sin guarda de seguridad

d) Zonas de tolerancia con potencial de robos, atracos, secuestro

8. De acuerdo al gráfico, mencione en qué consiste la politica de AC2R INGENIERÍA Y PROYECTOS S.A.S



Portreo seguridad y salud en el trabajo



no fumar



no alcohol ni drogas.

9. De acuerdo a la imagen, mencione el peligro al cúal se encuentra expuesto en su sitio de trabajo.



Ruido.



Quimicos.



levantamiento de cargas.



Trabajo en alturas



Riesgo electrico



fenomenos naturales.

6558

10. Cuando me suceda un accidente de trabajo, debo hacer:

a) Aviso inmediatamente a mi jefe inmediato sobre lo que me sucedió

b) Me quedo callado, no informo nada y me aguanto el dolor

c) Me voy a la EPS para que el médico me examine

11. Si veo que un compañero está realizando un acto inseguro, que hago:

a) No le digo nada, pues no es mi problema

b) Le digo a mi jefe inmediato o ingeniero de obra

c) Le digo a mi compañero de una forma respetuosa, la forma segura de realizar la actividad.

12. Mis responsabilidades como colaborador frente a la seguridad y salud en el trabajo son:

a) Suministrar información clara sobre mi estado de salud

b) Cumplir las políticas de la empresa

c) Participar en actividades de capacitación

d) Cuidar mi seguridad y mi salud.

13. Las responsabilidades de mi empleador son:

a) Asignar recursos para la seguridad y salud en el trabajo

b) Cumplir los requisitos normativos en materia de SST

c) Asignar y documentar las responsabilidades frente al SG-SST

14. Mencione al menos 5 herramientas que utilice en el trabajo

Flexometro, camara fotografica, cuaderno, esfero, internet (celular)

15. De acuerdo a la imagen, escriba para que le sirve cada EPP.



Protección craneo



Protección ocular



Protección auditiva.



Protección respiratoria



Protección manos



Protección Pies.



Protección en alturas.

Calificación:	Si el Colaborador tiene 6 respuestas incorrectas, deberá repetir la evaluación, pero si el colaborador tiene menos de 5 respuestas incorrectas, se realizará una retroalimentación verbal.	
Respuestas correctas.	15	Retroalimentación sobre:
Respuestas incorrectas.	Ø	

Firma del colaborador: Damiz2-

Nombre del capacitador: Luz Stella Pineda

6559

Ingeniería & Proyectos	**REGISTRO DE ASISTENCIA REUNIONES Y CAPACITACIONES**	SG-SST – 11 V02 Creado: 28 - 04 - 2017 Act: 04 - 04 - 2019

FECHA:	12/4/2021	**LUGAR:**	Colegio Alfonso López Michelsin		
NOMBRE DEL RESPONSABLE:		Luz Stella Pineda Bustos	**DOCUMENTO ID**	1.026.260.474	
ACTIVIDAD REALIZADA		**TEMAS TRATADOS**			
Inducción - Reinducción					
Charla de seguridad	X	Trabajo en condiciones de frio			
Capacitación y Entrenamiento en SST					
Reunión COPASST					
Reunión Comité Convivencia					
Capacitación especifica al cargo					
Otra					

OBJETIVO: Dar a conocer al personal CONTRATO DE INTERVENTORIA No. CO1.PCCNTR. 1440646 medidas de prevención y control durante la ejecución de actividades en condiciones de frío

N°	NOMBRE Y APELLIDO	ID	CARGO	FIRMA	HH
1	Nelson Rivera	19.465.978	Inspector		2
2	Juan Carlos Rincón	1.023.873.559	Residente Interventoría Señalización		2
3	Oscar Iván Salamanca	74.082.212	Residente Interventoría Señalización		2
4	Jeisson Javier Bermúdez Jara	1.073.164.894	Inspector		2
5	Anderson Fabian Cely Izaquita	102.456.324	Inspector	Anderson Cely I.	2
6	Diego Alejandro Ramírez Poveda	1.023.604.410	Inspector		2
7	Edwin Fernando Marroquín Bustos	80.250.114	Inspector		2
8	Elizabeth Pineda Bustos	1.043.450.451	SISO 2		2
9	John Eduard Aros Rodríguez	1.032.483.095	Ambiental		2
11	María Camila Gamba Ospina	1.019.079.604	Auxiliar de coordinación		2
12	Karla Garzón Zuñiga	1.032.423.173	Inspector		2
13	Yesid Stiven Torres Hernández	1.000.219.416	Inspector	Yesid Torres	2
14	Ivonne Milady Asprilla Reina	1.110.553.576	Inspector	Ivonne Milady A	2
15	Mabel Alejandra Olarte Velandia	1.000.001.825	Inspector		2
16	Duvan Arley Guanumen Castillo	1.023.966.874	Inspector	Duvan Guanumen	2
17	Fabian Estiwar López Vanegas	1.014.281.123	Inspector		2
18	Brayan Fernando Calderón Osma	1.010.208.109	Inspector		2
19	Daniel Felipe Ramirez Rodríguez	1.010.213.978	Inspector	Ramirez	2

6560

Ingeniería & Proyectos	**REGISTRO DE ASISTENCIA REUNIONES Y CAPACITACIONES**	SG-SST – 11 V02 Creado: 28 - 04 - 2017 Act: 04 - 04 - 2019

FECHA:	20/4/2021	**LUGAR:**	Colegio Alfonso López Michelsin		
NOMBRE DEL RESPONSABLE:		Luz Stella Pineda Bustos	**DOCUMENTO ID**		1.026.260.474
ACTIVIDAD REALIZADA		**TEMAS TRATADOS**			
Inducción - Reinducción					
Charla de seguridad	X	Trabajo en condiciones de calor			
Capacitación y Entrenamiento en SST					
Reunión COPASST					
Reunión Comité Convivencia					
Capacitación especifica al cargo					
Otra					
OBJETIVO:	Dar a conocer al personal CONTRATO DE INTERVENTORIA No. CO1.PCCNTR. 1440646 medidas de prevención y control durante la ejecución de actividades en condiciones de calor				

