ACTA No.3
INFORME SST Y COVID 19

Tomo No.1 de 3

"CONSERVACIÓN, MANTENIMIENTO Y REHABILITACIÓN DE LAS VÍAS A CARGO DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA EN LA SUBREGIÓN ORIENTE".

CONSORCIO VIAL SCS ORIENTE

CONTRATO DE OBRA Nº. 4600010855 DE 2020

INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, AMBIENTAL, FINANCIERA Y LEGAL PARA LA CONSERVACIÓN, MANTENIMIENTO Y REHABILITACIÓN DE LAS VÍAS A CARGO DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA EN LA SUBREGIÓN ORIENTE, DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA.

SERVICIOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA
CONSTRUCCIONES INGEVAL S.A.S

CONTRATO DE INTERVENTORÍA Nº. 4600010852 de 2020

ARCHIVO SIF
2021 NOV 18 8:48:45

PERIODO: DICIEMBRE 2020

INGEVAL S.A.S
Calle 38 N° 32 – 41 Edificio Parque Santander -
E-mail: info@ingevalsas.com.co
Villavicencio - Meta

|||INTERVENTORÍA SERVICIOS DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA CONSTRUCCIONES INGEVAL S.A.S



INFORME Nº 3
CONTRATO DE INTERVENTORÍA No. 46000010852 DE 2020

Objeto del contrato: INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, AMBIENTAL, FINANCIERA Y LEGAL PARA LA CONSERVACIÓN, MANTENIMIENTO Y REHABILITACIÓN DE LAS VÍAS A CARGO DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA EN LA SUBREGIÓN ORIENTE

DICIEMBRE
2020

INFORME MENSUAL SST No 3

INFORME MENSUAL SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO MENSUAL DE INTERVENTORÍA

(Periodo 01 diciembre al 30 de diciembre de 2020)

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA – SECRETARIA DE INFRAESTRUCTURA FÍSICA
Entidad Contratante

CONSORCIO VIAL SCS ORIENTE
Contratista de Obra

CONSERVACIÓN, MANTENIMIENTO Y REHABILITACIÓN DE LAS VÍAS A CARGO DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA EN LA SUBREGIÓN ORIENTE
Objeto Contrato de Obra

4600010855 DE 2020
N° de Contrato de Obra

SERVICIOS DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA CONSTRUCCIONES INGEVAL S.A.S
Interventoria

46000010852 de 2020

Firma:	Firma:	Firma:
DIANA MARISOL TORO CERÓN Residente SST	**YASSHIR YAYA GARZÓN** Director(a) de Interventoría	**ALCIDES DIAZ** Supervisor SST SIF
Elaboró	Aprobó	Recibe en la SIF

N° de contrato de Interventoria

CONTENIDO

1. GENERALIDADES 4
1.1 Localización 4
2. Introducción 5
3. Objetivos 6
3.1 Objetivo general 6
3.2 Objetivos específicos 6
4. Datos Contrato De Obra 6
4.1 Contrato De Interventoría 7
5. Equipo profesional del contratista e interventoría 8
5.1 Personal del contratista 8
5.2 Personal de la Interventoría 8
6. Herramientas, equipos, maquinaria y vehículos del contratista. 9
7. Ausentismo por enfermedad común por parte del contratista 9
8. Ausentismo por enfermedad común por parte de interventoría. 9
9. Ausentismo por accidente de trabajo por parte de contratista. 9
10. Ausentismo por accidente de trabajo por parte de interventoría. 10
11. Inducciones de ingreso de personal 10
12. Pagos de seguridad social 10
13. Horas hombre trabajadas contratista 10
14. Horas hombre trabajadas interventoría 10
15. Actividades de Interventoría 10
16. Capacitaciones, inducción, charlas de seguridad 11
17. Inspecciones de seguridad realizadas por la Interventoría 13
18. Entrega de EPP 15
19. Señalización vial en frentes de obra 16
20. Brigada de Emergencia 18
21. Conclusiones y recomendaciones 18
22. Anexos 19

1. GENERALIDADES

1.1 Localización

El proyecto por ejecutar se localiza en el departamento de Antioquia, subregión oriente donde se intervendrán de forma directa y según prioridades las vías de los municipios de Abejorral, Alejandría, Argelia, Cocorná, Concepción, El Carmen de Viboral, El Peñol, El Retiro, El Santuario, Granada, Guarne, Guatapé, La Ceja, La Unión, Marinilla, Nariño, San Carlos, San Francisco, San Luis, San Rafael, San Vicente y Sonsón.



Imagen 1. Localización del proyecto – vías subregión oriente

2. Introducción

Informe de seguimiento de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, realizado por interventoría a las actividades realizadas por el contratista Consorcio vial SCS oriente del proyecto; **INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, AMBIENTAL, FINANCIERA Y LEGAL PARA LA CONSERVACIÓN, MANTENIMIENTO Y REHABILITACIÓN DE LAS VÍAS A CARGO DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA EN LA SUBREGIÓN ORIENTE**, actividades comprendidas entre el 01 de diciembre y al 30 de diciembre de 2020.
El presente informe describe las diferentes actividades que se realizan con el fin de dar cumplimiento a la normatividad legal vigente en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo, con el fin de proteger y prevenir a la población trabajadora de accidentes de trabajo y enfermedades laborales, derivadas de las actividades que se desarrollaran durante el proyecto.

Las actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo, están encaminadas a minimizar y/o mitigar los factores de riesgo que generan incidentes y/o accidentes de trabajo, capacitar al personal en seguridad, salud en el trabajo y auto cuidado para realizar actividades de manera segura, además de la identificación, evaluación y control de riesgos laborales en obra.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Establecer actividades que protejan la integridad de los colaboradores del contratista, subcontratista e Interventoría, dentro de los parámetros de la seguridad y salud en el trabajo, durante la ejecución de la construcción de obras para el mejoramiento, rehabilitación y mantenimiento de las vías de la subregión oriente del departamento de Antioquia

3.2 Objetivos específicos

- Garantizar el cumplimiento del pliego de condiciones SST del contratista, subcontratista e Interventoría.
- Supervisar que el personal del proyecto trabaje de manera segura durante
- la ejecución del proyecto
- Verificar que el contratista ponga en marcha el plan de señalización vial en cada uno de los frentes de trabajo.
- Identificar las tareas de alto riesgo y controlar los peligros y riesgo del entorno laboral.

4. Datos Contrato De Obra

Contrato: 4600010855 de 2020

Objeto: Conservación, mantenimiento y rehabilitación de las vías a cargo del departamento de Antioquia en la subregión oriente

Razón Social Contratista: Consorcio vial SCS oriente

Dirección: Carrera 40 N° 31 – 31 Barrio la colina

Teléfono: 5416071

Residente Ambiental: Catalina Posada **E-mail:** vialorientesst@gmail.com

Teléfono de contacto: 3205202035

Tabla 1. Ficha del contrato de obra

AVANCE GENERAL		SUSPENSIÓN	
Fecha de inicio	29/9/20	Fecha de suspensión	
Fecha de terminación	03/28/2021	Fecha de reinicio	
Fecha de Prórroga		OBSERVACIÓN:	
Plazo total del contrato	6 Meses		
Se firma acta de inicio de contrato de obra el 29 de septiembre 2020, se inician actividades el 15 de octubre de 2020			

4.1 Contrato De Interventoría

Contrato: 46000010852 de 2020

Objeto: Interventoría técnica, administrativa, ambiental, financiera y legal para la conservación, mantenimiento y rehabilitación de las vías a cargo del departamento de Antioquia en la subregión oriente.

Razón Social Contratista: Servicios de ingeniería y arquitectura construcciones Ingeval S.A.S.

Dirección: Calle 38 No. 32 – 41 Villavicencio

Teléfono: (098) 6623159 - 6623119

Residente SST: Diana Marisol Toro Ceron.

E-mail: dt.dianatoro@hotmail.com

Teléfono de Contacto: 3114810621

Tabla 2. Ficha del contrato de interventoría

AVANCE GENERAL		SUSPENSIÓN	
Fecha de inicio	29/09/20	Fecha de suspensión	
Fecha de terminación	03/28/2021	Fecha de reinicio	
Fecha de Prórroga		OBSERVACION:	
Plazo total del contrato	6 meses		
Se firma acta de inicio de contrato de obra el 29 de septiembre 2020, se inician actividades el 15 de octubre de 2020			

5. Equipo profesional del contratista e interventoría

5.1 Personal del contratista

Personal que se encuentra laborando del contratista en obra entre el periodo comprendido entre el 01 de diciembre al 30 de diciembre de 2020 se relaciona a continuación:

PERSONAL DEL CONTRATISTA	
CARGO	**CANTIDAD**
DIRECTOR DE OBRA	1
INGENIERO RESIDENTE	1
TECNÓLOGOS EN CONSTRUCCIÓN	2
RESIDENTE AMBIENTAL	1
PROFESIONAL DEL ÁREA SOCIAL	1
TECNÓLOGO SST	1
AUXILIAR SST	1
OFICIALES	2
AYUDANTES	44
OPERADOR DE RETRO EXCAVADORA	1
CONDUCTOR	4
TOTAL	59

5.2 Personal de la Interventoría

Personal que se encuentra laborando en obra de interventoría entre el periodo comprendido entre 01 de diciembre al 30 de diciembre de 2020.

PERSONAL DE INTERVENTORÍA	
CARGO	**CANTIDAD**
DIRECTOR DE INTERVENTORÍA	1
INGENIERO RESIDENTE	2
RESIDENTE AMBIENTAL	1
PROFESIONAL DEL ÁREA SOCIAL	1
PROFESIONAL SST	1
TECNÓLOGOS EN CONSTRUCCIÓN	3
SECRETARIA	1

6. Herramientas, equipos, maquinaria y vehículos del contratista.

HERRAMIENTA MENOR

- Coches.
- Palas.
- Martillo.
- Serrucho.

MAQUINARIA

- 1 retroexcavadora de llantas.
- 1 Motoniveladora.
- 1 Vibro compactador.
- Guadañadora.

VEHÍCULOS

- 4 camionetas
- 2 motos

EN EL INFORME AMBIENTAL EN SUS ANEXOS SE PUEDEN APRECIAR LA DOCUMENTACIÓN DE LA MAQUINARIA Y VEHÍCULOS.

7. Ausentismo por enfermedad común por parte del contratista

En este periodo el contratista no tuvo días perdidos con respecto ausentismo por enfermedad común.

8. Ausentismo por enfermedad común por parte de interventoria.

En el periodo no se presentó ausentismos por enfermedad común por parte de la Interventoría.

9. Ausentismo por accidente de trabajo por parte de contratista.

En este periodo el contratista no reporta días perdidos con respecto ausentismo laboral por causa de accidente de trabajo.

10. Ausentismo por accidente de trabajo por parte de interventoría.

En este periodo no se presentó ausentismo laboral por causa de accidente de trabajo, por parte del personal de interventoría.

11. Inducciones de ingreso de personal

Durante este periodo el contratista hace ingreso de 22 colaboradores nuevos para inducciones.

12. Pagos de seguridad social.

La Interventoría verifica el pago de seguridad social de del personal empleado por el contratista cumpliendo con los requisitos exigidos de la Ley 100, estos documentos son remitidos a la Interventoría por correo electrónico y/o físicos para su aprobación (EPS, ARL, AFP, CCF), exámenes médicos ocupacionales del personal que ingresa en el periodo ejecutado.

13. Horas hombre trabajadas contratista

El Contratista durante este periodo reporta teniendo en cuenta número de personas 96 aproximadamente trabajando 45 horas semanales, se calcula para un total de 18818 horas hombres trabajadas.

14. Horas hombre trabajadas interventoría

Interventoría en este periodo trabajó un total de 2.400 Horas Hombre Trabajadas teniendo en cuenta número de personas 10, y 48 horas semanales laboradas.

ACUMULADO HORAS HOMBRE TRABAJADAS NOVIEMBRE CONTRATISTA E INTERVENTORÍA	
28 DE SEPTIEMBRE AL 31 DE OCTUBRE	
CONTRATISTA	18818
INTERVENTORÍA	2.400
TOTAL	2.400

15. Actividades de Interventoría

La Interventoría durante el mes de diciembre realizó las siguientes actividades:

- La interventoría revisa el programa de seguridad y salud en el trabajo presentado por el contratista
- Se realiza observaciones al documento presentado y se oficia
- Se realizaron las siguientes inspecciones (botiquín, vehículo, extintor).
- Se realiza recorrido de obra.
- Se verifica documentación y las inducciones. del personal nuevo que ingresa a obra.
- En el presente periodo la interventoría emitió 5 oficios por el incumplimiento a las actividades que comprenden según las tareas y al sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.

- Durante la ejecución de actividades en el periodo diciembre se realizó acompañamiento y seguimiento a los procesos y ejecución de actividades al contratista, realizaron actividades de alto riesgo, trabajo seguro en alturas, espacios confinados, inspecciones de seguridad (entrega y porte de elementos de protección personal, señalización en obra, máquinas y equipos, vehículos utilizados en el mes y demás inspecciones planeadas dando cumplimiento al plan de trabajo, entre otras actividades con el fin de prevenir accidentes de trabajo, incidentes y enfermedades laborales, también se realiza seguimiento al protocolo de bioseguridad ante el COVID-19 implementado con el personal en obra y personal que realiza visitas necesarias

16. Capacitaciones, inducción, charlas de seguridad

Durante este periodo se realiza acompañamiento a charlas de seguridad por el componente SST sobre el protocolo de bioseguridad COVID-19, divulgación del boletín SGI del mes de diciembre

REGISTRO FOTOGRÁFICO





FOTO1: Charla de seguridad por parte del contratista.	**FOTO2**: Se realiza pausa activa en el frente de obra.
	
FOTO3: Inducción al personal nuevo.	**FOTO4**: Inducción al personal nuevo.
	
FOTO5: Charla de seguridad por parte del contratista.	**FOTO6**: Charla de seguridad por parte del contratista.
	
FOTO7: Charla de seguridad por parte del contratista.	**FOTO8**: Inducción al personal nuevo.

	
FOTO9: Charla de seguridad al personal de interventoría sobre el riesgo locativo.	**FOTO10**: Charla de seguridad al personal de interventoría sobre el riesgo locativo.
	
FOTO11: Charla de seguridad al personal de interventoría sobre manipulación de cargas.	**FOTO12**: Charla de seguridad al personal de interventoría sobre manipulación de cargas.

17. Inspecciones de seguridad realizadas por la Interventoría

La interventoría realiza las inspecciones de seguridad donde se verifican condiciones como el uso y porte de elementos de protección personal, afiliación de personal, condiciones de trabajo, locativas, señalización y demarcación de zonas de trabajo, maquinaria y equipos usados (pre operacional), e igualmente verificación de vehículos utilizados (soat, tecno- mecánica, licencia de tránsito, modelo, etc.).

REGISTRO FOTOGRÁFICO



FOTO13: Inspeccion de extintor y botiquin a las comienotas asignadas para transporte del personal de interventoria.



FOTO14: Inspeccion de extintor y botiquin a las comienotas asignadas para transporte del personal de interventoria.



FOTO15: Verificacion en campo por parte del area SST interventoria, al cumplimiento obligatotio de los EPP, para la operación de guadañadora.



FOTO16: Verificacion en campo por parte del area SST interventoria, al cumplimiento obligatotio de los EPP, actividad de asfalto.



FOTO17: Se realiza verificación en campo por parte de la interventoria a los ambientes de trabajo.



FOTO18: Se interviene frente de limpieza de cunetas, personal realizando actividades sin calzado de

	seguridad, sin la dotación adecuada y personal nuevo sin autorizar.
	
FOTO19: Verificación en campo al cumplimiento del uso adecuado de los EPP al momento de manipular equipos de pavimento.	**FOTO20**: Verificación encampo las condiciones de trabajo y el correcto uso de los EPP.

18. Entrega de EPP

El contratista realiza entrega de dotación a todo el personal, EPP de uso obligatorio y realizan entrega diariamente el tapabocas de uso obligatorio de acuerdo a la pandemia que se vive a nivel mundial por el covid-19.

	
FOTO21: Entrega de elementos de protección personal.	**FOTO22**: Entrega de elementos de protección personal.

	
FOTO23: Entrega de elementos de protección personal.	**FOTO24**: Entrega de elementos de protección personal.

19. Señalización vial en frentes de obra

El contratista implementa señalización vial al momento de ejecutar actividades en campo.

REGISTRO FOTOGRÁFICO

	
FOTO26: Se evidencia en los frentes señalización al momento de intervención en vias.	**FOTO27**: Se evidencia control vial señalizado para intervención del tránsito.

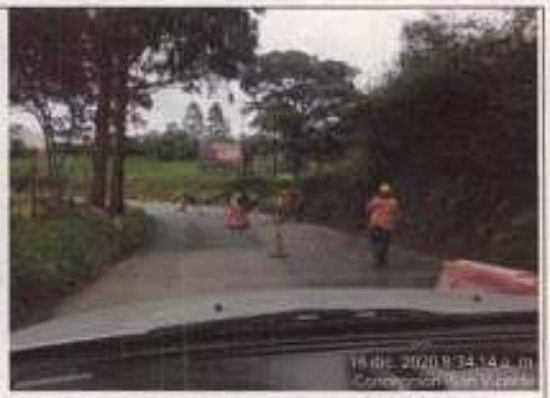
	
FOTO28: Se evidencia control vial señalizado para intervención del tránsito.	**FOTO29**: Se evidencia en los frentes señalización al momento de intervención en vías.
	