N°	NOMBRE Y APELLIDO	ID	CARGO	FIRMA	HH
1	Nelson Rivera	19.465.978	Inspector		2
2	Juan Carlos Rincón	1.023.873.559	Residente Interventoría Señalización		2
3	Oscar Iván Salamanca	74.082.212	Residente Interventoría Señalización		2
4	Jeisson Javier Bermúdez Jara	1.073.164.894	Inspector		2
5	Anderson Fabian Cely Izaquita	102.456.324	Inspector		2
6	Diego Alejandro Ramírez Poveda	1.023.604.410	Inspector		2
7	Edwin Fernando Marroquín Bustos	80.250.114	Inspector		2
8	Elizabeth Pineda Bustos	1.043.450.451	SISO 2		2
9	John Eduard Aros Rodríguez	1.032.483.095	Ambiental		2
11	María Camila Gamba Ospina	1.019.079.604	Auxiliar de coordinación		2
12	Karla Garzón Zuñiga	1.032.423.173	Inspector		2
13	Yesid Stiven Torres Hernández	1.000.219.416	Inspector	Yesid Torres	2
14	Ivonne Milady Asprilla Reina	1.110.553.576	Inspector	Ivonne Milady A	2
15	Mabel Alejandra Olarte Velandia	1.000.001.825	Inspector		2
16	Duvan Arley Guanumen Castillo	1.023.966.874	Inspector	Duvan Guanumen	2
17	Fabian Estiwar López Vanegas	1.014.281.123	Inspector		2
18	Brayan Fernando Calderón Osma	1.010.208.109	Inspector		2
19	Daniel Felipe Ramírez Rodríguez	1.010.213.978	Inspector	Ramirez	2

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION (ROPA DE TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Bryan Fernando Calderon Osma			CEDULA No.	1010208109
FECHA:	30/03/2021	CARGO	Inspector	FECHA INGRESO:	30/03/2021

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	INGRESO	PERIODICOS	DETERIORO	PERDIDA	FECHA	DESCRIPCION EPP	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1	30/03					tapa bocas	1	
2	X					Gel antibacterial	1	
3	X					Alcohol	1	
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994; Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la IM GRAG SAS.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: Bryan Calderon 1010208109

6562

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION (ROPA DE TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Daniel Ramirez			CEDULA No.	1010213978
FECHA:	03-04-21	CARGO	Inspector	FECHA INGRESO:	01-04-21

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	INGRESO	PERIODICOS	DETERIORO	PERDIDA	FECHA	DESCRIPCION EPP	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1	1					Alcohol 70%.	1	D Ramirez
2	1					Antibacterial	1	D Ramirez
3	1					Tapabocas	1	D Ramirez.
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la IM GRAG SAS.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:	D. Ramirez
CEDULA No:	1010213978.

6563

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION (ROPA DE TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Ivonne Milody Adriana Reina			CEDULA No.	1.110.553.576
FECHA:		CARGO		FECHA INGRESO:	04.04.21

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	INGRESO	PERIODICOS	DETERIORO	PERDIDA	FECHA	DESCRIPCION EPP	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1	X					Alcohol	1	Ivonne Milody A.
2	X					Tapabocas	1	Ivonne Milody A.
3	X					gel antibacterial	1	Ivonne Milody A.
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la IM GRAG SAS.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:	Ivonne Milody A.
CEDULA No:	1.110.553.576

6564

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION (ROPA DE TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Yesid Steven Tolles Hernandez | CEDULA No. 1000294416.
FECHA: 27/04/2022 | CARGO: Inspector | FECHA INGRESO: /

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	INGRESO	PERIODICOS	DETERIORO	PERDIDA	FECHA	DESCRIPCION EPP	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1	X				27/04/2022	Gel Antibacterial	4	Yesid Tolles
2	X				27/04/2022	Alcohol	1	Yesid Tolles
3	X				27/04/2022	Rollo del Tapabocas	1	Yesid Tolles
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979, Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en fallas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la IM GRAG SAS.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Yesid Tolles.

CEDULA No: 1000294416

6565

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION (ROPA DE TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Fabián Estiwar López Vanegas			CEDULA No.	1014281123
FECHA:	09/04/2021	CARGO	Inspector.	FECHA INGRESO:	07/04/2021

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	INGRESO	PERIODICOS	DETERIORO	PERDIDA	FECHA	DESCRIPCION EPP	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1	X					Alcohol 70%	1	
2	X					Antibacterial	1	
3	X					Protocolo	1	
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO, Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979, Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la IM GRAG SAS.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 1014281123

6566

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION (ROPA DE TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Duvan Geronimo Castillo			CEDULA No.	1023966874
FECHA:	03-05-2021	CARGO	Inspector	FECHA INGRESO:	07-04-2021

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	INGRESO	PERIODICOS	DETERIORO	PERDIDA	FECHA	DESCRIPCION EPP	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1	X				07-04-21	Gel Antibacterial	1	
2	X				07-04-21	Alcohol Etilico	1	
3	X				07-04-21	Protocolo Bioseguridad	1	
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994; Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la IM GRAG SAS.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:	
CEDULA No:	

6567

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION (ROPA DE TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Karla Nathali Jocabet Garzón Zuñiga			CEDULA No.	1032423973
FECHA:	27-04-21	CARGO	Inspector de obra.	FECHA INGRESO:	05-04-21

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	INGRESO	PERIODICOS	DETERIORO	PERDIDA	FECHA	DESCRIPCION EPP	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1	X				27-04-21	Alcohol ETILICO	1	
2	X				27-04-21	Gel Antibacterial	1	
3	X				27-04-21	bioseguridad	1	
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la IM GRAG SAS.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:	
CEDULA No:	

6568

BosqueSciudad	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURA	Versión: 2 Fecha: 30/04/2019 Código: F-SST-35

Copia Controlada (X) Copia No controlada ( )

Resolución 1409 de 2012, Artículo 17. El permiso de trabajo en alturas es un mecanismo que mediante la verificación y control previo de todos los aspectos relacionados en la presente resolución, tiene como objeto prevenir la ocurrencia de accidentes durante la realización de trabajos en alturas. Este permiso de trabajo debe ser emitido para trabajos rutinarios definidos por el coordinador de trabajo en alturas para los efectos de la aplicación de la presente resolución y puede ser diligenciado, por el trabajador o por el empleador y debe ser revisado y verificado en el sitio de trabajo por el coordinador de trabajo en alturas. Cuando se trate de trabajos rutinarios, a cambio del permiso de trabajo en alturas, debe implementarse una lista de chequeo que será revisada y verificada en el sitio de trabajo por el coordinador de trabajo en alturas.

1. DATOS BASICOS DEL PERMISO DE TRABAJO EN ALTURA

Ciudad: Bogotá	Lugar de Trabajo: Colegio Alfonso Jaramillo	Proceso: Structura poda y tala.
Vigencia del Permiso: Semanal	Fecha de realización del Trabajo (dd/mm/aaaa): 07/04/2021 - 14/04/2021	Hora de inicio (a.m./p.m.): 8:00 am
Altura maxima aproximada a la cual se va a desarrollar la actividad: 15 metros		Hora de Finalización (a.m./p.m.): 17:00

Instructivo para diligenciamiento del permiso de trabajo: Los cuadros que se encuentran en blanco deben ser diligenciados según instrucciones del coordinador.
Se calificara cada uno de los criterios marcando con una X el cuadro correspondiente.