FOTO30: Se evidencia en los frentes señalización al momento de intervención en vías.	**FOTO31**: Se evidencia en los frentes señalización al momento de intervención en vías.
	
FOTO32: Señalización en vías con alto riesgo de accidentalidad.	**FOTO33**: Señalización en vías con alto riesgo de accidentalidad.

	
FOTO34: Señalización en vías con alto riesgo de accidentalidad.	**FOTO35**: Señalización en vías con alto riesgo de accidentalidad.

20. Brigada de Emergencia

- El contratista en el periodo no presenta actividades con referencia a la brigada de emergencia.

21. Conclusiones y recomendaciones

De acuerdo a la entrega de los insumos del contratista en este periodo, se realizaron las siguientes observaciones.

- Se le solicita al contratista implementar el Sistema de Gestión y seguridad en el trabajo, dando cumplimiento a la Resolución 0312/2019.

- Tener actualizado los indicadores de gestión según los ausentismos en el periodo ya sea por EL; AT, EG, en el informe pasado y el actual no fue entregado dicha plantilla con la información solicitada.

- La interventoría solicita de manera oportuna la entrega de permiso de trabajo.

- Se le solicita al contratista, anexar las inspecciones – lista de chequeos - preoperacionales del kit de emergencia (botiquines, extintores, camilla), instalaciones de oficinas, herramientas manuales.

- Se le solicita al contratista, establecer una meta porcentual de accidentalidad prevista, como punto de referencia para evaluar y comparar su efectividad SG-SST.

- Interventoria solicita ejecutar a la cabalidad el plan de trabajo SST o cronograma de actividad SST en conformidad a lo aprobado.

- Se le recuerda al contratista, que siempre se debe trabajar en beneficio del bienestar, y de la seguridad integral de los trabajadores

- En los insumos suministrados por el consorcio para la alimentación del informe, se evidencia archivos que en su nombre dice una cosa y al abrir el archivo hay otra información distinta a lo que se menciona, escáner poco legibles en orientaciones diferentes, se solicita al consorcio que para el próximo informe si no se entrega la información acorde a lo que se requiere, archivos completamente identificados en orden y por actividades, esta interventoría no aprobara el recibido de la información.

22. Anexos

- ANEXO 1: Inspecciones
- ANEXO 2: Charlas y capacitaciones
- ANEXO 3: Inducciones y evaluaciones
- ANEXO 4: Listado de personal
- ANEXO 5: Liquidaciones personal retirado
- ANEXO 6: Seguridad social
- ANEXO 7: Permisos TSA
- ANOXE8: Oficios
- ANEXO 9: Personal nuevo

CONSORCIO VIAL SUR ORIENTE

Inspección de elementos de protección personal

Santo domingo Sabio — OBRA:

Juan Diego Echeverri — REALIZADO POR:

15/12/2020 — FECHA:

NOMBRE EMPLEADO	CABEZA				CARA				OJOS								OÍDOS				RESPIRATORIA								MANOS								PIES						CUERPO											
	Casco (arañia)		Casco (protector		Careta esmeril		Careta soldadura		Gafas claras		Gafas oscuras		Monogafas		Gafas soldadura		Protec.tipo inserción		Protector tipo copa		Mascarilla polvos		Mascarilla gases y		Mascarilla soldadura		Máscara full face		Guantes cuero o hilaza		Guantes caucho		Guantes soldadura		Mangas carnaza		Botas con puntera		Botas PVC con puntera		Polainas		Camisa		Pantalón		Delantal cuero		Delantal PVC /impermeable		Impermeable pantalón		Chaleco reflectivo	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
U. dan Mantilla C.											X						X				X								X								X				X		X								X	
[illegible]											X						X				X								X								X				X		X								X	
[illegible]											X						X				X								X								Y				X		X								X	

CONSORCIO VIAL SUR ORIENTE

Inspección de elementos de protección personal

OBRA: petrol - quetzal

REALIZADO POR: Juan Diego Echeverri

FECHA: 14/12/2020

NOMBRE EMPLEADO	CABEZA				CARA				OJOS					OÍDOS				RESPIRATORIA								MANOS								PIES				CUERPO											
	Casco (araña)		Casco (protector		Careta esmeril		Careta soldadura		Gafas claras		Gafas oscuras		Monogafas		Gafas soldadura	Proetc.tipo inserción		Protector tipo copa		Mascarilla polvos		Mascarilla gases y		Mascarilla soldadura		Máscara full face		Guantes cuero o hilaza		Guantes caucho		Guantes soldadura		Mangas camaza		Botas con puntera		Botas PVC con puntera		Polainas		Camisa		Pantalón		Delantal cuero		Delantal PVC /impermeable		Impermeable pantalón		Chaleco reflectivo	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Jeiff Posada Gómez	X										X					X				X								X								X					X		X							X	
Diego A Hincapie	X										X					X				X								*	X							X					X		X							X	
[illegible]																																																			
Dante castaño	X										X					X				X								X								X					X		X							X	
William ceballos	X																																																	
Huber Flores																																																		
Mauricio castaño																																																		
Eudi espinosa																																																		

Relacione en el siguiente cuadro los EPP inspeccionados que no se encuentran registrados en el formato.

NOMBRE EMPLEADO	CABEZA		CARA		OJOS		OÍDOS		RESPIRATORIA		MANOS		PIES		CUERPO	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M

CONSORCIO VIAL SCS ORIENTE

Inspección de elementos de protección personal

OBRA: Guatapé - San Rafael Z1+800

REALIZADO POR: Juan Diego Echeverri

FECHA: 04/12/2020

NOMBRE EMPLEADO	CABEZA				CARA				OJOS								OÍDOS				RESPIRATORIA								MANOS								PIES				CUERPO															
	Casco (arafia)		Casco (protector		Careta esmaril		Careta soldadura		Gafas claras		Gafas oscuras		Monogafas		Gafas soldadura		Protector tipo inserción		Protector tipo copa		Mascarilla polvos		Mascarilla gases y		Mascarilla soldadura		Máscara full face		Guantes cuero o hilaza		Guantes caucho		Guantes soldadura		Mangas carnaza		Botas con puntera		Botas PVC con puntera		Polainas		Camisa		Pantalón		Delantal cuero		Delantal PVC /impermeable		Impermeable pantalón		Chaleco reflectivo	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Fran londoño					X						X										X								X									X				X		X		X							X	
wilson monsalve					X																X								X									X				X		X		X							X	
oscar ruiz					X																X								X									X				X		X		X							X	
Dairo ceballo					X																X								X									X				X		X		X							X	
Nolberto giraldo					X																X								X									X				X		X		X							X	
miguel usme																					X								X									X				X		X									X	

Relacione en el siguiente cuadro los EPP inspeccionados que no se encuentran registrados en el formato.

NOMBRE EMPLEADO	CABEZA		CARA		OJOS		OÍDOS		RESPIRATORIA		MANOS		PIES		CUERPO	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M

CONSORCIO VIAL SUR ORIENTE

Inspección de elementos de protección personal

OBRA: Peñol - Guatapé

REALIZADO POR: Juan Diego Echeverri

FECHA: 03/12/20

NOMBRE EMPLEADO	CABEZA		CARA		OJOS				OÍDOS		RESPIRATORIA				MANOS				PIES				CUERPO									
	Casco (arafia)	Casco (protector	Careta esmeril	Careta soldadura	Gafas claras	Gafas oscuras	Monogafas	Gafas soldadura	Protec.tipo inserción	Protector tipo copa	Mascarilla polvos	Mascarilla gases y	Mascarilla soldadura	Máscara full face	Guantes cuero o hilaza	Guantes caucho	Guantes soldadura	Mangas carnaza	Botas con puntera	Botas PVC con puntera	Polainas		Camisa	Pantalón	Delantal cuero	Delantal PVC /impermeable	Impermeable pantalón	Chaleco reflectivo				
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Antonio Ortiz	X		X		X						X				X				X				X	X							X	
Jose lopez	X		X		X						X				X				X				X	X							X	
Franklin gonzales	X		X		X						X					X			X				X	X							X	
wilson arenas	X		X		X		X				X				X				X				X	X							X	
alberto Montoya	X		X		X						X				X				X				X	X							X	

Relacione en el siguiente cuadro los EPP inspeccionados que no se encuentran registrados en el formato.

NOMBRE EMPLEADO	CABEZA		CARA		OJOS		OÍDOS		RESPIRATORIA		MANOS		PIES		CUERPO	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M

CONSORCIO VIAL SUR ORIENTE

Inspección de elementos de protección personal

OBRA: Marinilla - Penol pavimentar

REALIZADO POR: Juan Diego Echeverri

FECHA: 03/12/2020

NOMBRE EMPLEADO	CABEZA				CARA				OJOS								OÍDOS				RESPIRATORIA								MANOS								PIES								CUERPO															
	Casco (araña)		Casco (protector		Careta esmeril		Careta soldadura		Gafas claras		Gafas oscuras		Monogafas		Gafas soldadura		Protec. tipo inserción		Protector tipo copa		Mascarilla polvos		Mascarilla gases y		Mascarilla soldadura		Máscara full face		Guantes cuero o hilaza		Guantes caucho		Guantes soldadura		Mangas carnaza		Botas con puntera		Botas PVC con puntera		Polainas		Camisa		Pantalón		Delantal cuero		Delantal PVC /impermeable		Impermeable pantalón		Chaleco reflectivo	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Vicente Manchado	X		X								X										X								X				X		X						X		X										X	
Harold Serna	X		X								X										X								X				X		X						X		X										X	
Alejandro Tabares	X		X								X										X								X						X						X		X										X	
Julian Galeano	X		X						X												X								X						X						X		X										X	
Gracia Quiroz	X		X						X												X								X						X						X		X										X	
Germin Mosquera	X		X								X										X								X						X						X		X										X	
Ivan Chavarria	X		X								X										X								X						X						X		X										X	
Rodrigo Mesa	X		X								X										X								X						X						X		X										X	
Hildebrando Cortes J	X		X								X										X														X						X		X										X	
Mario Garviria	X		X								X										X								X						X						X		X										X	

Relacione en el siguiente cuadro los EPP inspeccionados que no se encuentran registrados en el formato.

NOMBRE EMPLEADO	CABEZA		CARA		OJOS		OÍDOS		RESPIRATORIA		MANOS		PIES		CUERPO	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M

RYD Construcciones SAS.

	INSPECCION PREOPERACIONAL MEZCLADORA	

SEMANA DEL 7-13 /dic AL __ MARCA Marquez equipo MEZCLADORA No. 1.

OPERADOR Nestor Arbeleda. UBICACIÓN La Honda - Senadora

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	Poleas	X		X		X		X		X		X		X	
	Medidor de aceite	X		X		X		X		X		X		X	
	Tapa de combustible	X		X		X		X		X		X		X	
	bujia	X		X		X		X		X		X		X	
	Tubo de escape	X		X		X		X		X		X		X	
	Guarda de los piñones	X		X		X		X		X		X		X	
	Cheque	X		X		X		X		X		X		X	
	Yoyo	X		X		X		X		X		X		X	
	Acelerador	X		X		X		X		X		X		X	
	Volante de Operación	X		X		X		X		X		X		X	
	Motor	X		X		X		X		X		X		X	
	Filtro de cumbustible	X		X		X		X		X		X		X	
	Tampo de aceite	X		X		X		X		X		X		X	
	Tornillos en general	X		X		X		X		X		X		X	
	Guarda de los piñones	X		X		X		X		X		X		X	
	Tapa protectora de motor	X		X		X		X		X		X		X	
	Tambor	X		X		X		X		X		X		X	
	Estrias de compactacion interna	X		X		X		X		X		X		X	
	Llantas	X		X		X		X		X		X		X	
	Engrase en general	X		X		X		X		X		X		X	
	Balineras	X		X		X		X		X		X		X	
	Freno de seguridad tambor	X		X		X		X		X		X		X	
	Pintura	X		X		X		X		X		X		X	
	Aseo	X		X		X		X		X		X		X	
FIRMA	FIRMA OPERADOR	Nestor Arbeleda.													
	FIRMA SUPERVISOR SISO														

Si el estado del elemento o accesorio es optimo marque B

Si el equipo cuenta con el elemento o accesorio pero su estado no es el ideal, marque M

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

*PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

RYO Construcciones SAS Diciembre

INSPECCION PREOPERACIONAL

SEMANA DEL 7 AL 13 MARCA DONGFENG MODELO 2015

OPERADOR Alirio Acevedo UBICACIÓN _____ PLACA STE 074

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
LUCES	* Frontales de servicio (altas y bajas)	X		X		X		X		X		X		X	
	Traseras de trabajo (reflector)	X		X		X		X		X		X		X	
	Direccionales delanteras de parqueo (Giro)	X		X		X		X		X		X		X	
	Direccionales traseras de parqueo (Giro)	X		X		X		X		X		X		X	
	De Stop y señal trasera	X		X		X		X		X		X		X	
CABINA	Espejos laterales	X		X		X		X		X		X		X	
	Alarma de retroceso	X		X		X		X		X		X		X	
	Pito	X		X		X		X		X		X		X	
	* Freno de servicio	X		X		X		X		X		X		X	
	* Freno de emergencia	X		X		X		X		X		X		X	
	* Dirección/suspensión (Terminales)	X		X		X		X		X		X		X	
	Cinturón de seguridad	X		X		X		X		X		X		X	
	Vidrio frontal (en buen estado)	X		X		X		X		X		X		X	
	Limpia brisas	X		X		X		X		X		X		X	
	Extintor de incendios (10 lbs) PQS	X		X		X		X		X		X		X	
	Asiento en buena condición	X		X		X		X		X		X		X	
	Indicadores (hidráulico,voltimetro, Motor, refrigerante, horometro, aire	X		X		X		X		X		X		X	
	Bateria y cables	X		X		X		X		X					
LLANTAS	En buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)	X		X		X		X		X					
ESTADO MECÁNICO	* Control de fugas hidráulicas	X		X		X		X		X		X		X	
	Pasadores, suspensión	X		X		X		X		X		X		X	
	Control fugas de aire	X		X		X		X		X		X		X	
	Grapas y anclaje de chasis	X		X		X		X		X		X		X	
	Cadena del cardam	X		X		X		X		X		X		X	
	Acoples rapidos	X		X		X		X		X		X		X	
	Mangueras	X		X		X		X		X		X		X	
	Estado general de la carroceria	X		X		X		X		X		X		X	
	* Tanque de combustible(Abrasaderas,Soporte)	X		X		X		X		X		X		X	
	Motor	X		X		X		X		X		X		X	
	Sistema de carpado	X		X		X		X		X		X		X	
	Estado de la carpa	X		X		X		X		X		X		X	
	Soportes del estacado	X		X		X		X		X		X		X	
	Estado de las compuertas	X		X		X		X		X		X		X	
	Documentos del conductor y del vehiculo	X		X		X		X		X		X		X	
	Kit Derrames	X		X		X		X		X		X		X	
FIRMA	FIRMA OPERADOR	Alirio Acevedo													
	FIRMA SUPERVISOR SISO														

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

*PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

RYO Construcciones

INSPECCION PREOPERACIONAL

SEMANA DEL 21 AL 22 de MARCA DONGFENG MODELO 2015

OPERADOR Alirio Acevedo UBICACIÓN _____ PLACA SIE 074

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
LUCES	* Frontales de servicio (altas y bajas)	X		X											
	Traseras de trabajo (reflector)	X		X											
	Direccionales delanteras de parqueo (Giro)	X		X											
	Direccionales traseras de parqueo (Giro)	X		X											
	De Stop y señal trasera	X		X											
CABINA	Espejos laterales	X		X											
	Alarma de retroceso	X		X											
	Pito	X		X											
	* Freno de servicio	X		X											
	* Freno de emergencia	X		X											
	* Dirección/suspensión (Terminales)	X		X											
	Cinturón de seguridad	X		X											
	Vidrio frontal (en buen estado)	X		X											
	Limpia brisas	X		X											
	Extintor de incendios (10 lbs) PQS	X		X											
	Asiento en buena condición	X		X											
	Indicadores (hidráulico,voltimetro, Motor, refrigerante, horometro, aire	X		X											
	Bateria y cables	X		X											
LLANTAS	En buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)	X		X											
ESTADO MECÁNICO	* Control de fugas hidráulicas	X		X											
	Pasadores, suspensión	X		X											
	Control fugas de aire	X		X											
	Grapas y anclaje de chasis	X		X											
	Cadena del cardam	X		X											
	Acoples rapidos	X		X											
	Mangueras	X		X											
	Estado general de la carroceria	X		X											
	* Tanque de combustible(Abrazaderas,Soporte)	X		X											
	Motor	X		X											
	Sistema de carpado	X		X											
	Estado de la carpa	X		X											
	Soportes del estacado	X		X											
	Estado de las compuertas	X		X											
	Documentos del conductor y del vehiculo	X		X											
	Kit Derrames	X		X											
FIRMA	FIRMA OPERADOR	Alirio Acevedo													
	FIRMA SUPERVISOR SISO														