2. TAREA A REALIZAR

Tala:___ Poda:___ Rescates y traslado de vegetación epifitas y aviñanas:___ Jardines verticales:___ Cubiertas Verdes:___ Jardinería:___ Otros:___ Cual:_____

3. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Se realiza inspección de arboles a intervenir, Instalacion de equipos, ascenso por cuerdas o tala por caida libre, cierre, repique y limpieza

4. MEDIDAS DE PREVENCION

ITEM	Cumple	No Cumple	N/A	Observaciones
Afiliación al sistema de seguridad social integral vigente	X			
Certificado de aptitud médicaOcupacional con enfasis en Alturas	X			
Está el área de trabajo señalizada	X			
Está el área de trabajo demarcada	X			
Existe líneas de advertencia.	X			
Existen barandas en el area de trabajo			X	
El área de trabajo se encuentra sin huecos, desniveles u orificios.			X	
Existe un control de acceso.	X			
Charla acerca de los riesgos en el area de trabajo	X			
Se designo ayudante de seguridad para la actividad a realizar.	X			
El área de trabajo se encuentra con orden y aseo.	X			

5. MEDIDAS DE PROTECCION

ITEM	Cumple	No Cumple	N/A	Observaciones
El arnes esta certificado con una resistencia a la ruptura de 5000 libras y una capacidad de 140 Kg. Certificado.	X			
Los conectores (eslingas de protección contra caidas, restricción, posicionamiento y mosquetones) se encuentran certificados.	X			
Existe red o malla de seguridad en el area de trabajo.			X	
Las cuerdas de trabajo, se encuentran certificadas según la resolución 1409 / 2012.	X			
Los Zig Zag se encuentran certificados y son compatibles con las cuerdas de trabajo a utilizar.	X			

6. SISTEMAS DE ACCESO

ITEM	Cumple	No Cumple	N/A	Observaciones
Las cuerdas se encuentran en buen estado y son certificadas.	X			
Las escalera portatiles se encuentran en buen estado y son certificadas.			X	
El elevador de Personal o Grúa con canasta se encuentra en buen estado y es certificada.			X	
El andamio multidireccional cumple con los requerimientos de seguridad (plataformas, escaleras, baranda, rodapie y base fija) para realizar una tarea segura.			X	
Otro medio de acceso:				

Scanned with CamScanner

7. ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDOS				
ITEM	Cumple	No Cumple	N/A	Observaciones
Casco tipo 2 con barboquejo de 3 puntos.	X			
Mono gafas de seguridad.	X			
Guantes antideslizantes.	X			
Overol.	X			
Botas de seguridad.	X			
Pantalon anticorte.	X			
Requiere otros elementos de protección.				

8. PERSONAS AUTORIZADAS			
Cedula	Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
97476349	Isidoro Montiel Alfaro	Operario forestal o Peraro forestal	
11522421	Gregorio Ruiz		
Nombre y Cedula de la persona que autoriza (Emisor)		Firma	
Jair Hincapie			

El permiso de trabajo en alturas debe tener en cuenta las medidas para garantizar que se mantenga una distancia segura entre el trabajo y líneas o equipos eléctricos energizados y que se cuente con los elementos de protección necesarios, acordes con el nivel de riesgo (escaleras dieléctricas, parrillas, EPP dieléctrico, palo eléctrico, entre otros).

Scanned with CamScanner

Bosque	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURA	Versión: 2 Fecha: 22/01/2020 Código: F-SST-35

Copia Controlada (X) Copia No controlada ( )

Resolución 1409 de 2012, Artículo 17. El permiso de trabajo en alturas es un mecanismo que mediante la verificación y control previo de todos los aspectos relacionados en la presente resolución, tiene como objeto prevenir la ocurrencia de accidentes durante la realización de trabajos en alturas. Este permiso de trabajo debe ser emitido para trabajos ocasionales definidos por el coordinador de trabajo en alturas para los efectos de la aplicación de la presente resolución y puede ser diligenciado por el trabajador o por el empleador y debe ser revisado y verificado en el sitio de trabajo por el coordinador de trabajo en alturas. Cuando se trate de trabajos rutinarios, a cambio del permiso de trabajo en alturas, debe implementarse una lista de chequeo que será revisada y verificada en el sitio de trabajo por el coordinador de trabajo en alturas.

1. DATOS BASICOS DEL PERMISO DE TRABAJO EN ALTURA

Ciudad: Bogotá	Lugar de Trabajo: Colegio Francisco Jose de Caldas	Proceso: Silvicultura. Tala y Poda.	
Vigencia del Permiso: Semanal.	Fecha de realización del Trabajo (Semana): Del 12/04/2021	al 16/4/2021	
Altura maxima aproximada a la cual se va a desarrolar la actividad: 15 mts.	Hora de Inicio (a m /p m): 8:00 am	Hora de Finalización (a m /p m): 17:00	

Instructivo para diligenciamiento del permiso de trabajo: Los cuadros que se encuentran en blanco deben ser diligenciados según instrucciones del coordinador.
Se calificara cada uno de los criterios marcando con una X el cuadro correpondiente.

2. TAREA A REALIZAR

Tala: X Poda: X Rescates y traslado de vegetación epifitas y avifanas: ___ Jardines verticales: ___ Cubiertas Ver ?s: ___ Jardineria: ___ Otros: ___ Cual: ___

3. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Se realiza inspeccion de los arboles a intervenir, instalacion de los equipos, ascenso por cuerdas o tala por caida libre, desrrama, rapiga y limpieza.

4. MEDIDAS DE PREVENCION

ITEM	Cumple	No Cumple	N/A	Observaciones
Afiliación al sistema de seguridad social integral vigente	X			
Certificado de aptitud médicaOcupacional con enfasis en Alturas	X			
Está el área de trabajo señalizada	X			
Está el área de trabajo demarcada	X			
Existe lineas de advertencia.	X			
Existen barandas en el area de trabajo			X	
El área de trabajo se encuentra sin huecos, desniveles u orificios.			X	
Existe un control de acceso.	X			
Charla acerca de los riesgos en el area de trabajo	X			
Se designo ayudante de seguridad para la actividad a realizar.	X			
El área de trabajo se encuentra con orden y aseo.	X			

5. MEDIDAS DE PROTECCION

ITEM	Cumple	No Cumple	N/A	Observaciones
El arnes esta certificado con una resistencia a la ruptura de 5000 libras y una capacidad de 140 Kg. Certificado.	X			
Los conectores (eslingas de protección contra caídas, restricción, posicionamiento y mosquetones) se encuentran certificados.	X			
Existe red o malla de seguridad en el area de trabajo.			X	
Las cuerdas de trabajo, se encuentran certificadas según la resolución 1409 / 2012.	X			
Los Prusik meta[illegible]zzag) se encuentran certificados y son compatibles con las cuerdas de trabajo a utilizar.	X			

6. SISTEMAS DE ACCESO

ITEM	Cumple	No Cumple	N/A	Observaciones

Scanned with CamScanner

Las cuerdas se encuentran en buen estado y son certificadas.	X			
Las escalera portatiles se encuentran en buen estado y son certificadas.			X	
El elevador de Personal o Grúa con canasta se encuentra en buen estado y es certificada.			X	
El andamio multidireccional cumple con los requerimientos de seguridad (plataformas, escaleras, baranda, rodapie y base fija) para realizar una tarea segura.			X	
Otro medio de acceso:				

7. ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDOS

ITEM	Cumple	No Cumple	N/A	Observaciones
Casco tipo 2 con barboquejo de 3 puntos.	X			
Mono gafas de seguridad.	X			
Guantes antideslizantes.	X			
Overol.	X			
Botas de seguridad.	X			
Pantalon anticorte.	X			
Requiere otros elementos de protección.			X	

8. PERSONAS AUTORIZADAS

Cedula	Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
80144003	Halvar Padraza.	Operario Forestal.	
1152711	Gregorio Ruiz	operario forestal.	

Nombre y Cedula de la persona que autoriza (Emisor): Jair Hincapie D. Firma:

El permiso de trabajo en alturas debe tener en cuenta las medidas para garantizar que se mantenga una distancia segura entre el trabajo y líneas o equipos eléctricos energizados y que se cuente con los elementos de protección necesarios, acordes con el nivel de riesgo (escaleras dieléctricas, parrillas, EPP dieléctrico, arco eléctrico, entre otros.)

Scanned with CamScanner 6572

Bosque Ciudad	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURA	Versión:2 Fecha: 30/04/2019 Código: F-SST-35

Copia Controlada (X) Copia No controlada ( )

Resolución 1409 de 2012, Artículo 17 "El permiso de trabajo en alturas es un mecanismo que mediante la verificación y control previo de todas las acciones contempladas en la presente resolución, busca como objeto prevenir la ocurrencia de accidentes durante la realización de trabajos en alturas. Este permiso de trabajo debe ser emitido para trabajos ejecutados dentro del año por el coordinador de trabajo en alturas para los efectos de la aplicación de la presente resolución y puede ser diligenciado por el trabajador o por el empleador y debe ser revisado y verificado en el sitio de trabajo por el coordinador de trabajo en alturas. Cuando se trate de trabajo rutinarios, a nombre del permiso de trabajo en alturas, debe implementarse una lista de chequeo que será revisada y verificada en el sitio de trabajo por el coordinador de trabajo en alturas.

1. DATOS BASICOS DEL PERMISO DE TRABAJO EN ALTURA

Ciudad: Bogotá	Lugar de Trabajo: Colegio Veinte de Julio	Proceso: Silvicultura Tala y Poda
Vigencia del Permiso: Semanal	Fecha de realización del Trabajo (dd/mm/aaaa): 07/04/2021 - 14/04/2021	Hora de Inicio (a.m./p.m.): 7:00am
Altura maxima aproximada a la cual se va a desarrollar la actividad: 15mts		Hora de Finalización (a.m./p.m.): 12:00pm

Instructivo para diligenciamiento del permiso de trabajo: Los cuadros que se encuentran en blanco deben ser diligenciados según instrucciones del coordinador.
Se calificara cada uno de los criterios marcando con una X el cuadro correspondiente.

2. TAREA A REALIZAR

Tala: X Poda: X Rescates y traslado de vegetación epifitas y aviferas: ___ Jardines verticales: ___ Cubiertas Verdes: ___ Jardinería: ___ Otros: ___ Cual: _____

3. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Se realiza inspeccion de arboles a intervenir, instalacion de equipos, acenso por cuerdas o tala por caida libre, desrame, reparque y limpieza.

4. MEDIDAS DE PREVENCION

ITEM	Cumple	No Cumple	N/A	Observaciones
Afiliación al sistema de seguridad social integral vigente	X			
Certificado de aptitud médicaOcupacional con enfasis en Alturas	X			
Está el área de trabajo señalizada	X			
Está el área de trabajo demarcada	X			
Existe líneas de advertencia.	X			
Existen barandas en el area de trabajo			X	
El área de trabajo se encuentra sin huecos, desniveles u orificios.			X	
Existe un control de acceso.	X			
Charla acerca de los riesgos en el area de trabajo	X			
Se designo ayudante de seguridad para la actividad a realizar.	X			
El área de trabajo se encuentra con orden y aseo.	X			

5. MEDIDAS DE PROTECCION

ITEM	Cumple	No Cumple	N/A	Observaciones
El arnes esta certificado con una resistencia a la ruptura de 5000 libras y una capacidad de 140 Kg. Certificado.	X			
Los conectores (eslingas de protección contra caídas, restricción, posicionamiento y mosquetones) se encuentran certificados.	X			
Existe red o malla de seguridad en el area de trabajo.			X	
Las cuerdas de trabajo, se encuentran certificadas según la resolución 1409 / 2012.	X			
Los Zig Zag se encuentran certificados y son compatibles con las cuerdas de trabajo a utilizar.	X			

6. SISTEMAS DE ACCESO

ITEM	Cumple	No Cumple	N/A	Observaciones
Las cuerdas se encuentran en buen estado y son certificadas.	X			
Las escalera portatiles se encuentran en buen estado y son certificadas.			X	
El elevador de Personal o Grúa con canasta se encuentra en buen estado y es certificada.			X	
El andamio multidireccional cumple con los requerimientos de seguridad (plataformas, escaleras, baranda, rodapie y base fija) para realizar una tarea segura.			X	
Otro medio de acceso:				

Scanned with CamScanner 6573

7. ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDOS				
ITEM	Cumple	No Cumple	N/A	Observaciones
Casco tipo 2 con barboquejo de 3 puntos.	ϕ			
Mono gafas de seguridad.	ϕ			
Guantes antideslizantes.	ϕ			
Overol.	ϕ			
Botas de seguridad.	ϕ			
Pantalon anticorte.	ϕ			
Requiere otros elementos de protección.				

8. PERSONAS AUTORIZADAS			
Cedula	Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
92426349	Isidoro Montel Paredes	Operario forestal	
11522421	Gregorio Pinzon	Operario forestal	
Nombre y Cedula de la persona que autoriza (Emisor)		Firma	
Jair Hincapie			

El permiso de trabajo en alturas debe tener en cuenta las medidas para garantizar que se mantenga una distancia segura entre el trabajo y líneas o equipos eléctricos energizados y que se cuente con los elementos de protección necesarios, acordes con el nivel de riesgo (escaleras dieléctricas, pardillas, EPP dieléctrico, arco eléctrico, entre otros.)