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

*PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

RYO Construcciones

	INSPECCION PREOPERACIONAL MEZCLADORA	

SEMANA DEL 21 - 22 AL dic MARCA Maquiequipo MEZCLADORA No. _____

OPERADOR _____ UBICACIÓN _____

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	Poleas	X		X											
	Medidor de aceite	X		X											
	Tapa de combustible	X		X											
	bujia	X		X											
	Tubo de escape	X		X											
	Guarda de los piñones	X		X											
	Chaque	X		X											
	Yoyo	X		X											
	Acelerador	X		X											
	Volante de Operación	X		X											
	Motor	X		X											
	Filtro de cumbustible	X		X											
	Tampa de aceite	X		X											
	Tornillos en general	X		X											
	Guarda de los piñones	X		X											
	Tapa protectora de motor	X		X											
	Tambor	X		X											
	Estrias de compactacion interno	X		X											
	Llantas	X		X											
	Engrase en general	X		X											
	Rolineras	X		X											
	Freno de seguridad tambor	X		X											
	Pintura	X		X											
	Aseo	X		X											
FIRMA	FIRMA OPERADOR	Nestor Arboleda.													
	FIRMA SUPERVISOR SISO														

Si el estado del elemento o accesorio es optimo marque B

Si el equipo cuenta con el elemento o accesorio pero su estado no es el ideal, marque M

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

*PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

RYO Construcciones

	INSPECCION PREOPERACIONAL MEZCLADORA	

SEMANA DEL 14/20 dic AL _ MARCA Mezquipig MEZCLADORA No 1

OPERADOR Nestor Arboleda UBICACIÓN La honda - Sanadores

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	Poleas	X		X		X		X		X		X		X	
	Medidor de aceite	X		X		X		X		X		X		X	
	Tapa de combustible	X		X		X		X		X		X		X	
	bujia	X		X		X		X		X		X		X	
	Tubo de escape	X		X		X		X		X		X		X	
	Guarda de los piñones	X		X		X		X		X		X		X	
	Choque	X		X		X		X		X		X		X	
	Toya	X		X		X		X		X		X		X	
	Acelerador	X		X		X		X		X		X		X	
	Volante de Operación	X		X		X		X		X		X		X	
	Motor	X		X		X		X		X		X		X	
	Filtro de cumbustible	X		X		X		X		X		X		X	
	Tampa de aceite	X		X		X		X		X		X		X	
	Tornillos en general	X		X		X		X		X		X		X	
	Guarda de los piñones	X		X		X		X		X		X		X	
	Tapa protectora de motor	X		X		X		X		X		X		X	
	Tambor	X		X		X		X		X		X		X	
	Estrias de compactacion interno	X		X		X		X		X		X		X	
	Llantas	X		X		X		X		X		X		X	
	Engrase en general	X		X		X		X		X		X		X	
	Bolineras	X		X		X		X		X		X		X	
	Freno de seguridad tambor	X		X		X		X		X		X		X	
	Pintura	X		X		X		X		X		X		X	
	Aseo	X		X		X		X		X		X		X	
FIRMA	FIRMA OPERADOR	Nestor Arboleda													
	FIRMA SUPERVISOR SISO														

Si el estado del elemento o accesorio es optimo marque	B
Si el equipo cuenta con el elemento o accesorio pero su estado no es el ideal, marque	M

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

*PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

RTO Construcciones

	INSPECCION PREOPERACIONAL	

SEMANA DEL 14 AL 20 dic MARCA DONGFENG MODELO 2015

OPERADOR Alirio Acevedo UBICACION _____ PLACA SIE 074

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
LUCES	* Frontales de servicio (altas y bajas)	X		X		X		X		X		X		X	
	Traseras de trabajo (reflector)	X		X		X		X		X		X		X	
	Direccionales delanteras de parqueo (Giro)	X		X		X		X		X		X		X	
	Direccionales traseras de parqueo (Giro)	X		X		X		X		X		X		X	
	De Stop y señal trasera	X		X		X		X		X		X		X	
CABINA	Espejos laterales	X		X		X		X		X		X		X	
	Alarma de retroceso	X		X		X		X		X		X		X	
	Pito	X		X		X		X		X		X		X	
	* Freno de servicio	X		X		X		X		X		X		X	
	* Freno de emergencia	X		X		X		X		X		X		X	
	* Dirección/suspensión (Terminales)	X		X		X		X		X		X		X	
	Cinturón de seguridad	X		X		X		X		X		X		X	
	Vidrio frontal (en buen estado)	X		X		X		X		X		X		X	
	Limpia brisas	X		X		X		X		X		X		X	
	Extintor de incendios (10 lbs) PQS	X		X		X		X		X		X		X	
	Asiento en buena condición	X		X		X		X		X		X		X	
	Indicadores (Hidraulico,voltimetro, Motor, refrigerante, horometro, aire	X		X		X		X	X	X		X		X	
	Bateria y cables	X		X		X		X		X		X		X	
LLANTAS	En buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)	X		X		X		X		X		X		X	
ESTADO MECÁNICO	* Control de fugas hidraulicas	X		X		X		X		X		X		X	
	Pasadores, suspensión	X		X		X		X		X		X		X	
	Control fugas de aire	X		X		X		X		X		X		X	
	Grapas y anclaje de chasis	X		X		X		X		X		X		X	
	Cadena del cardam	X		X		X		X		X		X		X	
	Acoples rapidos	X		X		X		X		X		X		X	
	Mangueras	X		X		X		X		X		X		X	
	Estado general de la carroceria	X		X		X		X		X		X		X	
	* Tanque de combustible(Abrazaderas,Soporte)	X		X		X		X		X		X		X	
	Motor	X		X		X		X		X		X		X	
	Sistema de carpado	X		X		X		X		X		X		X	
	Estado de la carpa	X		X		X		X		X		X		X	
	Soportes del estacado	X		X		X		X		X		X		X	
	Estado de las compuertas	X		X		X		X		X		X		X	
	Documentos del contractor y del vehiculo	X		X		X		X		X		X		X	
	Kit Derrames	X		X		X		X		X		X		X	
FIRMA	FIRMA OPERADOR	Alirio Acevedo													
	FIRMA SUPERVISOR SISO														

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

*PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

INSPECCION PREOPERACIONAL VIBROCOMPACTADOR

SEMANA DEL 07-12-2020 AL 13-12-2020 MARCA INGERSOLL MODELO 202 SERIE 166162

OPERADOR JOSE GABRIEL GALEANO MUÑOZ UBICACIÓN 3234572634 PROYECTO

ITEM		CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
			B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
LUCES	* De trabajo delanteras (Trabajo nocturno)	HOBRA MARINILLA PARCHEO	X		X		X		X		X					
	* De trabajo traseras (Trabajo nocturno)		X		X		X		X		X					
CABINA	*Cabina antivuelo (R.O.P.S)						X		X		X					
	* Cinturón de seguridad		X		X		X		X		X					
	Extintor de incendios 10 lbs PQS		X		X		X		X		X					
	Asiento		X		X		X		X		X					
	Mandos de avance		X		X		X		X		X					
	corriente, aceite motor, combustible)		X		X		X		X		X					
	Control ingreso humo (tubo de escape)		X		X		X		X		X					
	* Alarma de retroceso		X		X		X		X		X					
	Pito		X		X		X		X		X					
	Escaleras y apoyos de acceso		X		X		X		X		X					
	Espejo retrovisor central (convexo)				X		X		X		X					
	Estado de pedales				X		X		X		X					
	Estado de mandos manuales		X		X		X		X		X					
ESTADO MECÁNICO	* Control de fugas hidráulicas		X		X		X		X		X					
	* Estado de cilindro (amortiguadores)		X		X		X		X		X					
	Llantas en buen estado		X		X		X		X		X					
	Puntos de lubricación		X		X		X		X		X					
	Mecanismo de viraje		X		X		X		X		X					
	* Dirección (terminales, bomba hidráulica)		X		X		X		X		X					
	* Mando de estacionamiento (emergencia)		X		X		X		X		X					
	* Motor		X		X		X		X		X					
	Pasadores y tornillos en buen estado		X		X		X		X		X					
	Bateria y cables		X		X		X		X		X					
	* Freno de servicio		X		X		X		X		X					
	* Resguardos															
	Anclajes de contrapeso															
	Guardas															
	Estado del bastidor															
FIRMA	FIRMA OPERADOR															
	FIRMA SUPERVISOR SISO															

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

*PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

CONSORCIO VIAL BOYACÁ ORIENTE	INSPECCION PREOPERACIONAL VOLQUETA	

FECHA 30-11-2020 05-12-2020 MARCA Dodge MODELO 1974

OPERADOR Felipe Jaramillo UBICACIÓN Varios PLACA KBH050

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
LUCES	* Frontales de servicio (altas y bajas)	X		X		X		X		X		X			
	Traseras de trabajo (Reflector)	X		X		X		X		X		X			
	Direccionales delanteras de parqueo	X		X		X		X		X		X			
	Direccionales traseras de parqueo	X		X		X		X		X		X			
	De stop y señal trasera	X		X		X		X		X		X			
CABINA	Espejos laterales	X		X		X		X		X		X			
	Alarma de retroceso	X		X		X		X		X		X			
	Pito	X		X		X		X		X		X			
	* Freno de servicio	X		X		X		X		X		X			
	* Freno de emergencia	X		X		X		X		X		X			
	* Dirección/suspensión (Terminales)	X		X		X		X		X		X			
	Cinturón de seguridad	X		X		X		X		X		X			
	Vidrio frontal (en buen estado)	X		X		X		X		X		X			
	Limpia brisas	X		X		X		X		X		X			
	Extintor de incendios (10 lbs) PQS	X		X		X		X		X		X			
	Silletería y tapicería	X		X		X		X		X		X			
	Indicadores (hidráulico, voltimetro, motor, refrigerante, horometro, aire)	X		X		X		X		X		X			
	Bateria y cables	X		X		X		X		X		X			
LLANTAS	En buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)	X		X		X		X		X		X			
ESTADO MECÁNICO	* Control de fugas hidráulicas	X		X		X		X		X		X			
	Pasadores, suspensión	X		X		X		X		X		X			
	Control fugas de aire	X		X		X		X		X		X			
	Grapas y anclaje de chasis	X		X		X		X		X		X			
	Cadena del cardam	X		X		X		X		X		X			
	Acoples rapidos	X		X		X		X		X		X			
	Mangueras	X		X		X		X		X		X			
	Estado general del volco	X		X		X		X		X		X			
	* Soporte del volco (gato hidráulico)	X		X		X		X		X		X			
	Tanque de combustible(Abrasaderas,Soporte)	X		X		X		X		X		X			
	Motor	X		X		X		X		X		X			
	Sistema de carpado	X		X		X		X		X		X			
	* Ganchos compuerta volco	X		X		X		X		X		X			
	* Soportes y Bujes del Volco	X		X		X		X		X		X			
	Documentos del conductor y del vehiculo	X		X		X		X		X		X			
	Kit ambiental	X		X		X		X		X		X			
FIRMA	FIRMA OPERADOR	Felipe Jaramillo													
	FIRMA SUPERVISOR SISO														

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCIÓN CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

CONSORCIO VIAL SOS ORIENTE	INSPECCION PREOPERACIONAL VOLQUETA	

FECHA 07-12-2020 12-12-2020 MARCA Volvo MODELO 1974

OPERADOR Felipe Jaramillo UBICACIÓN Narices PLACA FBH050

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
LUCES	* Frontales de servicio (altas y bajas)	X		X		X		X		X		X			
	Traseras de trabajo (Reflector)	X		X		X		X		X		X			
	Direccionales delanteras de parqueo	X		X		X		X		X		X			
	Direccionales traseras de parqueo	X		X		X		X		X		X			
	De stop y señal trasera	X		X		X		X		X		X			
CABINA	Espejos laterales	X		X		X		X		X		X			
	Alarma de retroceso	X		X		X		X		X		X			
	Pito	X		X		X		X		X		X			
	* Freno de servicio	X		X		X		X		X		X			
	* Freno de emergencia	X		X		X		X		X		X			
	* Dirección/suspensión (Terminales)	X		X		X		X		X		X			
	Cinturón de seguridad	X		X		X		X		X		X			
	Vidrio frontal (en buen estado)	X		X		X		X		X		X			
	Limpia brisas	X		X		X		X		X		X			
	Extintor de incendios (10 lbs) PQS	X		X		X		X		X		X			
	Silleteria y tapiceria	X		X		X		X		X		X			
	Indicadores (hidráulico, voltimetro, motor, refrigerante, horometro, aire)	X		X		X		X		X		X			
	Bateria y cables	X		X		X		X		X		X			
LLANTAS	En buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)	X		X		X		X		X		X			
ESTADO MECÁNICO	* Control de fugas hidráulicas	X		X		X		X		X		X			
	Pasadores, suspensión	X		X		X		X		X		X			
	Control fugas de aire	X		X		X		X		X		X			
	Grapas y anclaje de chasis	X		X		X		X		X		X			
	Cadena del cardam	X		X		X		X		X		X			
	Acoples rapidos	X		X		X		X		X		X			
	Mangueras	X		X		X		X		X		X			
	Estado general del volco	X		X		X		X		X		X			
	* Soporte del volco (gato hidráulico)	X		X		X		X		X		X			
	Tanque de combustible(Abrasaderas,Soporte)	X		X		X		X		X		X			
	Motor	X		X		X		X		X		X			
	Sistema de carpado	X		X		X		X		X		X			
	* Ganchos compuerta volco	X		X		X		X		X		X			
	* Soportes y Bujes del Volco	X		X		X		X		X		X			
	Documentos del conductor y del vehiculo	X		X		X		X		X		X			
	Kit ambiental	X		X		X		X		X		X			
FIRMA	FIRMA OPERADOR	Felipe Jaramillo													
	FIRMA SUPERVISOR SISO														

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

COMERCIO VIAL SOS ORIENTE	INSPECCION PREOPERACIONAL VOLQUETA	

FECHA 14-12-2020 19-12-2020 MARCA Dodge MODELO 1974

OPERADOR Felipe Jaramillo UBICACIÓN Narices PLACA KBH050

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
LUCES	* Frontales de servicio (altas y bajas)	X		X		X		X		X		X			
	Traseras de trabajo (Reflector)	X		X		X		X		X		X			
	Direccionales delanteras de parqueo	X		X		X		X		X		X			
	Direccionales traseras de parqueo	X		X		X		X		X		X			
	De stop y señal trasera	X		X		X		X		X		X			
CABINA	Espejos laterales	X		X		X		X		X		X			
	Alarma de retroceso	X		X		X		X		X		X			
	Pito	X		X		X		X		X		X			
	* Freno de servicio	X		X		X		X		X		X			
	* Freno de emergencia	X		X		X		X		X		X			
	* Dirección/suspensión (Terminales)	X		X		X		X		X		X			
	Cinturón de seguridad	X		X		X		X		X		X			
	Vidrio frontal (en buen estado)	X		X		X		X		X		X			
	Limpia brisas	X		X		X		X		X		X			
	Extintor de incendios (10 lbs) PQS	X		X		X		X		X		X			
	Silletería y tapicería	X		X		X		X		X		X			
	Indicadores (hidráulico, voltimetro, motor, refrigerante, horometro, aire)	X		X		X		X		X		X			
	Batería y cables	X		X		X		X		X		X			
LLANTAS	En buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)	X		X		X		X		X		X			
ESTADO MECÁNICO	* Control de fugas hidráulicas	X		X		X		X		X		X			
	Pasadores, suspensión	X		X		X		X		X		X			
	Control fugas de aire	X		X		X		X		X		X			
	Grapas y anclaje de chasis	X		X		X		X		X		X			
	Cadena del cardam	X		X		X		X		X		X			
	Acoples rapidos	X		X		X		X		X		X			
	Mangueras	X		X		X		X		X		X			
	Estado general del volco	X		X		X		X		X		X			
	* Soporte del volco (gato hidráulico)	X		X		X		X		X		X			
	Tanque de combustible(Abrasaderas,Soporte)	X		X		X		X		X		X			
	Motor	X		X		X		X		X		X			
	Sistema de carpado	X		X		X		X		X		X			
	* Ganchos compuerta volco	X		X		X		X		X		X			
	* Soportes y Bujes del Volco	X		X		X		X		X		X			
	Documentos del conductor y del vehiculo	X		X		X		X		X		X			
	Kit ambiental	X		X		X		X		X		X			
FIRMA	FIRMA OPERADOR	Felipe Jaramillo													
	FIRMA SUPERVISOR SISO														