Scanned with CamScanner 6574

Bosque ciudad	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURA	Versión:2 Fecha: 22/01/2020 Código: F-SST-35

Copia Controlada (X) Copia No controlada ( )

Resolución 1409 de 2012, Artículo 17. El permiso de trabajo en alturas es un mecanismo que mediante la verificación y control previo de todos los aspectos relacionados en la presente resolución, tiene como objeto prevenir la ocurrencia de accidentes durante la realización de trabajos en alturas. Este permiso de trabajo debe ser emitido para trabajos ocasionales definidos por el coordinador de trabajo en alturas para los efectos de la aplicación de la presente resolución y puede ser diligenciado, por el trabajador o por el empleador y debe ser revisado y verificado en el sitio de trabajo por el coordinador de trabajo en alturas. Cuando se trate de trabajos rutinarios, a cambio del permiso de trabajo en alturas, debe implementarse una lista de chequeo que será revisada y verificada en el sitio de trabajo por el coordinador de trabajo en alturas

1. DATOS BASICOS DEL PERMISO DE TRABAJO EN ALTURA

Ciudad: Bogotá	Lugar de Trabajo: Bogotá	Proceso: Tala de arboles y Poda
Vigencia del Permiso: Semanal	Fecha de realización del Trabajo (Semana): Del 11. Marzo 2021 al 18 Marzo 12021	
Altura maxima aproximada a la cual se va a desarrollar la actividad:	Hora de Inicio (a.m./p.m.): 7:00am	Hora de Finalización (a.m./p.m.): 5:00 pm

Instructivo para diligenciamiento del permiso de trabajo: Los cuadros que se encuentran en blanco deben ser diligenciados según instrucciones del coordinador.
Se calificara cada uno de los criterios marcando con una X el cuadro correpondiente.

2. TAREA A REALIZAR

Tala: X Poda: X Rescates y traslado de vegetación epifitas y avifanas: ___ Jardines verticales: ___ Cubiertas Verdes: ___ Jardinería: ___ Otros: ___ Cual: _____

3. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Se realiza inspeccion de arboles a intervenir, Instalacion de equipos. Ascenso por cuerdas y caida libres, desrrame, repique y limpieza.

4. MEDIDAS DE PREVENCION

ITEM	Cumple	No Cumple	N/A	Observaciones
Afiliación al sistema de seguridad social integral vigente	X			
Certificado de aptitud médicaOcupacional con enfasis en Alturas	X			
Está el área de trabajo señalizada	X			
Está el área de trabajo demarcada	X			
Existe líneas de advertencia.	X			
Existen barandas en el area de trabajo		X		
El área de trabajo se encuentra sin huecos, desniveles u orificios.		X		
Existe un control de acceso.	X			
Charla acerca de los riesgos en el area de trabajo	X			
Se designo ayudante de seguridad para la actividad a realizar.	X			
El área de trabajo se encuentra con orden y aseo.	X			

5. MEDIDAS DE PROTECCION

ITEM	Cumple	No Cumple	N/A	Observaciones
El arnes esta certificado con una resistencia a la ruptura de 5000 libras y una capacidad de 140 Kg. Certificado.	X			
Los conectores (eslingas de protección contra caídas, restricción, posicionamiento y mosquetones) se encuentran certificados.	X			
Existe red o malla de seguridad en el area de trabajo.	X			
Las cuerdas de trabajo, se encuentran certificadas según la resolución 1409 / 2012.	X			
Los Prusik metálicos (zigzag) se encuentran certificados y son compatibles con las cuerdas de trabajo a utilizar.	X			

6. SISTEMAS DE ACCESO

ITEM	Cumple	No Cumple	N/A	Observaciones
Las cuerdas se encuentran en buen estado y son certificadas.	X			
Las escalera portatiles se encuentran en buen estado y son certificadas.	X			
El elevador de Personal o Grúa con canasta se encuentra en buen estado y es certificada.	X			

El andamio multidireccional cumple con los requerimientos de seguridad (plataformas, escaleras, baranda, rodapie y base fija) para realizar una tarea segura.	X			
Otro medio de acceso:				

7. ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDOS				
ITEM	Cumple	No Cumple	N/A	Observaciones
Casco tipo 2 con barboquejo de 3 puntos.	Y			
Mono gafas de seguridad.	Y			
Guantes antideslizantes.	Y			
Overol.	Y			
Botas de seguridad.	Y			
Pantalon anticorte.	Y			
Requiere otros elementos de protección.	Y			

8. PERSONAS AUTORIZADAS			
Cedula	Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
97 426 349	Isidoro Montes P.	Operario forestal	
11 522 421	Eneyono Diaz	Operario forestal	
Nombre y Cedula de la persona que autoriza (Emisor)		Firma	

El permiso de trabajo en alturas debe tener en cuenta las medidas para garantizar que se mantenga una distancia segura entre el trabajo y líneas o equipos eléctricos energizados y que se cuente con los elementos de protección necesarios, acordes con el nivel de riesgo (escaleras dieléctricas, pantallas, EPP dieléctrico, arco eléctrico, entre otros.)

6576

Ingeniería & Proyectos S.A.S	**HOJA DE VIDA DE EQUIPOS**	**CÓDIGO:**	SST-FR-055
		VERSIÓN:	1
		FECHA EMISIÓN:	10/11/2020
		PÁGINA:	1 de 1

EMPRESA CONTRATISTA	CONSTRUSOCIAL S.A.S

MODELO	Honda GX 160
FECHA ELABORACIÓN FICHA	15 de Abril 2021
EMPRESA FABRICANTE	Honda Motors
COMBUSTIBLE	Gasolina
VOLTAJE	AC 120 - 240 V
CILINDRAJE	163 CC
FASE	Monocilindrico OHV 4T
FICHA TÉCNICA	SI (MOTOR)

REGISTRO FOTOGRÁFICO



ADVERTENCIAS	1. Fuego durante la operación - El generador puede producir chispas	3. El alto voltaje y la corriente producida de este generador puede causar muerte.
	2. Las partes móviles pueden causar lesiones	5. La operación del generador puede producir calor
PELIGRO	**HUMOS:** El humo del exhosto del motor contiene monóxido de carbono el cual es inodoro, incoloro y venenoso. La operación del equipo en recintos cerrados podría causar muerte. Está prohibido el uso del generador en edicios o cualquier otro recinto cerrado, incluso si las puertas y ventanas se encuentran abiertas. El motor debe estar ubicado en un área con ventilación adecuada. Por favor estudie cuidadosamente la dirección de flujo de aire.	
	FUEGO O EXPLOSIÓN - La gasolina es inamable y explosiva. Incendio o explosión causará graves quemaduras o muerte. Cuando use el generador, manténgalo lejos de combustibles. Es prohibido operar el generador en caso de que se presente alguna fuga de combustible.	

NECESIDADES DE MANTENIMIENTO O CAMBIO DE PARTES

		Antes de cada uso	Después de 10H o del primer mes	Después de 30H o de 3 meses	Después de 50H o de 6 meses	Después de 100H o cada año
Aceite del motor	Revisar	X				
	Reemplazar		X	X	X	
Filtro de aire	Revisar	X				
	Limpiar			X *		
Bujía	Calibrar				X	
	Reemplazar					X
Ralentí Automático	Calibrar					X ◊
Holgura de válvula	Calibrar					X ◊
Canister de carbón	Revisar	Cada 2 años ◊				
Tubería de combustible de baja permeabilidad	Revisar	Cada 2 años ◊				
Tubería de combustible	Revisar	Cada 2 años ◊				

OBSERVACIONES

El usuario es responsable de oportuno mantenimiento del generador. Antes de operar el equipo, por favor corrija los problemas existentes. Revise los consejos de inspección y mantenimiento explicados en el manual.

Antes de realizar el mantenimiento, apague el generador, desconecte todas las cargas eléctricas y baterías (si las contiene), y deje enfriar completamente el generador. Realice el mantenimiento en un recinto limpio, seco y en una super cie plana para que las ruedas del generador se encuentren frenadas y prevenir movimiento inesperado en el generador.

DESCRIPCIÓN DE LOS MANTENIMIENTOS REALIZADOS

MANTENIMIENTO	REALIZADO POR	FECHA	OBSERVACIONES

6577

HONDA

LÍNEA DE MOTORES



MOTOR ESTACIONARIO
GX 160 SX

Potencia Neta	Cilindrada	Torque
4.8	163	1.05
HP	Cm3	Kg

Motor estacionario de 5.5 HP, con sistema OHV (válvulas a la cabeza), de eje horizontal con arranque manual y alerta de aceite que hace detener el equipo en caso de bajo nivel de aceite.

MOTOR	
TIPO DE MOTOR	MONOCILÍNDRICO OHV 4 T.
REFRIGERADO	POR AIRE
CILINDRADA	163 CM3
POTENCIA NETA	4,8 HP (3,6 KW) A 3600 RPM
POT. NETA. USO CONT.	3,9 HP (2,9 KW) A 3600 RPM
REL. DE COMPRES.	9,0:1
TORQUE	1,05 KG (10,3 NM) A 2500 RPM
ENCENDIDO	TRANSISTORIZADO
ARRANQUE	MANUAL

OTRAS ESPECIFICACIONES	
CAP. DE COMBUST.	3,1 LTS.
CONS. ESP. DE COMBS.	1,4 LTS. / HS A 3600 RPM
CAP. DE ACEITE	0,6 LTS
FILTRO DE AIRE	DOBLE

DIMENSIONES	
ANCHO	362 MM
LARGO	312 MM
ALTO	346 MM
PESO EN SECO	15 KG

6578

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 10304300		FERNANDEZ FLOREZ DIEGO ALEJANDRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRANSVERSAL 22a No 53c - 49	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7353857	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-04	2021-04	9211312274379064	9419639455	I	2021/05/04	2021/05/11	BANCO DE OCCIDENTE		$456,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	10304300	FERNANDEZ DIEGO	230301	30	$1,600,000	$256,000	EPS005	30	$1,600,000	$200,000		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$256,000	$0	$256,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$256,000	$0	$256,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$200,000	$0	$200,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$200,000	$0	$200,000
TOTAL				1	$456,000	$0	$456,000

2021/05/11 10:30 AM

6579

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013628995		FERNANDEZFLOREZORLANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 84A NO 145- 95		3005296620	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-04	2021-04	197563896	369826975	I	2021/05/09	2021/05/05	BANCOLOMBIA	0	$322,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1013628995	FERNANDEZ ORLANDO	230301	30	$908,526	$145,400	EPS005	30	$908,526	$113,600		0	$0	$0	14-23	30	$908,526	$63,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908.526	$63,400		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,400	$0	$0	$145,400
PORVENIR 230301 800,224,808			8	1	$145,400	$0	$0	$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$ 63,400	$0	$0	$63,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$ 63,400	$0	$0	$63,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$0	$113,600
SANITAS EPS005		800,251,440	6	1	$113,600	$0	$0	$113,3600
TOTAL				1	$322,400	$0	$0	$322,400

2021/05/05 10:56 AM

6580

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023918863		CORCHUELO MORA ANA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 36a No, 15a 34	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3208208361	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-03	2021-03	138987635	1239835472	I	2021/04/10	2021/04/09	BANCOLOMBIA	0	$321,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1023918863	CORCHUELO ANA	230201	30	$908,526	$145,400	EPS005	30	$908,526	$112,400		0	$0	$0	14-23	30	$908,526	$63,300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$908,526	$145,400			$908,526	$112,400			$0	$0			$908,526	$63,300		$0	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,400	$0	$0	$145,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$145,400	$0	$0	$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$63,300	$0	$0	$63,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$63,300	$0	$0	$63,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$112,400	$0	$0	$112,400
SANITAS	EPS005	830,003,564	7	1	$112,400	$0	$0	$112,400
TOTAL				1	$321,100	$0	$0	$321,100

2021/04/09 04:15 PM

6581

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Occidente

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1233498710
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JESSICA DANIELA TAVERA REYES
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 8 C#87B-76	TELÉFONO:	4322279
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de otras obras de ingeniería civil.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7779985600	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo	AÑO 2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo	AÑO 2021
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2021/03/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			924242285

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 160.000	$ 0	$ 160.000
SUBTOTALES:										$ 160.000	$ 0	$ 160.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
PS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 125.000
SUBTOTALES:													$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 125.000

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES							
																										PENSIÓN						SALUD						ARP										CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	EXONERADA REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
CC	1233498710	TAVERA REYES JESSICA DANIELA	INDEPEND		$ 1.000.000				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.000.000	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 160.000	PS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.000.000	$ 125.000	$ 0	$ 125.000			$ 0		$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 285.000

Planilla Pagada
Planilla Pagada

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1000830642		CUAN LOPEZ BRANDON SANTIAGO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 57 No 03-04 ESTE	BOGOTA DC	3132812084	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-04	2021-04	984720900	9846026759	I	2021/05/15	2021/05/15	BANCO CAJA SOCIAL	0	$322,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	1000830642	CUAN BRANDON	230201	30	$908,526	$145,400	EPS010	30	$908,526	$113,600		0	$0	$0	14-23	30	$908,526	$63,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908.526	$63,400		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,400	$0	$0	$145,400
8 PROTECCION 230201 900,379,759				1	$145,400	$0	$0	$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$ 63,400	$0	$0	$63,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$ 63,400	$0	$0	$63,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$0	$113,600
SURA EPS	EPS010	800,088,702	2	1	$113,600	$0	$0	$113,3600
TOTAL				1	$322,400	$0	$0	$322,400