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

	INSPECCION PREOPERACIONAL VOLQUETA	
CONSORCIO VIAL ECO ORIENTE		

FECHA 07-12-2020 11-07-20 MARCA Kenworth MODELO 2015

OPERADOR Jhon F. Cadena UBICACIÓN San Vicente PLACA SMJ 194

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
LUCES	* Frontales de servicio (altas y bajas)	X		X		X		X		X					
	Traseras de trabajo (Reflector)	X		X		X		X		X					
	Direccionales delanteras de parqueo	X		X		X		X		X					
	Direccionales traseras de parqueo	X		X		X		X		X					
	De stop y señal trasera	X		X		X		X		X					
CABINA	Espejos laterales	X		X		X		X		X					
	Alarma de retroceso	X		X		X		X		X					
	Pito	X		X		X		X		X					
	* Freno de servicio	X		X		X		X		X					
	* Freno de emergencia	X		X		X		X		X					
	* Dirección/suspensión (Terminales)	X		X		X		X		X					
	Cinturón de seguridad	X		X		X		X		X					
	Vidrio frontal (en buen estado)	X		X		X		X		X					
	Limpia brisas	X		X		X		X		X					
	Extintor de incendios (10 lbs) PQS	X		X		X		X		X					
	Silletería y tapicería	X		X		X		X		X					
	Indicadores (hidráulico, voltímetro, motor, refrigarante, horometro, aire)	X		X		X		X		X					
	Batería y cables	X		X		X		X		X					
LLANTAS	En buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)	X		X		X		X		X					
ESTADO MECÁNICO	* Control de fugas hidráulicas	X		X		X		X		X					
	Pasadores, suspensión	X		X		X		X		X					
	Control fugas de aire	X		X		X		X		X					
	Grapas y anclaje de chasis	X		X		X		X		X					
	Cadena del cardam	X		X		X		X		X					
	Acoples rapidos	X		X		X		X		X					
	Mangueras	X		X		X		X		X					
	Estado general del volco	X		X		X		X		X					
	* Soporte del volco (gato hidráulico)	X		X		X		X		X					
	Tanque de combustible(Abrasaderas,Soporte)	X		X		X		X		X					
	Motor	X		X		X		X		X					
	Sistema de carpado	X		X		X		X		X					
	* Ganchos compuerta volco	X		X		X		X		X					
	* Soportes y Bujes del Volco	X		X		X		X		X					
	Documentos del conductor y del vehiculo	X		X		X		X		X					
	Kit ambiental	X		X		X		X		X					
FIRMA	FIRMA OPERADOR	Jhon F. Cadena													
	FIRMA SUPERVISOR SISO														

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

COMERCIO VIAL SIX ORIENTE	INSPECCION PREOPERACIONAL VOLQUETA	

FECHA 03-12-2020 05-12-2020 MARCA Kenworth MODELO 2015

OPERADOR Jhon F. Cadavo UBICACIÓN San Vicente PLACA SNW 194

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
LUCES	* Frontales de servicio (altas y bajas)							X		X		X			
	Traseras de trabajo (Reflector)							X		X		X			
	Direccionales delanteras de parqueo							X		X		X			
	Direccionales traseras de parqueo							X		X		X			
	De stop y señal trasera							X		X		X			
CABINA	Espejos laterales							X		X		X			
	Alarma de retroceso							X		X		X			
	Pito							X		X		X			
	* Freno de servicio							X		X		X			
	* Freno de emergencia							X		X		X			
	* Dirección/suspensión (Terminales)							X		X		X			
	Cinturón de seguridad							X		X		X			
	Vidrio frontal (en buen estado)							X		X		X			
	Limpia brisas							X		X		X			
	Extintor de incendios (10 lbs) PQS							X		X		X			
	Silleteria y tapiceria							X		X		X			
	Indicadores (hidráulico, voltimetro, motor, refrigerante, horometro, aire)							X		X		X			
	Bateria y cables							X		X		X			
LLANTAS	En buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)							X		X		X			
ESTADO MECÁNICO	* Control de fugas hidráulicas							X		X		X			
	Pasadores, suspensión							X		X		X			
	Control fugas de aire							X		X		X			
	Grapes y anclaje de chasis							X		X		X			
	Cadena del cardam							X		X		X			
	Acoples rapidos							X		X		X			
	Mangueras							X		X		X			
	Estado general del volco							X		X		X			
	* Soporte del volco (gato hidráulico)							X		X		X			
	Tanque de combustible(Abrasaderas,Soporte)							X		X		X			
	Motor							X		X		X			
	Sistema de carpado							X		X		X			
	* Ganchos compuerta volco							X		X		X			
	* Soportes y Bujes del Volco							X		X		X			
	Documentos del conductor y del vehículo							X		X		X			
	Kit ambiental							X		X		X			
FIRMA	FIRMA OPERADOR	Jhon F. Cadavo.													
	FIRMA SUPERVISOR SISO														

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCIÓN CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

CONSORCIO VIAL SIO-ORIENTE	INSPECCION PREOPERACIONAL VOLQUETA	

FECHA 30-11-2020 05-12-2020 MARCA Ford MODELO 1952

OPERADOR Oscar Zapata UBICACIÓN San Rafael PLACA THM676

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
LUCES	* Frontales de servicio (altas y bajas)	X		X		X		X		X		X			
	Traseras de trabajo (Reflector)	X		X		X		X		X		X			
	Direccionales delanteras de parqueo	X		X		X		X		X		X			
	Direccionales traseras de parqueo	X		X		X		X		X		X			
	De stop y señal trasera	X		X		X		X		X		X			
CABINA	Espejos laterales	X		X		X		X		X		X			
	Alarma de retroceso	X		X		X		X		X		X			
	Pito	X		X		X		X		X		X			
	* Freno de servicio	X		X		X		X		X		X			
	* Freno de emergencia	X		X		X		X		X		X			
	* Dirección/suspensión (Terminales)	X		X		X		X		X		X			
	Cinturón de seguridad	X		X		X		X		X		X			
	Vidrio frontal (en buen estado)	X		X		X		X		X		X			
	Limpia brisas	X		X		X		X		X		X			
	Extintor de incendios (10 lbs) PQS	X		X		X		X		X		X			
	Silletería y tapicería	X		X		X		X		X		X			
	Indicadores (hidráulico, voltímetro, motor, refrigerante, horometro, aire)	X		X		X		X		X		X			
	Batería y cables	X		X		X		X		X		X			
LLANTAS	En buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)	X		X		X		X		X		X			
ESTADO MECÁNICO	* Control de fugas hidráulicas	X		X		X		X		X		X			
	Pasadores, suspensión	X		X		X		X		X		X			
	Control fugas de aire	X		X		X		X		X		X			
	Grapas y anclaje de chasis	X		X		X		X		X		X			
	Cadana del cardam	X		X		X		X		X		X			
	Acoples rapidos	X		X		X		X		X		X			
	Mangueras	X		X		X		X		X		X			
	Estado general del volco	X		X		X		X		X		X			
	* Soporte del volco (gato hidráulico)	X		X		X		X		X		X			
	Tanque de combustible(Abrasaderas,Soporte)	X		X		X		X		X		X			
	Motor	X		X		X		X		X		X			
	Sistema de carpado	X		X		X		X		X		X			
	* Ganchos compuerta volco	X		X		X		X		X		X			
	* Soportes y Bujes del Volco	X		X		X		X		X		X			
	Documentos del conductor y del vehículo	X		X		X		X		X		X			
	Kit ambiental	X		X		X		X		X		X			
FIRMA	FIRMA OPERADOR	Oscar Zapata													
	FIRMA SUPERVISOR SISO														

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

CONSORCIO VIAL SOLUCIONES	INSPECCION PREOPERACIONAL VOLQUETA	

FECHA 07-12-2020 12-12-2020 MARCA FORD MODELO 1992

OPERADOR Oscar Zapata UBICACIÓN San Rafael PLACA TKA676

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
LUCES	* Frontales de servicio (altas y bajas)	X		X		X		X		X		X			
	Traseras de trabajo (Reflector)	X		X		X		X		X		X			
	Direccionales delanteras de parqueo	X		X		X		X		X		X			
	Direccionales traseras de parqueo	X		X		X		X		X		X			
	De stop y señal trasera	X		X		X		X		X		X			
CABINA	Espejos laterales	X		X		X		X		X		X			
	Alarma de retroceso	X		X		X		X		X		X			
	Pito	X		X		X		X		X		X			
	* Freno de servicio	X		X		X		X		X		X			
	* Freno de emergencia	X		X		X		X		X		X			
	* Dirección/suspensión (Terminales)	X		X		X		X		X		X			
	Cinturón de seguridad	X		X		X		X		X		X			
	Vidrio frontal (en buen estado)	X		X		X		X		X		X			
	Limpia brisas	X		X		X		X		X		X			
	Extintor de incendios (10 lbs) PQS	X		X		X		X		X		X			
	Silletería y tapicería	X		X		X		X		X		X			
	Indicadores (hidráulico, voltimetro, motor, refrigerante, horometro, aire)	X		X		X		X		X		X			
	Bateria y cables	X		X		X		X		X		X			
LLANTAS	En buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)	X		X		X		X		X		X			
ESTADO MECÁNICO	* Control de fugas hidráulicas	X		X		X		X		X		X			
	Pasadores, suspensión	X		X		X		X		X		X			
	Control fugas de aire	X		X		X		X		X		X			
	Grapas y anclaje de chasis	X		X		X		X		X		X			
	Cadena del cardam	X		X		X		X		X		X			
	Acoples rapidos	X		X		X		X		X		X			
	Mangueras	X		X		X		X		X		X			
	Estado general del volco	X		X		X		X		X		X			
	* Soporte del volco (gato hidráulico)	X		X		X		X		X		X			
	Tanque de combustible(Abrasaderas,Soporte)	X		X		X		X		X		X			
	Motor	X		X		X		X		X		X			
	Sistema de carpado	X		X		X		X		X		X			
	* Ganchos compuerta volco	X		X		X		X		X		X			
	* Soportes y Bujes del Volco	X		X		X		X		X		X			
	Documentos del conductor y del vehiculo	X		X		X		X		X		X			
	Kit ambiental	X		X		X		X		X		X			
FIRMA	FIRMA OPERADOR	Oscar Zapata													
	FIRMA SUPERVISOR SISO														

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCIÓN CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

	INSPECCION PREOPERACIONAL VOLQUETA	

FECHA 14-11-2020 19-12-2020 MARCA FORD MODELO 1952

OPERADOR Oscar Zapata UBICACIÓN San Rafael PLACA THA676.

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
LUCES	* Frontales de servicio (altas y bajas)	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Traseras de trabajo (Reflector)	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Direccionales delanteras de parqueo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Direccionales traseras de parqueo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	De stop y señal trasera	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CABINA	Espejos laterales	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Alarma de retroceso	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Pito	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Freno de servicio	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Freno de emergencia	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Dirección/suspensión (Terminales)	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Cinturón de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Vidrio frontal (en buen estado)	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Limpia brisas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Extintor de incendios (10 lbs) PQS	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Silleteria y tapiceria	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicadores (hidráulico, voltimetro, motor, refrigerante, horometro, aire)	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Bateria y cables	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
LLANTAS	En buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ESTADO MECÁNICO	* Control de fugas hidráulicas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Pasadores, suspensión	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Control fugas de aire	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Grapas y anclaje de chasis	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Cadena del cardam	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Acoples rapidos	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Mangueras	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado general del volco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Soporte del volco (gato hidráulico)	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Tanque de combustible(Abrasaderas,Soporte)	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Motor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Sistema de carpado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Ganchos compuerta volco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Soportes y Bujes del Volco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Documentos del conductor y del vehiculo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Kit ambiental	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA	FIRMA OPERADOR	Oscar Zapata													
	FIRMA SUPERVISOR SISO														

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

CONSORCIO VIAL SOS ORIENTE	INSPECCION PREOPERACIONAL VOLQUETA	

FECHA 21-12-2020 26-12-2020 MARCA FORD MODELO 1952

OPERADOR Oscar Zapata UBICACIÓN San Rafael PLACA THA676

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
LUCES	* Frontales de servicio (altas y bajas)	X		X		X		X		X		X			
	Traseras de trabajo (Reflector)	X		X		X		X		X		X			
	Direccionales delanteras de parqueo	X		X		X		X		X		X			
	Direccionales traseras de parqueo	X		X		X		X		X		X			
	De stop y señal trasera	X		X		X		X		X		X			
CABINA	Espejos laterales	X		X		X		X		X		X			
	Alarma de retroceso	X		X		X		X		X		X			
	Pito	X		X		X		X		X		X			
	* Freno de servicio	X		X		X		X		X		X			
	* Freno de emergencia	X		X		X		X		X		X			
	* Dirección/suspensión (Terminales)	X		X		X		X		X		X			
	Cinturón de seguridad	X		X		X		X		X		X			
	Vidrio frontal (en buen estado)	X		X		X		X		X		X			
	Limpia brisas	X		X		X		X		X		X			
	Extintor de incendios (10 lbs) PQS	X		X		X		X		X		X			
	Silletería y tapicería	X		X		X		X		X		X			
	Indicadores (hidráulico, voltimetro, motor, refrigerante, horometro, aire)	X		X		X		X		X		X			
	Batería y cables	X		X		X		X		X		X			
LLANTAS	En buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)	X		X		X		X		X		X			
ESTADO MECÁNICO	* Control de fugas hidráulicas	X		X		X		X		X		X			
	Pasadores, suspensión	X		X		X		X		X		X			
	Control fugas de aire	X		X		X		X		X		X			
	Grapas y anclaje de chasis	X		X		X		X		X		X			
	Cadena del cardam	X		X		X		X		X		X			
	Acoples rapidos	X		X		X		X		X		X			
	Mangueras	X		X		X		X		X		X			
	Estado general del volco	X		X		X		X		X		X			
	* Soporte del volco (gato hidráulico)	X		X		X		X		X		X			
	Tanque de combustible(Abrasaderas,Soporte)	X		X		X		X		X		X			
	Motor	X		X		X		X		X		X			
	Sistema de carpado	X		X		X		X		X		X			
	* Ganchos compuerta volco	X		X		X		X		X		X			
	* Soportes y Bujes del Volco	X		X		X		X		X		X			
	Documentos del conductor y del vehiculo	X		X		X		X		X		X			
	Kit ambiental	X		X		X		X		X		X			
FIRMA	FIRMA OPERADOR	Oscar Zapata													
	FIRMA SUPERVISOR SISO														

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

	INSPECCION PREOPERACIONAL

SEMANA DEL 14-12-2020 AL 17-12-2020 MARCA Caterpillar MODELO 2000 SERIE 4100088Z

OPERADOR Alberto Sotero. UBICACIÓN Nances PROYECTO _____

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
LUCES	De trabajo delanteras (altas y bajas)	X		X		X		X							
	De trabajo traseras	X		X		X		X							
	Direccionales delanteras	X		X		X		X							
	Direccionales traseras	X		X		X		X							
	De Stop y señal trasera	X		X		X		X							
CABINA	Protección antivuelco (ROPS) certificada	X		X		X		X							
	Cinturón de seguridad	X		X		X		X							
	Extintor de incendio 10 PQS	X		X		X		X							
	Asiento en buen estado (dispositivo de giro)	X		X		X		X							
	Vidrio panoramico en buen estado	X		X		X		X							
	* Indicadores (hidráulicos, refrigerantes, horometro, corriente, aceite motor)	X		X		X		X							
	Tubo de escape (Exhosto)	X		X		X		X							
	Alarma de retroceso-Pito	X		X		X		X							
	Espejos	X		X		X		X							
	Escaleras y apoyos de acceso	X		X		X		X							
	Palancas y pedales en buen estado	X		X		X		X							
	Bateria y cables	X		X		X		X							
ESTADO MECÁNICO	*** Control de fugas hidráulicas**	X		X		X		X							
	Kit ambiental	X		X		X		X							
	Estado pasadores (bastidor, desgarrador)	X		X		X		X							
	Estado pasadores (brazo, balde)	X		X		X		X							
	* Gatos estabilizadores	X		X		X		X							
	Mecanismo de giro (Brazo excavador)	X		X		X		X							
	* Función Hidráulica en buen estado (mangueras)	X		X		X		X							
	* Freno de servicio	X		X		X		X							
	*** Mando de estacionamiento (freno de emergen**	X		X		X		X							
	Estado general desgarrador (balde)	X		X		X		X							
	Mandos de levante del brazo	X		X		X		X							
	*** Cilindros en buen estado**	X		X		X		X							
	Compartimiento del motor aseado	X		X		X		X							
LLANTAS	En buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)	X		X		X		X							
	Huellas en buen estado	X		X		X		X							
FIRMA	FIRMA OPERADOR	Alberto Sotero.													
	FIRMA SUPERVISOR SISO														

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

*PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

CONSORCIO VIAL RIO ORIENTE	INSPECCION PREOPERACIONAL

SEMANA DEL 07-12-2020 AL 12-12-2020 MARCA Caterpillar MODELO 2008 SERIE 4100008B2

OPERADOR Alberto Botero UBICACIÓN Nores PROYECTO

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
LUCES	De trabajo delanteras (altas y bajas)	X		X		X		X		X		X			
	De trabajo traseras	X		X		X		X		X		X			
	Direccionales delanteras	X		X		X		X		X		X			
	Direccionales traseras	X		X		X		X		X		X			
	De Stop y señal trasera	X		X		X		X		X		X			
CABINA	Protección antivuelco (ROPS) certificada	X		X		X		X		X		X			
	Cinturón de seguridad	X		X		X		X		X		X			
	Extintor de incendio 10 PQS	X		X		X		X		X		X			
	Asiento en buen estado (dispositivo de giro)	X		X		X		X		X		X			
	Vidrio panoramico en buen estado	X		X		X		X		X		X			
	* Indicadores (hidráulicos, refrigerantes, horometro, corriente, aceite motor)	X		X		X		X		X		X			
	Tubo de escape (Exhosto)	X		X		X		X		X		X			
	Alarma de retroceso-Pito	X		X		X		X		X		X			
	Espejos	X		X		X		X		X		X			
	Escaleras y apoyos de acceso	X		X		X		X		X		X			
	Palancas y pedales en buen estado	X		X		X		X		X		X			
	Bateria y cables	X		X		X		X		X		X			
ESTADO MECÁNICO	*** Control de fugas hidráulicas**	X		X		X		X		X		X			
	Kit ambiental	X		X		X		X		X		X			
	Estado pasadores (bastidor, desgarrador)	X		X		X		X		X		X			
	Estado pasadores (brazo, balde)	X		X		X		X		X		X			
	* Gatos estabilizadores	X		X		X		X		X		X			
	Mecanismo de giro (Brazo excavador)	X		X		X		X		X		X			
	* Función Hidráulica en buen estado (mangueras)	X		X		X		X		X		X			
	* Freno de servicio	X		X		X		X		X		X			
	*** Mando de estacionamiento (freno de emergen**	X		X		X		X		X		X			
	Estado general desgarrador (balde)	X		X		X		X		X		X			
	Mandos de levante del brazo	X		X		X		X		X		X			
	*** Cilindros en buen estado**	X		X		X		X		X		X			
	Compartimiento del motor aseado	X		X		X		X		X		X			
LLANTAS	En buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)	X		X		X		X		X		X			
	Huellas en buen estado	X		X		X		X		X		X			
FIRMA	**FIRMA OPERADOR**	Alberto Botero													
	FIRMA SUPERVISOR SISO														