2021/05/15 03:38 PM

6583

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 819002537	3	CONSTRUSOCIAL SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CR 1 C 22 58 BG P 8	SANTA MARTA	4231714	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-04	2021-04	986743276	974027489	Y	2021/05/09	2021/05/09	BANCO DE OCCIDENTE	0	$208,80

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	Ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (3 Afiliados)																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$3,000,000	$208,800		$0	$0		$208,800
Centro de Trabajo: Principal (3 Afiliados)																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$3,000,000	$208,800		$0	$0		$208,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (3 Afiliados)																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$3,000,000	$208,800		$0	$0		$208,800
1	CC	10304300	FERNANDEZ DIEGO																		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-25	30	$1,000,000	$69,600	0	$0	$0	No	$69,600
2	CE	685755	RAMIREZ NEIRO																		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-25	30	$1,000,000	$69,600		$0	$0	No	$69,600
3	CC	1233498710	TAVERA JESSICA																		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-25	30	$1,000,000	$69,600	0	$0	$0	No	$69,600
Total			**Afiliados(3)**																			$0	$0			$0	$0			$0	$0			$3,000,000	$208,800		$0	$0		$208,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 819002537	3	CONSTRUSOCIAL SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CR 1 C 22 58 BG P 8	SANTA MARTA	4231714	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor2021-04
2021-04	2021-04	986743276	974027489	Y	2021/05/09	2021/05/09	BANCO DE OCCIDENTE	0	$28,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$208,800	$0	$0	$208,800
ARL COLMENA RIESGO PROFESIONALES	14-25	800,226,175	3	3	$208,800	$0	$0	$208,800
TOTAL				3	$208,800	$0	$0	$208,800

2021/18/05 11:58 AM

6584



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.094.839.080
DE PABLOS ORTIZ

APELLIDOS
DANIEL ALEXIS

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 16-JUN-2000
TACHIRA-LIBERTAD
VENEZUELA
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

16-DIC-2019 PUERTO SANTANDER
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

6585

Clinisur IPS Ltda. Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000263818

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: BOSQUE & CIUDAD SAS FECHA 31/03/2021 10:26:42

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: DANIEL ALEXIS DEPABLOS ORTIZ **C.C** 1094839080

EDAD 20 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AUXILIAR DE PISO



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑ NO ☐
Visiometría	☑	Glic ☑ Col ☑ Trigli ☑ Otros ☐	
Optometría	☐	**¿Cuáles?**	
Audiometría	☑		
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☑	☐
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
CONTROL MEDICO RUTINA EPS
USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR/
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
OBSERVACIONES : NO MANIFIESTA SIGNOS NI SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SARS-COV2)//NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 2020

EXÁMENES DE EGRESO
Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

Daniel A. Depablos O

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Dra. Deyanira Mosquera G.
Esp. Salud Ocupacional
C.C. 53.015.470

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CALLE 27 SUR No 19-07 PBX.:2784705 FAX.:2392301Fax
E-mail: clinisurips@clinisurips.com - https://www.clinisurips.com

6586

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9007497755

9007497755

No. de Radicación: 21297989

Fecha de Radicación: 05 | 04 | 2021

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [X]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [X]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]	
B. Reporte de Novedades [ ]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [ ]	
	B. Colectiva [ ]		C. Beneficiario [ ]	C. Pensionado [ ]	
	C. Institucional [ ]				
	D. De oficio [ ]				

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: DEPABLOS	Segundo Apellido: ORTIZ	Primer Nombre: DANIEL	Segundo Nombre: ALEXIS

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1094839080	Femenino [ ] Masculino [X]	16 | 06 | 200

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de cesantías y AFC	16. Administradora de pensiones
0	Tipo [ ] Condición [ ]	0		SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A	PORVENIR

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia				
$908.526	Dirección: CALLE 25 # 2-17		Teléfono:	Departamento: NT	Teléfono celular:
Correo electrónico:	Municipio: BOGOTA	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad / Comuna:		CUNDINAMARCA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
BOSQUE Y CIUDAD SAS	NT	900740295	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio	Departamento
AV CRA 2 # 10-30	8758345	INFO@BOSQUEYCIUDAD.	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha novedad (D D M M A A A A)
		Femenino [ ] Masculino [ ]		05 | 04 | 2021

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado: Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
NINGUNA		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.	X
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.	X
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.	X
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.	X
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.	X

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: [ ] Total [ ]

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación (D D M M A A A A)	69. Fecha de validación (D D M M A A A A)

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

71. Firma del funcionario

VIGILADO Supersalud

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

POSTOCO S.A. NIT 830.113.831-9 TEL. (1)324 20 30

07/2016

6587

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9007497755

9007497755

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

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

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la EPS FAMISANAR S.A.S en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en ***www.famisanar.com.co***, todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Así mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar; y, a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 9° Decreto 1377 de 2013).

"Datos sensibles: *Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos." (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013).*

Firma del afiliado:

Daniel Deplablo

Nombres y Apellidos DANIEL ALEXIS DEPABLOS ORTIZ

Identificación: CC 1094839080

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

De acuerdo a lo definido en el artículo 4° de la Ley 1805, manifiesto a continuación que mi voluntad de ser donante de órganos y tejidos es:

SI ☐ **NO** ☒ X

Firma del afiliado:

Daniel Deplablo

Nombres y Apellidos DANIEL ALEXIS DEPABLOS ORTIZ

Identificación: CC 1094839080

"ARTÍCULO 15. Los menores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos, siempre y cando sus representantes legales expresen su consentimiento informado para la donación de órganos y/o tejidos dentro de las (8) horas siguientes a la concurrencia de la muerte cerebral. El médico responsable deberá informarles sus derechos y los beneficios de la donación.

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) _____ identificado (a) con el documento _____ No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el (la) señor(a) _____ quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impuesta pertenece al señor (a) _____

_____

Firmante a Ruego:

_____

Nombres y Apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de Domicilio: _____

Nombres y Apellidos de quien no sabe o no puede firmar: _____

Huella

6588

ARL | sura

Medellín, 04 de abril 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 BOSQUE & CIUDAD SAS que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000007Arboricultura	Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C1094839080	DEPABLOS ORTIZ DANIEL ALEXIS	05/04/2021		13363239	DEPENDIENTE

null

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 04/04/2021 12:08:22 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.87.184.81, 198.143.41.19, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

6589

Clinisur IPS Ltda. Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000265144

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: BOSQUE & CIUDAD SAS FECHA 09/04/2021 11:35:23

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: DANNY JAVIER ALMECIGA PAEZ **C.C** 80083070

EDAD 41 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OPERARIO



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑	NO ☐			
Visiometría	☑	Glic ☑	Col ☑	Trigli ☑	Otros ☐		
Optometría	☐	**¿Cuáles?**					
Audiometría	☑						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑

LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☑	☐
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

USO DE MEDIAS ANTIVARICE/ CONTROL POR NUTRICION EPS/
CONTROLES DE SALUD MEDICO EPS /USO DE EPP/REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS
NO MANIFIESTA SIGNOS NI SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SARS-COV2)//NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 2020

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Captura biométrica

Anderson Y. Gómez Ávila
Medico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Resolución No 4451 - 2016

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CALLE 27 SUR No 19-07 PBX.:2784705 FAX.:2392301Fax
E-mail: clinisurips@clinisurips.com - https://www.clinisurips.com

6590

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9007565634

9007565634

No. de Radicación: 21432458

Fecha de Radicación: 12 04 2021

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [X]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [X]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]	
B. Reporte de Novedades [ ]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [ ]	
	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]		C. Beneficiario [ ]	C. Pensionado [ ]	

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

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
ALMECIGA	PAEZ	DANNY	JAVIER

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	800083070	Femenino [ ] Masculino [X]	21 07 1979

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad (Tipo F N M / Condición T P)	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
0		0		SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A	COLFONDOS

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$908.526	CALLE 4#3-36		8758345	3123525160
dannyjavier28@hotmail.com	LA CALERA	Zona Urbana [X] Rural [ ]	Localidad / Comuna	CUNDINAMARCA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	CAFAM	
B		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
BOSQUE Y CIUDAD SAS	NT	900740295	

39. Ubicación					
CR 113C 143A 20 BL 17 APTO	6896663	INFO@BOSQUEYCIUDAD.	BOGOTA (Municipio / Distrito)	DISTRITO CAPITAL (Departamento)	

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	12 04 2021

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
NINGUNA		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.	X
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.	X
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.	X
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.	X
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.	X

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, agente de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
Danny Almeciga	Bosque y Ciudad NIT 900740295-5

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: [ ] Total [ ]

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
					D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

71. Firma del funcionario

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

Versión Supersalud

PANTONE S.A. NIT 800.153.432-1 TEL. (1)234 89 89
07/2016

6591

#„ iasan r

NIT 830.003.564-7

9007565634

9007565634

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

	SI	HO
gPrevio al diligsnciamiento del formulario de afiliacion, la EPS le hizo sntrega de la Carta de Derechos y daberes dsJ Afiliado y del Pacisnte?	☒	☐
¿Prsvio al diligenciamiento del formulario de afiliacion, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño dande se presanta da manera clara Gu puesto en el ranking?	X	
¿Leyé el contenido dB la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	☒	☐
¿Leyo elcontenidode la Carta de Desempeñode la EPS?	X	
psi tuvo alguna duda sobre el contenido de Is informacion fue asesorado adecuadamente por la EPS?	☒	☐
gAutoriza a EPS Famisanar S.A.S al envio de la carta de derechos y deberes y la carta da desempeño al correo electrénico?	☐	☒

AUTORIZACI NPREVIA PARA EL TRAYAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

En mi caJidad de cotizante, manifiesto de manera clara, exprosa, libre, inequivoca y espontanea g•ei e otorgo a lg EPS FAMISANAR S.A.S en su cal id ad de RES PONSABLE del trata miento de mis datas personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, Circular, suprimir, reportar y en general para tratar fOs DATOS PERSONALES , DATOS PERSONALES SE NS IBLES y demás informacion susceptible de tratamiento, registrada a mi nombre *y/o* de los beneficiaries de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las ac\ividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLITICS DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIIN y AVISO DE PRIVACIDAD dispanibles en *www.famisanar.com.cc*, todo la cual confarme lo establecido en la Ley Estatutaria 15B1 de 2012 y demás normas que la sustituyan. adicionen, reglamenten, complemented a modifiquen.

Asi mismo manifesto g•e mis derechos como titular de los datas son los consagrados en la Constitucion Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocef, actualizar, rectificar; y, a suprimir mi informacion personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datas personales cuando elio fuera procedente (articulo 9' DecretD 1377 de 2013).

"Datas sensibles: Se entienda par datas Sensibles aq ie/low *que afactan la inlimidad del Ti'tular a cuyo uso i'*ndedido *Puede general su* fa/es como agve//oS que reue/en *el* or/gen /acia/ *a* étnico, *la* oñen/ac/dn *politica, las convicci"ones raligiosas* afi"/osdficas, *la pertenencia a* sIndicalos, *organizaciones soci"ales, de derechos humanas a que promueva* /ntereses *de cualquier partido palilico a que* garant/cen *los derechos* y garanf/as *de partidos politi'cos de* oposici'ân, *asi como los datas* re/afrvos a la *salud, a la vida sexual, y los datas* biomátricos. *"(Numeral 3" articulo 3° Decreto 1377 de 2013).*

Firma del afiliado:

Danny Almociga

Nombres y Apellidos DANNY JAVIER ALMECIGA PAEZ
Identificacién: CC 80083070

AUTORIZACION DONACION DE ORGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

De acuerdo a lo definido en el articuio 4° de la Ley 1805, manifiesto a continuacidn que mi voluntad de ser donante de organos y tejidos es:

SI HO X

Firma del afiliado:

Danny Almociga

Nombres y Apellldos DANNY JAVIER ALMECIGA PAEZ
Iderrtificacidn: CC 80083070

"ARTICULO 15. Los rnenores de edad podrán ser donantes de organos y tejidas, siempre y cando sus representantas legates expresen su cons8nlimiento informado para la donaciân de 6rganos y/o tejidos dentro de las (8) horas siguientes a la concurrencia d8 la muerte cerebral. El médico responsable debera informarles sus derechos y los beneficios de la donation.

FIRMAA RUEGO

A ruego del señor (a)_____ identificado (a) con el documento No. quien manifiesta no poder a no saber firmar, la hace en su nombre el (la) senor(a)_____ quien es mayor de edad y sin ningén impedimento para dar le de la informacion que estâ recibiendo.

Como testigo, da le de todo la anterior y certifica que la hualla aqui impuesta pertenece al señor (a) _____

Firmante a Ruego:

Nombres y ApeilidDS:_____
IdentifiGdCIOi"It_____
Edad: _____
Direction de Domicilia:_____

Nombres y Apellidos
de quien nDsabe a _____
no puede firmar: _____

6512