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

***PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

	INSPECCION PREOPERACIONAL

SEMANA DEL 30-12-2020 AL 05-12-2020 MARCA Caterpillar MODELO 2000 SERIE 910008682

OPERADOR Alberto Botero UBICACIÓN Barcas PROYECTO _____

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
LUCES	De trabajo delanteras (altas y bajas)	X		X		X		X		X		X			
	De trabajo traseras	X		X		X		X		X		X			
	Direccionales delanteras	X		X		X		X		X		X			
	Direccionales traseras	X		X		X		X		X		X			
	De Stop y señal trasera	X		X		X		X		X		X			
CABINA	Protección antivuelco (ROPS) certificada	X		X		X		X		X		X			
	Cinturón de seguridad	X		X		X		X		X		X			
	Extintor de incendio 10 PQS	X		X		X		X		X		X			
	Asiento en buen estado (dispositivo de giro)	X		X		X		X		X		X			
	Vidrio panoramico en buen estado	X		X		X		X		X		X			
	* Indicadores (hidráulicos, refrigerantes, horometro, corriente, aceite motor)	X		X		X		X		X		X			
	Tubo de escape (Exhosto)	X		X		X		X		X		X			
	Alarma de retroceso-Pito	X		X		X		X		X		X			
	Espejos	X		X		X		X		X		X			
	Escaleras y apoyos de acceso	X		X		X		X		X		X			
	Palancas y pedales en buen estado	X		X		X		X		X		X			
	Bateria y cables	X		X		X		X		X		X			
ESTADO MECÁNICO	*** Control de fugas hidráulicas**	X		X		X		X		X		X			
	Kit ambiental	X		X		X		X		X		X			
	Estado pasadores (bastidor, desgarrador)	X		X		X		X		X		X			
	Estado pasadores (brazo, balde)	X		X		X		X		X		X			
	* Gatos estabilizadores	X		X		X		X		X		X			
	Mecanismo de giro (Brazo excavador)	X		X		X		X		X		X			
	* Función Hidráulica en buen estado (mangueras)	X		X		X		X		X		X			
	* Freno de servicio	X		X		X		X		X		X			
	*** Mando de estacionamiento (freno de emergen**	X		X		X		X		X		X			
	Estado general desgarrador (balde)	X		X		X		X		X		X			
	Mandos de levante del brazo	X		X		X		X		X		X			
	*** Cilindros en buen estado**	X		X		X		X		X		X			
	Compartimiento del motor aseado	X		X		X		X		X		X			
LLANTAS	En buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)	X		X		X		X		X		X			
	Huellas en buen estado	X		X		X		X		X		X			
FIRMA	**FIRMA OPERADOR**	Alberto Botero													
	FIRMA SUPERVISOR SISO														

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

***PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

	INSPECCION PREOPERACIONAL VOLQUETA	

FECHA 30-11-2020 05-12-2020 MARCA Chevrolet MODELO 1984

OPERADOR Cesar Augusto. UBICACIÓN San Rafael. PLACA HJS78

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
LUCES	* Frontales de servicio (altas y bajas)	X		X		X		X		X		X			
	Traseras de trabajo (Reflector)	X		X		X		X		X		X			
	Direccionales delanteras de parqueo	X		X		X		X		X		X			
	Direccionales traseras de parqueo	X		X		X		X		X		X			
	De stop y señal trasera	X		X		X		X		X		X			
CABINA	Espejos laterales	X		X		X		X		X		X			
	Alarma de retroceso	X		X		X		X		X		X			
	Pito	X		X		X		X		X		X			
	* Freno de servicio	X		X		X		X		X		X			
	* Freno de emergencia	X		X		X		X		X		X			
	* Dirección/suspensión (Terminales)	X		X		X		X		X		X			
	Cinturón de seguridad	X		X		X		X		X		X			
	Vidrio frontal (en buen estado)	X		X		X		X		X		X			
	Limpia brisas	X		X		X		X		X		X			
	Extintor de incendios (10 lbs) PQS	X		X		X		X		X		X			
	Silleteria y tapiceria	X		X		X		X		X		X			
	Indicadores (hidráulico, voltimetro, motor, refrigerante, horometro, aire)	X		X		X		X		X		X			
	Bateria y cables	X		X		X		X		X		X			
LLANTAS	En buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)	X		X		X		X		X		X			
ESTADO MECÁNICO	* Control de fugas hidráulicas	X		X		X		X		X		X			
	Pasadores, suspensión	X		X		X		X		X		X			
	Control fugas de aire	X		X		X		X		X		X			
	Grapas y anclaje de chasis	X		X		X		X		X		X			
	Cadena del cardam	X		X		X		X		X		X			
	Acoples rapidos	X		X		X		X		X		X			
	Mangueras	X		X		X		X		X		X			
	Estado general del volco	X		X		X		X		X		X			
	* Soporte del volco (gato hidráulico)	X		X		X		X		X		X			
	Tanque de combustible(Abrasaderas.Soporte)	X		X		X		X		X		X			
	Motor	X		X		X		X		X		X			
	Sistema de carpado	X		X		X		X		X		X			
	* Ganchos compuerta volco	X		X		X		X		X		X			
	* Soportes y Bujes del Volco	X		X		X		X		X		X			
	Documentos del conductor y del vehiculo	X		X		X		X		X		X			
	Kit ambiental	X		X		X		X		X		X			
FIRMA	FIRMA OPERADOR	César A.													
	FIRMA SUPERVISOR SISO														

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

CONSORCIO VIAL SCS ORIENTE	INSPECCION PREOPERACIONAL VOLQUETA	

FECHA 07-12-2020 12-12-2020 MARCA Chevrolet MODELO 1984

OPERADOR Cesar Augusto UBICACIÓN Norte PLACA JJJ878

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
LUCES	* Frontales de servicio (altas y bajas)	X		X		X		X		X		X			
	Traseras de trabajo (Reflector)	X		X		X		X		X		X			
	Direccionales delanteras de parqueo	X		X		X		X		X		X			
	Direccionales traseras de parqueo	X		X		X		X		X		X			
	De stop y señal trasera	X		X		X		X		X		X			
CABINA	Espejos laterales	X		X		X		X		X		X			
	Alarma de retroceso	X		X		X		X		X		X			
	Pito	X		X		X		X		X		X			
	* Freno de servicio	X		X		X		X		X		X			
	* Freno de emergencia	X		X		X		X		X		X			
	* Dirección/suspensión (Terminales)	X		X		X		X		X		X			
	Cinturón de seguridad	X		X		X		X		X		X			
	Vidrio frontal (en buen estado)	X		X		X		X		X		X			
	Limpia brisas	X		X		X		X		X		X			
	Extintor de incendios (10 lbs) PQS	X		X		X		X		X		X			
	Silleteria y tapiceria	X		X		X		X		X		X			
	Indicadores (hidráulico, voltimetro, motor, refrigerante, horometro, aire)	X		X		X		X		X		X			
	Bateria y cables	X		X		X		X		X		X			
LLANTAS	En buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)	X		X		X		X		X		X			
ESTADO MECÁNICO	* Control de fugas hidráulicas	X		X		X		X		X		X			
	Pasadores, suspensión	X		X		X		X		X		X			
	Control fugas de aire	X		X		X		X		X		X			
	Grapas y anclaje de chasis	X		X		X		X		X		X			
	Cadena del cardam	X		X		X		X		X		X			
	Acoples rapidos	X		X		X		X		X		X			
	Mangueras	X		X		X		X		X		X			
	Estado general del volco	X		X		X		X		X		X			
	* Soporte del volco (gato hidráulico)	X		X		X		X		X		X			
	Tanque de combustible(Abrasaderas,Soporte)	X		X		X		X		X		X			
	Motor	X		X		X		X		X		X			
	Sistema de carpado	X		X		X		X		X		X			
	* Ganchos compuerta volco	X		X		X		X		X		X			
	* Soportes y Bujes del Volco	X		X		X		X		X		X			
	Documentos del conductor y del vehiculo	X		X		X		X		X		X			
	Kit ambiental	X		X		X		X		X		X			
FIRMA	FIRMA OPERADOR	Cesar A.													
	FIRMA SUPERVISOR SISO														

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCIÓN CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

CONSORCIO VIAL SCS ORIENTE	INSPECCION PREOPERACIONAL VOLQUETA	

FECHA 14-12-2020 14-12-2020 MARCA Chevrolet MODELO 1989

OPERADOR Cesar Augusto UBICACIÓN Varios PLACA JJJ878

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
LUCES	* Frontales de servicio (altas y bajas)	X		X		X		X		X		X			
	Traseras de trabajo (Reflector)	X		X		X		X		X		X			
	Direccionales delanteras de parqueo	X		X		X		X		X		X			
	Direccionales traseras de parqueo	X		X		X		X		X		X			
	De stop y señal trasera	X		X		X		X		X		X			
CABINA	Espejos laterales	X		X		X		X		X		X			
	Alarma de retroceso	X		X		X		X		X		X			
	Pito	X		X		X		X		X		X			
	* Freno de servicio	X		X		X		X		X		X			
	* Freno de emergencia	X		X		X		X		X		X			
	* Dirección/suspensión (Terminales)	X		X		X		X		X		X			
	Cinturón de seguridad	X		X		X		X		X		X			
	Vidrio frontal (en buen estado)	X		X		X		X		X		X			
	Limpia brisas	X		X		X		X		X		X			
	Extintor de incendios (10 lbs) PQS	X		X		X		X		X		X			
	Silletería y tapicería	X		X		X		X		X		X			
	Indicadores (hidráulico, voltimetro, motor, refrigerante, horometro, aire)	X		X		X		X		X		X			
	Batería y cables	X		X		X		X		X		X			
LLANTAS	En buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)	X		X		X		X		X		X			
ESTADO MECÁNICO	* Control de fugas hidráulicas	X		X		X		X		X		X			
	Pasadores, suspensión	X		X		X		X		X		X			
	Control fugas de aire	X		X		X		X		X		X			
	Grapas y anclaje de chasis	X		X		X		X		X		X			
	Cadena del cardam	X		X		X		X		X		X			
	Acoples rapidos	X		X		X		X		X		X			
	Mangueras	X		X		X		X		X		X			
	Estado general del volco	X		X		X		X		X		X			
	* Soporte del volco (gato hidráulico)	X		X		X		X		X		X			
	Tanque de combustible(Abrasaderas,Soporte)	X		X		X		X		X		X			
	Motor	X		X		X		X		X		X			
	Sistema de carpado	X		X		X		X		X		X			
	* Ganchos compuerta volco	X		X		X		X		X		X			
	* Soportes y Bujes del Volco	X		X		X		X		X		X			
	Documentos del conductor y del vehiculo	X		X		X		X		X		X			
	Kit ambiental	X		X		X		X		X		X			
FIRMA	FIRMA OPERADOR	Cesar A													
	FIRMA SUPERVISOR SISO														

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

CONCESIÓN VIAL NCI-ODEBRETZ	INSPECCION PREOPERACIONAL VOLQUETA	

FECHA 21-12-2010 26-12-2010 MARCA Chevrolet MODELO 1984

OPERADOR Cesar Augusto UBICACIÓN San Rafael PLACA JJJ878

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
LUCES	* Frontales de servicio (altas y bajas)	X		X		X		X		X		X			
	Traseras de trabajo (Reflector)	X		X		X		X		X		X			
	Direccionales delanteras de parqueo	X		X		X		X		X		X			
	Direccionales traseras de parqueo	X		X		X		X		X		X			
	De stop y señal trasera	X		X		X		X		X		X			
CABINA	Espejos laterales	X		X		X		X		X		X			
	Alarma de retroceso	X		X		X		X		X		X			
	Pito	X		X		X		X		X		X			
	* Freno de servicio	X		X		X		X		X		X			
	* Freno de emergencia	X		X		X		X		X		X			
	* Dirección/suspensión (Terminales)	X		X		X		X		X		X			
	Cinturón de seguridad	X		X		X		X		X		X			
	Vidrio frontal (en buen estado)	X		X		X		X		X		X			
	Limpia brisas	X		X		X		X		X		X			
	Extintor de incendios (10 lbs) PQS	X		X		X		X		X		X			
	Silleteria y tapiceria	X		X		X		X		X		X			
	Indicadores (hidráulico, voltimetro, motor, refrigerante, horometro, aire)	X		X		X		X		X		X			
	Bateria y cables	X		X		X		X		X		X			
LLANTAS	En buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)	X		X		X		X		X		X			
ESTADO MECÁNICO	* Control de fugas hidráulicas	X		X		X		X		X		X			
	Pasadores, suspensión	X		X		X		X		X		X			
	Control fugas de aire	X		X		X		X		X		X			
	Grapas y anclaje de chasis	X		X		X		X		X		X			
	Cadena del cardam	X		X		X		X		X		X			
	Acoples rapidos	X		X		X		X		X		X			
	Mangueras	X		X		X		X		X		X			
	Estado general del volco	X		X		X		X		X		X			
	* Soporte del volco (gato hidráulico)	X		X		X		X		X		X			
	Tanque de combustible(Abrasaderas,Soporte)	X		X		X		X		X		X			
	Motor	X		X		X		X		X		X			
	Sistema de carpado	X		X		X		X		X		X			
	* Ganchos compuerta volco	X		X		X		X		X		X			
	* Soportes y Bujes del Volco	X		X		X		X		X		X			
	Documentos del conductor y del vehiculo	X		X		X		X		X		X			
	Kit ambiental	X		X		X		X		X		X			
FIRMA	FIRMA OPERADOR	César A.													
	FIRMA SUPERVISOR SISO														

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

CONSORCIO VIAL SUR ORIENTE	INSPECCION PREOPERACIONAL VOLQUETA	

FECHA 07-12-2010 4-12-2010 MARCA FORD MODELO 1967

OPERADOR Luis Arbeláez UBICACIÓN San Vicente PLACA AJJ981

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
LUCES	* Frontales de servicio (altas y bajas)	X		X		X		X		X					
	Traseras de trabajo (Reflector)	X		X		X		X		X					
	Direccionales delanteras de parqueo	X		X		X		X		X					
	Direccionales traseras de parqueo	X		X		X		X		X					
	De stop y señal trasera	X		X		X		X		X					
CABINA	Espejos laterales	X		X		X		X		X					
	Alarma de retroceso	X		X		X		X		X					
	Pito	X		X		X		X		X					
	* Freno de servicio	X		X		X		X		X					
	* Freno de emergencia	X		X		X		X		X					
	* Dirección/suspensión (Terminales)	X		X		X		X		X					
	Cinturón de seguridad	X		X		X		X		X					
	Vidrio frontal (en buen estado)	X		X		X		X		X					
	Limpia brisas	X		X		X		X		X					
	Extintor de incendios (10 lbs) PQS	X		X		X		X		X					
	Silletería y tapicería	X		X		X		X		X					
	Invticadores (hidráulico, voltimetro, motor, refrigerante, horometro, aire)	X		X		X		X		X					
	Bateria y cables	X		X		X		X		X					
LLANTAS	En buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)	X		X		X		X		X					
ESTADO MECÁNICO	* Control de fugas hidráulicas	X		X		X		X		X					
	Pasadores, suspensión	X		X		X		X		X					
	Control fugas de aire	X		X		X		X		X					
	Grapas y anclaje de chasis	X		X		X		X		X					
	Cadena del cardam	X		X		X		X		X					
	Acoples rapidos	X		X		X		X		X					
	Mangueras	X		X		X		X		X					
	Estado general del volco	X		X		X		X		X					
	* Soporte del volco (gato hidráulico)	X		X		X		X		X					
	Tanque de combustible(Abrasaderas,Soporte)	X		X		X		X		X					
	Motor	X		X		X		X		X					
	Sistema de carpado	X		X		X		X		X					
	* Ganchos compuerta volco	X		X		X		X		X					
	* Soportes y Bujes del Volco	X		X		X		X		X					
	Documentos del conductor y del vehiculo	X		X		X		X		X					
	Kit ambiental	X		X		X		X		X					
FIRMA	FIRMA OPERADOR	Luis Arbeláez													
	FIRMA SUPERVISOR SISO														

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

CONSORCIO VIAL SUROCCIDENTE	INSPECCION PREOPERACIONAL VOLQUETA	

FECHA 03-12-2020 05-12-2020 MARCA FORD MODELO 1989

OPERADOR Jesus Arbeláez UBICACIÓN San Vicente PLACA AJ981

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
LUCES	* Frontales de servicio (altas y bajas)							X		X		X			
	Traseras de trabajo (Reflector)							X		X		X			
	Direccionales delanteras de parqueo							X		X		X			
	Direccionales traseras de parqueo							X		X		X			
	De stop y señal trasera							X		X		X			
CABINA	Espejos laterales							X		X		X			
	Alarma de retroceso							X		X		X			
	Pito							X		X		X			
	* Freno de servicio							X		X		X			
	* Freno de emergencia							X		X		X			
	* Dirección/suspensión (Terminales)							X		X		X			
	Cinturón de seguridad							X		X		X			
	Vidrio frontal (en buen estado)							X		X		X			
	Limpia brisas							X		X		X			
	Extintor de incendios (10 lbs) PQS							X		X		X			
	Silletería y tapicería							X		X		X			
	Indicadores (hidráulico, voltímetro, motor, refrigerante, horometro, aire)							X		X		X			
	Batería y cables							X		X		X			
LLANTAS	En buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)							X		X		X			
ESTADO MECÁNICO	* Control de fugas hidráulicas							X		X		X			
	Pasadores, suspensión							X		X		X			
	Control fugas de aire							X		X		X			
	Grapas y anclaje de chasis							X		X		X			
	Cadena del cardam							X		X		X			
	Acoples rapidos							X		X		X			
	Mangueras							X		X		X			
	Estado general del volco							X		X		X			
	* Soporte del volco (gato hidráulico)							X		X		X			
	Tanque de combustible(Abrasaderas,Soporte)							X		X		X			
	Motor							X		X		X			
	Sistema de carpado							X		X		X			
	* Ganchos compuerta volco							X		X		X			
	* Soportes y Bujes del Volco							X		X		X			
	Documentos del conductor y del vehículo							X		X		X			
	Kit ambiental							X		X		X			
FIRMA	FIRMA OPERADOR	Jesus Arbeláez													
	FIRMA SUPERVISOR SISO														

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

INSPECCION PREOPERACIONAL VIBROCOMPACTADOR DD24

SEMANA DEL 30-11-2020 AL 06-12-2020 MARCA Ingersoll MODELO 202 SERIE 166162

OPERADOR JOSE-Gabriel Guillermo Muñoz UBICACIÓN 3234572634 PROYECTO

ITEM	CONCEPTO Robot Montinila PARCHEO	LUNES B	LUNES M	MARTES B	MARTES M	MIERC. B	MIERC. M	JUEVES B	JUEVES M	VIERNES B	VIERNES M	SABADO B	SABADO M	DOMINGO B	DOMINGO M
LUCES	* De trabajo delanteras (Trabajo nocturno)							OK		X					
	* De trabajo traseras (Trabajo nocturno)							OK		X					
CABINA	*Cabina antivuelo (R.O.P.S)							O		O					
	* Cinturón de seguridad							X		X					
	Extintor de incendios 10 lbs PQS							X		X					
	Asiento							X		X					
	Mandos de avance							X		X					
	comente, aceite motor, combustible)							X		X					
	Control ingreso humo (tubo de escape)							X		X					
	* Alarma de retroceso							X		X					
	Pito							X		X					
	Escaleras y apoyos de acceso							X		X					
	Espejo retrovisor central (convexo)							O		O					
	Estado de pedales							O		O					
	Estado de mandos manuales							X		X					
ESTADO MECÁNICO	* Control de fugas hidráulicas							X		X					
	* Estado de cilindro (amortiguadores)							X		X					
	Llantas en buen estado							X		X					
	Puntos de lubricación							X		X					
	Mecanismo de viraje							X		X					
	* Dirección (terminales, bomba hidráulica)							X		X					
	* Mando de estacionamiento (emergencia)							X		X					
	* Motor							X		X					
	Pasadores y tornillos en buen estado							X		X					
	Bateria y cables							X		X					
	* Freno de servicio							X		X					
	* Resguardos									O					
	Anclajes de contrapeso														
	Guardas														
	Estado del bastidor														
FIRMA	FIRMA OPERADOR	Gabriel Galeano													
	FIRMA SUPERVISOR SISO														

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

*PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

INSPECCIÓN DE BOTIQUIN

CÓDIGO	FTO.GI.09
VERSIÓN	2
FECHA	5/04/2019
PÁGINA	1 de 1

Inspección realizada por		
Nombre (CIO) FABIAN PARADO	Fecha inspección 10-12-2020	Proxima inspección 10-01-2020
Cargo AUX. SST	Lugar VEHICULO HABILUX IWB-028	Firma
Proyecto: MANTENIMIENTO Y REHABILITACION DE VIAS, SUBREGION DE ORIENTE - ANTIOQUIA	Contratista: INTERVENTORIA - INGEVIAL SAS	

Marque con una X según criterio	B = Bueno	R = Regular	M = Malo	NA = No aplica

Elementos	Parametros a revisar						Plan de acción			
	Cantidad	Fecha vencimiento	Integridad empaque				Acción Correctiva Propuesta	Fecha Propuesta	Fecha Ejecución	Responsable
			B	R	M	NA				
Solución Salina	0						Solicitar la compra al area encargada			
Aplicadores y/o copitos	5		✓							
Cinta micropore	0						"			
Curas	2		✓							
Esparadrapo	0						"			
Gasa	1		✓							
Apósitos	0						"			
Guantes de Látex	1		✓							
Micropore	0						"			
Toalla Higienica	0						"			
Alcohol	0						"			
Termómetro	0						"			
Tijeras	0						"			
Vendas elásticas	0						"			
Vendad Fija	0						"			
Vendas triangulares	0						"			
Cuerpo del botiquin	5		✓							
Baja lenguas	5		✓							
Jeringa	0						"			
Guia Primeros Auxilios	0						"			
Telefonos emergencia	0						"			
Alineador Cervical	0						"			
Algodón	1		✓							
Isodine	0						"			
Isodine Solución	0						"			
Ferulas Maleables	0						"			
Mascara RCP	0						"			
Manual de Primeros Auxilios	0						"			
otro:										

Aspecto a revisar	B	R	M	Acción Correctiva Propuesta	Fecha Propuesta	Fecha Ejecución	Responsable
Accesibilidad	✓						

Conclusiones y Sugerencias

	INSPECCIÓN DE BOTIQUIN	CÓDIGO: FTO.GI.09 VERSIÓN: 2 FECHA: 5/04/2019 PÁGINA: 1 de 1

Inspección realizada por		
Nombre: EDIER ALBERTO P.	Fecha inspección: 10-12-2020	Proxima inspección: 10-01-2021
Cargo: AUX. SST	Lugar: MURMULLO VEHICULO EKS-302	Firma:
Proyecto: MANTENIMIENTO Y REHABILITACIÓN DE VÍAS, SUBEST... DE ORIENTE - ANTIOQUIA	Contratista: INGEVAL-SAS	

Marque con una X según criterio	B = Bueno	R = Regular	M = Malo	NA = No aplica

Elementos	Parametros a revisar						Plan de acción			
	Cantidad	Fecha vencimiento	Integridad empaque				Acción Correctiva Propuesta	Fecha Propuesta	Fecha Ejecución	Responsable
			B	R	M	NA				
Solución Salina	1	2021	✓							
Aplicadores y/o copitos	1		✓							
Cinta micropore	0						Solicitar Compra	09-DIC-2020		ENFERMERA COMPRAS APOYO SST
Curas	0						"	"		"
Esparadrapo	0						"	"		"
Gasa	2	FEB-2021	✓							
Apósitos	1		✓							
Guantes de Látex	1		✓							
Micropore	0						"	"		"
Toalla Higienica	1		✓							
Alcohol	0						"	"		"
Termómetro	0						"	"		"
Tijeras	2		✓							
Vendas elásticas	2		✓							
Vendad Fija	1		✓							
Vendas triangulares	0						"	"		"
Cuerpo del botiquín	1		✓							
Baja lenguas	1		✓							
Jeringa	1		✓							
Guia Primeros Auxilios	0									
Telefonos emergencia	1		✓							
Alinesdor Cervical	1		✓							
Algodón	1		✓							
Isodine	1		✓							
Isodine Solución	1		✓							
Ferulas Maleables	0						"	"		"
Mascara RCP	0						"	"		"
Manual de Primeros Auxilios	0						"	"		"
otro:										

Aspecto a revisar	B	R	M	Acción Correctiva Propuesta	Fecha Propuesta	Fecha Ejecución	Responsable
Accesibilidad	✓						

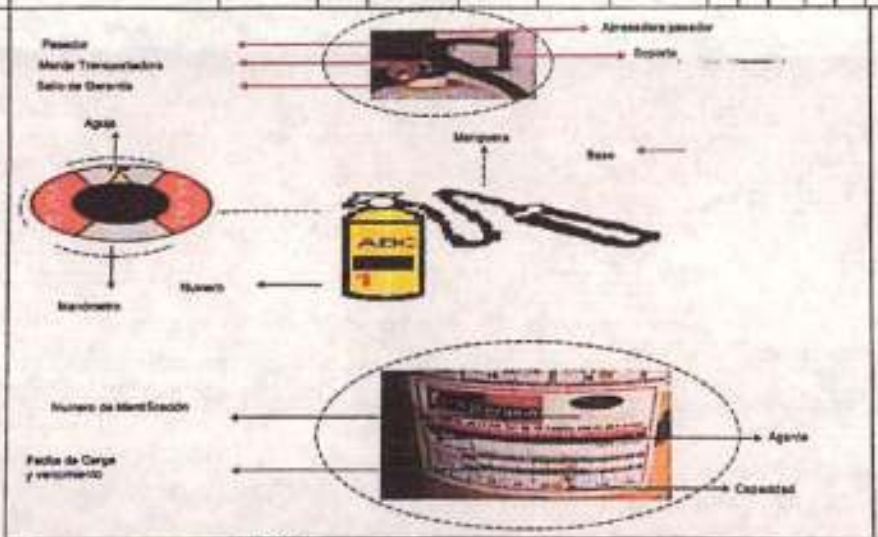
	INSPECCIÓN DE EXTINTORES	CÓDIGO: PTO.GI.11 VERSIÓN: 01 FECHA: 05/04/2019 PÁGINA: 01

Ubicación (Oficina y/o Proyecto): MARINILLA - VEHÍCULOS DE LA EMPRESA

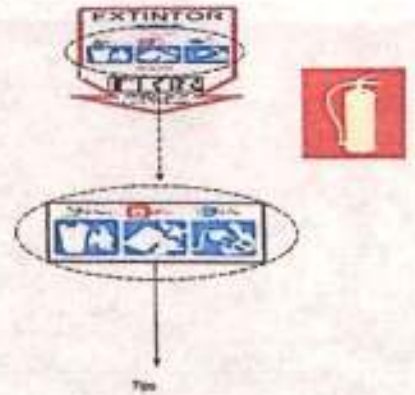
Fecha de Inspección: 10-12-2020

REALIZADO POR:	ITEM	UBICACIÓN	TIPO	CAP.	FECHA ULTIMA CARGA	FECHA PRÓXIMA CARGA	FECHA DE PH	VENCIMIENTO DE PH	ESTADO DEL EXTINTOR (MH) Número ident.	(MH) Señalización equipo	(MH) Soporte/Base	(M/m) Estado cilindro	(M/m) Pintura cilindro	(M/m) Acceso al equipo	(M/m) Visibilidad equipo	(M/m) Estado Manómetro	(M/m) Presión manómetro	(M/m) Pasador	(M/m) Abrazadera pasador	(M/m) Manguera o boquilla	(M/m) Sello de Garantía	(M/m) Manija de Trans.	OBSERVACIONES
LEIDY FAJARDO	1	VEHICULO IES-302	ABC	20LB	JUN/2020	JUN/2021	JUN/2020	JUN/2021	1	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	OK
LEIDY FAJARDO	2	VEHICULO IES00-028	ABC	20LB	DIC/2020	DIC/2021	DIC/2020	DIC/2021	2	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	OK
	3																						
	4																						
	5																						

ELEMENTOS



EXTINTOR



SEÑALIZACIÓN

GENERALIDADES

Agente: Puede ser PQS (Polvo Químico Seco), Agua o Solkaflam.

Tipo: Pueden ser multipropósito (ABC), Solkaflam o agua, BC.

Presión manómetro: La aguja del manómetro debe estar en la franja central (Marcando las 12)

Señalizacion: Puede tener cualquiera de las 2 que aparecen en las fotos.

Sello de Garantía: Este anillo debe tener color según norma INCONTEC que cambia cada año.

Escaneado con CamScanner

INSPECCIÓN DE VEHÍCULO

Versión	1
Fecha:	22/05/2019
Hoja	1 de 1

Nombre propietario	Tipo vehículo	Marca	Placa
VALENCIA WILLIAN	CAMIONETA	VITARA	IHS302
C.C. o NIT propietario	Capacidad pasajeros	Color	Modelo
	05	PLATA	2016

Nombre conductor	Pase No.	Categoría
Fernando Sanchez	71173747	C2
Cédula de ciudadanía	**Contrato No.**	**Inicio** / **Vencimiento**
71173747		27-11-2017 / 27-11-2027

Documentos	Si	No	Fecha expedición	Fecha vencimiento	Observación
Tarjeta de propiedad	X				
Seguro obligatorio	X		2020-10-01	2021-09-30	
Revisión técnico mecánica		NA			
Tarjeta de operación		NA			
Seguro responsabilidad civil		NO			
Seguro todo riesgo		NO	2020-10-01	30-09-2021	
Certificado de gases		NO			

Estado General Vehículo

Descripción	B	R	M	Observación	Descripción	B	R	M	Observación
Iluminación tablero	X				Luces altas	X			
Velocímetro	X				Luces bajas	X			
Testigo temperatura	X				Luces parqueo	X			
Testigo luces	X				Alarma de reversa			NO	
Testigo aceite	X				Luces reversa	X			
Presión aire	X				Luces freno	X			
Odometro	X				Exploradoras	X			
Testigo batería	X				Pito	X			
Testigo gasolina	X				Instalaciones eléctricas	X			
Testigo frenos	X				Motor	X			
Radio pasacintas	X				Motor de arranque	X			
Radio comunicaciones			NO		Radiador	X			
Retrovisor interno	X				Batería	X			
Retrovisores laterales	X				Mangueras	X			
Frenos de pie	X				Correas y cadenas	X			
Freno de mano	X				Pintura general	X			
Cabina	X				Carrocería	X			
Pisos	X				Escape gases (exosto)	X			
Puertas	X				Llantas principales	X			
Seguro puertas	X				Llanta repuesto	X			
Silletería	X				Rines	X			
Tapicería	X				Dirección	X			
Cinturón de seguridad	X				Limpiabrisas	X			
Aire acondicionado	X				Barra antivuelco			NO	
Iluminación interna	X				Sincronización	X			
Vidrios de seguridad	X				Suspensión	X			
Salida de emergencia			NO						
Llave master	X								
Luces direccionales	X								

Inspección realizada por

Nombre	Kilometraje
Fernando Sanchez	25670
Cargo	**Fecha inspección**
CONDUCTOR	07-12-2020
Firma	**Proxima inspección**
	14-12-2020

Equipo de carretera

Descripción	B	R	M	Observación
Gato	X			
Cruceta	X			
Triangulos o conos	X			
Chaleco reflectivo	X			
Guantes	X			
Tacos	X			
Extintor	X			
Linterna			NO	
Herramientas			NO	

Botiquin

Descripción	B	R	M	Observación
Agua Destilada	✓			
Aplicadores y/o copitos	✓			
Cinta micropore	✓			
Curas	✓			
Esparadrapo	X			
Gasa	X			
Guantes desechables	✓			
Guía Primeros Auxilios	X			
Suero Oral	X			
Telefonos emergencia	X			
Termómetro	X			
Tijeras	✓			
Vendas elásticas	X			
Vendas triangulares	X			
Cuerpo del botiquin	✓			

Firma conductor vehículo

Escaneado con CamScanner

INSPECCIÓN DE VEHÍCULO

Código	FTO.GI.29
Versión	1
Fecha:	22/05/2019
Hoja	1 de 1

Nombre propietario	Tipo vehículo	Marca	Placa
VALENCIA WILLIAN	CAMIONETA	VITARA	IKS302
C.C. o NIT propietario	Capacidad pasajeros	Color	Modelo
	05	PLATA	2016

Inspección realizada por			
Nombre	Fernando Sanchez	Kilometraje	96070
Cargo	CONDUCTOR	Fecha inspección	14-12-2020
Firma		Proxima inspección	21-12-2020

Nombre conductor		Pase No.	Categoria
Fernando Sanchez		71173907	C2
Cédula de ciudadanía	Contrato No.	Inicio	Vencimiento
71173907		29/12/2017	29/12/2027

Documentos	Si	No	Fecha expedición	Fecha vencimiento	Observación
Tarjeta de propiedad	X				
Seguro obligatorio	X		2020-10-01	2021-09-30	
Revisión técnico mecánica		NA			
Tarjeta de operación		NA			
Seguro responsabilidad civil		NA			
Seguro todo riesgo	X		2020-30-07	30-07-2021	
Certificado de gases		NA			

Estado General Vehículo

Descripción	B	R	M	Observación	Descripción	B	R	M	Observación
Iluminación tablero	X				Luces altas	X			
Velocimetro	X				Luces bajas	X			
Testigo temperatura	X				Luces parqueo	X			
Testigo luces	X				Alarma de reversa			NO	
Testigo aceite	X				Luces reversa	X			
Presión aire	X				Luces freno	X			
Odometro	X				Exploradoras	X			
Testigo bateria	X				Pito	X			
Testigo gasolina	X				Instalaciones eléctricas	X			
Testigo frenos	X				Motor	X			
Radio pasacintas	X				Motor de arranque	X			
Radio comunicaciones			NO		Radiador	X			
Retrovisor interno	X				Bateria	X			
Retrovisores laterales	X				Mangueras	X			
Frenos de pie	X				Correas y cadenas	X			
Freno de mano	X				Pintura general	X			
Cabina	X				Carroceria	X			
Pisos	X				Escape gases (exosto)	X			
Puertas	X				Llantas principales	X			
Seguro puertas	X				Llanta repuesto	X			
Silleteria	X				Rines	X			
Tapiceria	X				Dirección	X			
Cinturón de seguridad	X				Limpiabrisas	X			
Aire acondicionado	X				Barra antivuelco			NO	
Iluminación interna	X				Sincronización	X			
Vidrios de seguridad	X				Suspensión	X			
Salida de emergencia			NO						
Llave master	X								
Luces direccionales	X								

Equipo de carretera

Descripción	B	R	M	Observación
Gato	X			
Cruceta	X			
Triangulos o conos	X			
Chaleco reflectivo	X			
Guantes	X			
Tacos	X			
Extintor	X			
Linterna			NO	
Herramientas			NO	

Botiquin

Descripción	B	R	M	Observación
Agua Destilada	X			
Aplicadores y/o copitos	X			
Cinta micropore	X			
Curas	X			
Esparadrapo	X			
Gasa	X			
Guantes desechables	X			
Guia Primeros Auxilios	X			
Suero Oral	X			
Telefonos emergencia	X			
Termómetro	X			
Tijeras	X			
Vendas elásticas	X			
Vendas triangulares	X			
Cuerpo del botiquin	X			

Firma conductor vehículo

Escaneado con CamScanner

INSPECCIÓN DE VEHÍCULO

Código	FTO.GI.29
Versión	1
Fecha:	22/05/2019
Hoja	1 de 1

Nombre propietario	Tipo vehículo	Marca	Placa
VALENCIA WILLIAM	CAMIONETA	VITARA	IKS 302
C.C. o NIT propietario	Capacidad pasajeros	Color	Modelo
	05	PLATA	2016

Nombre conductor	Pase No.	Categoría
Fernando Sanchez	71173947	C2
Cédula de ciudadanía / Contrato No.	Inicio	Vencimiento
71173947	29-11-2017	29-11-2027

Inspección realizada por	
Nombre: FERNANDO SANCHEZ	Kilometraje: 96500.
Cargo: CONDUCTOR	Fecha inspección: 21-12-2020
Firma: Fernando Sanchez	Proxima inspección: 28-12-2020

Documentos	Si	No	Fecha expedición	Fecha vencimiento	Observación
Tarjeta de propiedad	X		2020-10-01	2021-09-30	
Seguro obligatorio	X				
Revisión técnico mecánica		NO			
Tarjeta de operación		NA			
Seguro responsabilidad civil		NA			
Seguro todo riesgo	X		2020-30-01	30-01-2021	
Certificado de gases		NA			

Estado General Vehiculo

Descripción	B	R	M	Observación	Descripción	B	R	M	Observación
Iluminación tablero	X				Luces altas	X			
Velocimetro	X				Luces bajas	X			
Testigo temperatura	X				Luces pargueo	X			
Testigo luces	X				Alarma de reversa			NA	
Testigo aceite	X				Luces reversa	X			
Presión aire	X				Luces freno	X			
Odometro	X				Exploradoras	X			
Testigo bateria	X				Pito	X			
Testigo gasolina	X				Instalaciones eléctricas	X			
Testigo frenos	X				Motor	X			
Radio pasacintas	X				Motor de arranque	X			
Radio comunicaciones			NA		Radiador	X			
Retrovisor interno	X				Bateria	X			
Retrovisores laterales	X				Mangueras	X			
Frenos de pie	X				Correas y cadenas	X			
Freno de mano	X				Pintura general	X			
Cabina	X				Carroceria	X			
Pisos	X				Escape gases (exosto)	X			
Puertas	X				Llantas principales	X			
Seguro puertas	X				Llanta repuesto	X			
Silleteria	X				Rines	X			
Tapiceria	X				Dirección	X			
Cinturón de seguridad	X				Limpiabrisas	X			
Aire acondicionado	X				Barra antivuelco			NA	
Iluminación interna	X				Sincronización	X			
Vidrios de seguridad	X				Suspensión	X			
Salida de emergencia			NA						
Llave master	X								
Luces direccionales	X								

Equipo de carretera

Descripción	B	R	M	Observación
Gato	X			
Cruceta	X			
Triangulos o conos	X			
Chaleco reflectivo	X			
Guantes	X			
Tacos	X			
Extintor	X			
Linterna			NO	
Herramientas			NO	

Botiquin

Descripción	B	R	M	Observación
Agua Destilada	/			
Aplicadores y/o copitos	/			
Cinta micropore	/			
Curas	/			
Esparadrapo	X			
Gasa	X			
Guantes desechables	/			
Guia Primeros Auxilios	X			
Suero Oral	X			
Telefonos emergencia	X			
Termómetro	X			
Tijeras	/			
Vendas elásticas	X			
Vendas triangulares	X			
Cuerpo del botiquin	/			

Fernando Sanchez
Firma conductor vehículo

Escaneado con CamScanner

INSPECCIÓN DE VEHÍCULO

Versión	1
Fecha	22/05/2019
Hoja	1 de 1

Nombre propietario		Tipo vehículo	Marca	Placa
VALENCIA WILLIAM		CAMIONETA	VITARA	IKS 307
C.C. o NIT propietario		Capacidad pasajeros	Color	Modelo
		05	PLATA	2016.

Nombre conductor		Pase No.	Categoria
Fernando Sanchez		7173947	C2
Cédula de ciudadanía	Contrato No.	Inicio	Vencimiento
7173947		29-11-2017	29-11-2022

Inspección realizada por		
Nombre	FERNANDO SANCHEZ	Kilometraje 96830
Cargo	CONDUCTOR	Fecha inspección 28-12-2020
Firma	Fernando Sanchez	Proxima inspección 04-01-2021

Documentos	Si	No	Fecha expedición	Fecha vencimiento	Observación
Tarjeta de propiedad	X		2020-10-01	2021-05-30	
Seguro obligatorio	X				
Revisión técnico mecánica		NA			
Tarjeta de operación		NA			
Seguro responsabilidad civil		NA			
Seguro todo riesgo	X		2020-30-01	30-01-2021	
Certificado de gases		NA			

Estado General Vehículo

Descripción	B	R	M	Observación	Descripción	B	R	M	Observación
Iluminación tablero	X				Luces altas	X			
Velocimetro	X				Luces bajas	X			
Testigo temperatura	X				Luces parqueo	X			
Testigo luces	X				Alarma de reversa			NO	
Testigo aceite	X				Luces reversa	X			
Presión aire	X				Luces freno	X			
Odometro	X				Exploradoras	X			
Testigo bateria	X				Pito	X			
Testigo gasolina	X				Instalaciones eléctricas	X			
Testigo frenos	X				Motor	X			
Radio pasacintas	X				Motor de arranque	X			
Radio comunicaciones			NO		Radiador	X			
Retrovisor interno	X				Bateria	X			
Retrovisores laterales	X				Mangueras	X			
Frenos de pie	X				Correas y cadenas	X			
Freno de mano	X				Pintura general	X			
Cabina	X				Carroceria	X			
Pisos	X				Escape gases (exosto)	X			
Puertas	X				Llantas principales	X			
Seguro puertas	X				Llanta repuesto	X			
Silleteria	X				Rines	X			
Tapiceria	X				Dirección	X			
Cinturón de seguridad	X				Limpiabrisas	X			
Aire acondicionado	X				Barra antivuelco			NO	
Iluminación interna	X				Sincronización	X			
Vidrios de seguridad	X				Suspensión	X			
Salida de emergencia			No						
Llave master	X								
Luces direccionales	X								

Equipo de carretera

Descripción	B	R	M	Observación
Gato	X			
Cruceta	X			
Triangulos o conos	X			
Chaleco reflectivo	X			
Guantes	X			
Tacos	X			
Extintor	X			
Linterna			NO	
Herramientas			NO	

Botiquín

Descripción	B	R	M	Observación
Agua Destilada	✓			
Aplicadores y/o copitos	✓			
Cinta micropore	✓			
Curas	✓			
Esparadrapo	X			
Gasa	X			
Guantes desechables	✓			
Guia Primeros Auxilios	X			
Suero Oral	X			
Telefonos emergencia	X			
Termómetro	X			
Tijeras	✓			
Vendas elásticas	X			
Vendas triangulares	X			
Cuerpo del botiquin	✓			

Fernando Sanchez
Firma conductor vehículo

Escaneado con CamScanner

INSPECCIÓN DE BOTIQUIN

CÓDIGO	FTO.GI.UV
VERSIÓN	2
FECHA	5/04/2019
PÁGINA	1 de 1

Inspección realizada por		
Nombre (EIO) FAJARDO PARADO	Fecha inspección 10-12-2020	Proxima inspección 10-01-2020
Cargo AUX. SST	Lugar VEHICULO MARIQUA IWW-028	Firma
Proyecto: MANTENIMIENTO Y REHABILITACION DE VIAS, SUBREGION DE ORIENTE - ANTIOQUIA	Contratista: INTERVENTORIA - INGEVIAL SAS	

Marque con una X según criterio	B = Bueno	R = Regular	M = Malo	NA = No aplica

Elementos	Parametros a revisar						Plan de acción			
	Cantidad	Fecha vencimiento	Integridad empaque				Acción Correctiva Propuesta	Fecha Propuesta	Fecha Ejecución	Responsable
			B	R	M	NA				
Solución Salina	0						Solicitar la compra al area encargada			
Aplicadores y/o copitos	1		✓							
Cinta micropore	0						"			
Curas	2		✓							
Esparadrapo	0						"			
Gasa	1		✓							
Apósitos	0						"			
Guantes de Látex	1		✓							
Micropore	0						"			
Toalla Higienica	0						"			
Alcohol	0						"			
Termómetro	0						"			
Tijeras	0						"			
Vendas elásticas	0						"			
Vendad Fija	0						"			
Vendas triangulares	0						"			
Cuerpo del botiquin	1		✓							
Baja lenguas	1		✓							
Jeringa	0						"			
Guia Primeros Auxilios	0						"			
Telefonos emergencia	0						"			
Alineador Cervical	0						"			
Algodón	1		✓							
Isodine	0						"			
Isodine Solución	0						"			
Ferulas Maleables	0						"			
Mascara RCP	0						"			
Manual de Primeros Auxilios	0						"			
otro:										

Aspecto a revisar	B	R	M	Acción Correctiva Propuesta	Fecha Propuesta	Fecha Ejecución	Responsable
Accesibilidad	✓						

Conclusiones y Sugerencias

INSPECCIÓN DE BOTIQUIN

CÓDIGO	FTO.GI.09
VERSIÓN	2
FECHA	5/04/2019
PÁGINA	1 de 1

Inspección realizada por		
Nombre: LEIDY ANDREA P.	Fecha inspección: 10-12-2020	Proxima inspección: 10-01-2021
Cargo: AUX. SST	Lugar: MUNICIPIO VEREDA EKS-302	Firma:
Proyecto: MANTENIMIENTO Y REHABILITACION DE VIAS, SUBBASE DE ORIENTE - ANTIOQUIA	Contratista: INGENIAL-SAS	

Marque con una X según criterio	B = Bueno	R = Regular	M = Malo	NA = No aplica

Elementos	Parametros a revisar						Plan de acción			
	Cantidad	Fecha vencimiento	Integridad empaque				Acción Correctiva Propuesta	Fecha Propuesta	Fecha Ejecución	Responsable
			B	R	M	NA				
Solución Salina	1	2021	✓							
Aplicadores y/o copitos	1		✓							
Cinta micropore	0						Solicitar a COMPRAS	29-OK-2020		OVER COMPRAS AREA SST
Curas	0						"	"		"
Esparadrapo	0						"	"		"
Gasa	2	FEB-2021	✓							
Apósitos	1		✓							
Guantes de Látex	1		✓							
Micropore	0						"	"		"
Toalla Higienica	1		✓							
Alcohol	0						"	"		"
Termómetro	0						"	"		"
Tijeras	2		✓							
Vendas elásticas	2		✓							
Vendad Fija	1		✓							
Vendas triangulares	0						"	"		"
Cuerpo del botiquín	1		✓							
Baja lenguas	1		✓							
Jeringa	1		✓							
Guia Primeros Auxilios	0									
Telefonos emergencia	1		✓							
Alineador Cervical	1		✓							
Algodón	1		✓							
Isodine	1		✓							
Isodine Solución	1		✓							
Ferulas Maleables	0						"	"		"
Mascara RCP	0						"	"		"
Manual de Primeros Auxilios	0						"	"		"
otro:										

Aspecto a revisar	B	R	M	Acción Correctiva Propuesta	Fecha Propuesta	Fecha Ejecución	Responsable
Accesibilidad	✓						

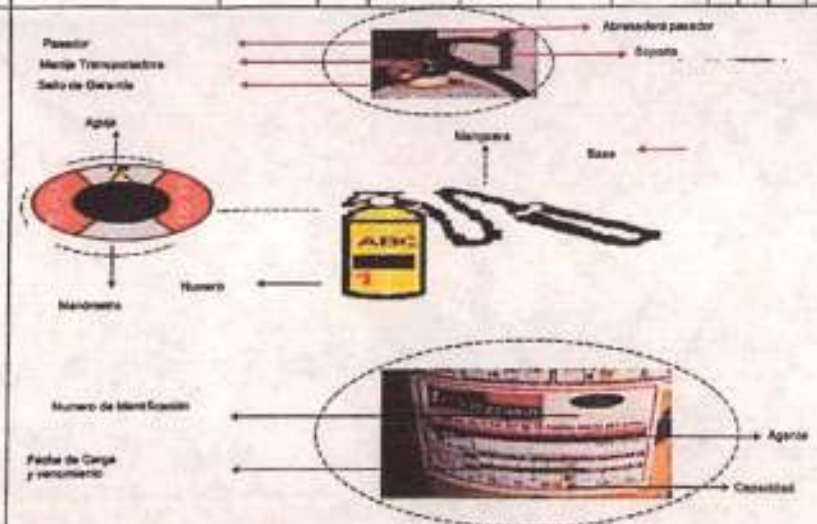
	INSPECCIÓN DE EXTINTORES	CÓDIGO: FTO.GI.11 VERSIÓN: 01 FECHA: 05/04/2010 PÁGINA: 01

Ubicación (Oficina y/o Proyecto): MARINILLA - VEHÍCULOS DE LA EMPRESA

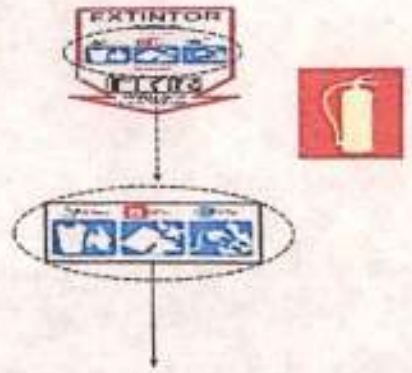
Fecha de Inspección: 10-12-2020

REALIZADO POR:	IDEAL	UBICACIÓN	TIPO	CAP.	FECHA ULTIMA CARGA	FECHA PRÓXIMA CARGA	FECHA DE PH	VENCIMIENTO DE PH	ESTADO DEL EXTINTOR (MV) Número ident.	(MV) Señalización equipo	(MV) Soporte/Base	(MVI) Estado cilindro	(MVI) Pintura cilindro	(MVI) Acceso al equipo	(MVI) Visibilidad equipo	(MVI) Estado Manómetro	(MVI) Presión manómetro	(MVI) Pasador	(MVI) Abrazadera pasador	(MVI) Manguera o boquilla	(MVI) Sello de Garantía	(MVI) Manija de Trans.	OBSERVACIONES
LUIS FABIAN	1	VEHICULO IFS-302	ABC	2018	JUL/2020	JUL/2021	JUL/2020	JUL/2021	1	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	OK
LUIS FABIAN	2	VEHICULO IWW-028	ABC	2018	DIC/2020	DIC/2021	DIC/2020	DIC/2021	2	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	OK
	3																						
	4																						
	5																						

ELEMENTOS



EXTINTOR



SEÑALIZACIÓN

GENERALIDADES

Agente: Puede ser PQS (Polvo Químico Seco), Agua o Solkaflam.

Tipo: Pueden ser multipropósito (ABC), Solkaflam o agua, BC.

Presión manómetro: La aguja del manómetro debe estar en la franja central (Marcando las 12)

Señalizacion: Puede tener cualquiera de las 2 que aparecen en las fotos.

Sello de Garantía: Este anillo debe tener color según norma INCONTEC que cambia cada año.

Escaneado con CamScanner

	ACTA DE REUNIÓN Y/O CAPACITACIÓN	01 Página

PROCESO/ PROYECTO:	CONSERVACIÓN, MANTENIMIENTO, REHABILITACIÓN DE LAS VÍAS A CARGO DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA EN LA SUBREGIÓN DE ORIENTE				
ELABORÓ:	Aracelly Mantilla López			CAPACITACIÓN/ACTA Nº:	
LUGAR:	Vía Marinilla - Peñol	FECHA:	28/12/20	DURACIÓN:	1/2 Hora
NOMBRE DE QUIÉN PRESIDE LA REUNIÓN/CAPACITACIÓN:	Aracelly Mantilla López				

	TITULO DE LA CHARLA, CAPACITACION O ENTRENAMIENTO
INDUCCION	Cumplimiento de los protocolos de Bioseguridad En Obra
INDUCCION – RE INDUCCION	
CAPACITACIÓN	
ENTRENAMIENTO	
REUNIÓN	
ACTIVIDAD	

NOMBRE Y APELLIDOS	Nº CEDULA	CARGO	FIRMA
Juan D Molina Pineda	1038871468	Ayudante	
Hugo alexander Pineda	71774740	contratista	
Even USUGA	1149774	Operador	
[illegible]	1017350746	Ayudante	
Danilo Espinosa Londoño	15332941	Ligador	
[illegible]	3506710	[illegible]	
Juan Manuel Zapata.	71713332	Ayudante	
Jose Emilio Henao P.	71690571	OP.	
Jojan Moreno	1066579769	Ay. d.	
Elias Valderrama	8408271	Pos/silla	

Fecha de diligenciamiento	17/12/20		Duración (horas)		1/2 Hora
Tipo de actividad	Charla		Sensibilización	X	Competencias verificadas
	Otra ¿Cuál?				
Facilitador(es) de la Programación	Araceli Y Manlanda L		Cargo		R SST
Lugar	Virtual			Asistentes	X
Nombre del Facilitador	Araceli Y Manlanda L			Cargo Facilitador	R SST

TEMA:

Sensibilización adecuada en obra

OBJETIVO:

Lavado de manos antes y despues de Consumir los Alimentos

ASISTENTES

NOMBRE Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	FIRMA
WILFRIDO BARRIOS C	72177831	ENCARGADO	
José Carlos Hernández L.	71682571	Op.	
Ricardo Iván Rojas	98757534	operador	Ricardo R.
Esber Jesus Marrugo	8438383	Tornillero	
Jhegon Esther Herrera	1066579764	Ayudante	
[illegible]	1101330746	Ayudante	
Juan a Medina puerta	63B821468	Ayudante	
Juan Manuel Zapata	71713337	Ayudante	
Danilo espinola londoño	15332040	Ligador	
Ever Usuga	11442774	operador	Ever
Alberto Mendoza	1063136618	A.X	
Jose Valderrama	8A0829477	Rastrillero	
Hugo alejandro quendaso	71724290	controlador vial	
Humberto [illegible]	3506710	Rastrillero	

Fecha de Evaluación:	Formato Escrito:		Verbal:	X
Cual?		Cual?		

	14/12/2020			1/2 Hora
			x	
	Aracely Mandanda			R.SST
				x
	Aracely Mandanda			R SST

Riesgos en las Vias.

Uso Adecuado de la mascarilla

[illegible] BARROS C	72177831	ENCARGADO	
[illegible]	71680571	op	
Ricardo Juan Rosa	98257234	operador	Ricardo R.
[illegible]	EW38383	Tornillero	
[illegible]	1066529764	Ayudante	
[illegible]	1101330706	Ayudante	
[illegible]	43882468	Ayudante	
[illegible]	71713337	Ayudante	
[illegible]	15332044	Ligador	
[illegible]	11442774	operador	
[illegible]	1063136648		
[illegible]	84629477	Rastrillero	
[illegible]	71224840	controlador vial	
[illegible]	37067110	Rastrillero	

	Charla de seguridad	Cod FR-SST Version 03 Fecha 20/07/20

Fecha de capacitación	09 - 12 - 2020		Duración (tiempo)		30 minutos	
Tipo de actividad	Charla de 5 min	X	Inspecciones		Charla/otra actividad	
	Otro ¿Cual?					
Nombre de la Capacitador	Araceli Y	Mondragón López	Cargo	Residente	SST	
Lugar	Virtual			Presencial	X	
Nombre del Participante	Araceli Y	Mondragón López		Cargo/Area	Residente SST	

Tema:
Verificación e inspección de Herramientas Manuales Maquinas y Equipos y EPP

Objetivo:
Recordar la importancia de la inspección visual y física

Asistentes:

Nombre y Apellidos	Cedula	Cargo	Firma
[illegible] BARRIOS C	72177831	ENCARGADO	[illegible]
José Carlos Mena P.	71685721	Of.	[illegible]
Ricardo Iván Rojas	98753534	operador	Ricardo R.
[illegible]	84383883	Carpintero	[illegible]
Thayan Esther Moreno	1066529769	Ayudar	Thayan
[illegible]	1101330746	Ayudante	[illegible]
Juan Manuel puerto	6388214628	Ayudante	[illegible]
Juan Manuel Zapata	71713337	Ayudante	[illegible]
Daniela Espinosa Londoño	1533294[illegible]	Liga Cab	[illegible]
Ever [illegible]	1142[illegible]774	oficial	Ever
Alberto Mendoza	1063136618	A/X	[illegible]
[illegible]	8[illegible]77	Ayudante	[illegible]
Hugo alejandro [illegible]	7[illegible]240	controladora	[illegible]
[illegible]	3[illegible]10	Carpintero	[illegible]

Puesto de Evaluación	Puesto Fijo		Virtual	X	
Cual?	Cual?				

	ACTA DE REUNIÓN Y/O CAPACITACIÓN	01
		Página

PROCESO/ PROYECTO:	CONSERVACIÓN, MANTENIMIENTO, REHABILITACIÓN DE LAS VÍAS A CARGO DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA EN LA SUBREGION DE ORIENTE				
ELABORÓ:	Araceli4 Marolanda López			CAPACITACIÓN/ACTA Nº:	
LUGAR:	Vía Marinilla - peñol	FECHA:	29/12/20	DURACIÓN:	1/2 Hora
NOMBRE DE QUIÉN PRESIDE LA REUNIÓN/CAPACITACIÓN:	Araceli4 Marolanda López				

	TITULO DE LA CHARLA, CAPACITACIÓN O ENTRENAMIENTO
INDUCCIÓN	Cumplimiento de los protocolos de Bioseguridad En Obra
INDUCCIÓN – RE INDUCCION	
CAPACITACIÓN	
ENTRENAMIENTO	
REUNIÓN	
ACTIVIDAD	

NOMBRE Y APELLIDOS	Nº CEDULA	CARGO	FIRMA
Juan D Molina Pineda	1038821468	Ayudante	
Hugo alexander Pue	21274240	contratista	
Even USUga	1149677 4	operador	
	1035807 46	Ayudante	
Danilo espinosa Londoño	15332941	Ligador	
	3506710 40		
Juan. Manuel. Zapata.	71713332	Ayudante	
Jose Emilio Henao P.	71690571	OP.	
Jolan Moreno	1065629769	Ayud	
Elias Valderrama	8408277	Ayudante	

	Charla de inducción	Cód. FR. 3004 Versión: 3.0 Fecha: 20/07/2020

Fecha de diligenciamiento:	17/12/20		Duración (horas):		1/2 Hora	
Tipo de actividad:	Capacitación		Sensibilización	X	Orientación vocacional	
	Otra ¿Cuál?					
Facilitador de la inducción:	Arecelly Mendoza L.		Cargo:		R SST	
Tema:	Tipo:			Presencial	X	
Nombre del Participante:	Arecelly Mendoza L.			Cargo actual:	R. SST	

TEMA (S):

Sensibilización adecuada en obra

OBJETIVO:

Lavado de manos antes y despues de consumir los Alimentos

ASISTENTES

NOMBRES APELLIDOS	CEDULA	CARGO	FIRMA
WILFRIDO BARRIOS C	72177837	ENCARGADO	
José Carlos Hoyos L.	71680571	Op.	
Ricardo Iván Rojas	98757534	operador	Ricardo R.
EDGAR [illegible] MANCILLA	84383833	tornillero	
Jhojan Esteban Hoyos	1066529764	Ayudar	
[illegible]	1012350746	Ayudante	
Juan Manuel pucida	1638821468	Ayudante	
Juan Manuel Zapata	71713337	Ayudante	
Daniel espinola londoño	1533294[illegible]	Ligador	
EVER USUGA	11442774	operador	EVER
Alberto Mendoza	1063136648	A.X	
[illegible]	8AC82977	Rostrillo	
Hugo alejandro quendaño	71774290	controladorual	
Mendoza L.	3706710	Rostrillero	

Forma de Evaluación:	Formato Escrito:		Verbal:	X
Oral?		Cual?		

Fecha de Capacitación	14/12/2020	Duración (horas)	1/2 Hora
Nombre de Capacitación		Inducción / Reinducción	x
Nombre de Capacitador	Aracely Mandanda	Cargo	R-SST
Tema		Presencial	x
Nombre de Evaluador	Aracely Mandanda	Cargo Evaluador	R SST

Riesgos en las Vias.

Uso Adecuado de la mascarilla

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	FIRMA
ALFREDO BARRIOS C	72177837	ENCARGADO	
José Emilio Hoyos L.	71680571	Of	
Ricardo Iván Rosa	98353534	operador	Ricardo R.
Edgar Jesús Mendoza	84383833	Tornillero	Edgar
Jhojan Esteban Hoyos	1066529764	Ayudante	Jhojan
[illegible]	1101350746	Instrumentista	[illegible]
Juan Manuel Zapata	1038214468	Ayudante	
Juan Manuel Zapata	71713337	Ayudante	
Camilo Alejandro Ramos	1533294[illegible]	Ligador	Camilo
Even Usuga	1144277[illegible]	alistador	Even
Alberto Mendoza	1063136648	A/T	Alberto
Edgar Alberto	84059477	Instrumentista	
Hugo Alejandro Quintero	7737870	controlador naval	
Ricardo [illegible]	3506710	Rigger	

Firma de Evaluador | Firma Evaluado

Fecha de capacitación	09-12-2020	Duración	30 minutos
Tipo de capacitación	Ordinaria X	Extraordinaria	Cantidad de participantes
Nombre del capacitador	Aracelly Mendonda López	Cargo	Residente SST
Nombre del Participante	Aracelly Mendonda López	Empresa	Residente SST

Tema:
Prevención e inspección de Herramientas Manuales Maquinas y Equipos y EPP

Capacitación:
Recordar la importancia de la inspección visual y física

Nombre y Apellidos	Cédula	Cargo	Firma
[illegible] BARRIOS C	72177831	ENCARGADO	
José Carlos Hoyos L.	71680571	Op.	
Ricardo Iván Rojas	98757554	operador	Ricardo R.
Edgar [illegible]	84383883	Carrillero	Edgar
Jhojan Esteban [illegible]	1066529764	Ayudar	Jhojan
[illegible]	1012330746	Ayudante	[illegible]
Juan Manuel pacheco	1038214168	Ayudante	
Juan Manuel Zapata	71713337	Ayudante	
Camilo espinosa londoño	1533294[illegible]	Ayudar	
Ever [illegible]	1144277[illegible]	operador	Ever
Alberto Mendoza	1063136618	A.S	Alberto
[illegible]	84089977	Rastrillero	
Hugo alejandro quendaño	7727240	controladoria	
Hernando [illegible]	3506710	Rastrillero	

Puesto de Evaluación: | Puntaje Exigido: | Virtual: X
Aprobó: | Cual?:

	CONTROL DE ASISTENCIA	CÓDIGO	FTO.GI.01
		VERSIÓN	1
		FECHA	21/03/2019
		PÁGINA	1

TIPO DE REUNION: CAPACITACIÓN [X] SOCIALIZACIÓN [ ] OTRA [ ]

FECHA DE REUNIÓN:	14/DIC/2020	**HORA INICIO:**	7:00	**HORA FIN:**	7:30
TEMA:	MANIPULACIÓN DE CARGAS - USO OBLIGATORIO DE TAPABOCAS				
OBJETIVO DE LA REUNIÓN:	CAPACITAR AL PERSONAL SOBRE LOS CUIDADOS A TENER AL MOMENTO QUE SE MANIPULE ALGUNA CARGA.				
NOMBRE DEL FACILITADOR:	LAURA FAJARDO	**ENTIDAD:**	INGENAL SAS.		

No	NOMBRE	CARGO	FIRMA	CALIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN
1	Andrea Liseth Toro Buitrago.	Inspector.		
2	Ana María Agudelo Obando	Residente ambiental		
3	ANDRES FELIPE OSPINA BERNAL	INSPECTOR		
4	Edgar Rojas Rivadeneira	INSPECTOR		
5	[illegible]	SST		
6	Mary Elizabeth Cardona Grajales	Residente Social		
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

OBSERVACIONES:

Firma.

Laura Fajardo.

FACILITADOR

	CONTROL DE ASISTENCIA	CÓDIGO	FTO.GI.01
		VERSIÓN	1
		FECHA	21/03/2019
		PÁGINA	1

TIPO DE REUNION: CAPACITACIÓN [x] SOCIALIZACIÓN [ ] OTRA [ ]

FECHA DE REUNIÓN:	21-12-2020	HORA INICIO:	0800	HORA FIN:	0913
TEMA:	Riesgo locativo - Actividades de seguridad [illegible]				
OBJETIVO DE LA REUNIÓN:	[illegible]				
NOMBRE DEL FACILITADOR:	Diego Marcelo			ENTIDAD:	

No	NOMBRE	CARGO	FIRMA	CALIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN
1	[illegible]	EST		
2	Andrea Liseth Toro Buitrago	Inspector.		
3	Ana María Agudelo	Ing. Ambiental	Ana Mª A	
4	Andrés Felipe Ospina Bernal	INSPECTOR		
5	Diego Marcelo	SST	Diego	
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

OBSERVACIONES:

Firma,

Diego Marcelo

FACILITADOR

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN

Versión: 01
Fecha: 19 Noviembre de 2019

NOMBRE: Edwin Antonio Mosquera Mosquera
C.C 71360445
CARGO: Cuenchero
FECHA: 03 12 2020

1. POLITICAS: Seleccione con una X si es falso (F) o verdadero (V)

a) La empresa esta fomentando visitas de vida saludables (F) o (V) X

b) En la empresa se busca trabajar de un modo respetuoso con el medio ambiente (F) o (V) X

c) Se prohibido el consumo de alcohol, drogas y cigarrillo por parte de los empleados y contratistas, durante las horas de trabajo (F) o (V) X

d) Es prohibido presentarse a laborar bajo los efectos del alcohol y las drogas (F) o (V) X

e) Mencione cuales son las políticas de la empresa
No ya que bajo los efectos del alcol ni drogas

2. SEÑALE CON UNA X LOS ACTOS O CONDICIONES INSEGURAS



3. REPORTE DE ACCIDENTES

3.1. Usted debe de reportar el accidente de trabajo:

a) A las 48 horas
X b) Inmediatamente
c) Al terminar el turno de trabajo

4. SEÑALE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL QUE DEBE USAR AL VISITAR OBRAS



5. SELECCIONE CON UNA X QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA

a) Mantener la calma

b) Salir corriendo

X Seguir las instrucciones de la brigada

d) Salir con celular y NO regresar por ningún motivo

6. INDIQUE CON UNA X EL SIGNIFICADO DE CADA UNA DE ESTAS SEÑALES



a. Punto de encuentro para la hora de almuerzo
X b. Punto de encuentro seguro en caso de emergencia
c. Punto de encuentro para reuniones diarias

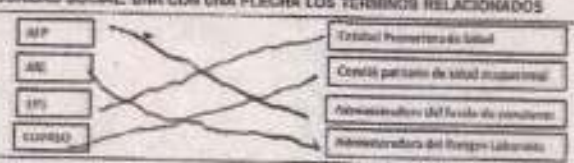
a. Vía para transito de vehículos
b. Vía de transito de personal
X c. Vía de evacuación en caso de emergencia

7. RIESGOS Y PELIGROS

Describe 4 riesgos a los que podría estar expuesto en su lugar de trabajo

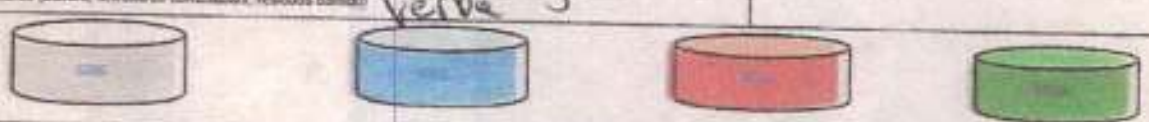
a) el por ho
b) el ruido
c)
d)

8. SEGURIDAD SOCIAL. UNA CON UNA FLECHA LOS TERMINOS RELACIONADOS



9. CLASIFICACIÓN DE LOS RESIDUOS SOLIDOS (RECICLAJE): Escribe el color de la caneca que corresponde

Residuos Aprovechables (bioplasticos plásticos, vasos desechables y vidrio) Azul
Residuos Reciclables (papel, carton, revistas) Gris
Residuos peligrosos (baterias, papel contaminado con sustancias/desechos clinicos) Rojo
Residuos Ordinarios (basura, envolturas comestibles, residuos barrido) Verde



10. ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES

Mencione dos impactos ambientales que generadas por usted al realizar su trabajo

Calificado por:
Fecha:

NOTA: Es aprobada la evaluación si obtiene calificación mayor o igual a 8, el valor total es 10. Cada pregunta tiene un valor de 1

Calificación: Aprobado: SI ____ NO ____

Certifico que conozco y he sido informado desde el inicio de mi labor sobre el reglamento interno de trabajo, higiene y seguridad industrial , programas de gestión de riesgos, programa de gestión ambiental, Política Integral de Gestión y Política de No Alcohol, Drogas y Tabaco.

Por la presente he sido notificado que por la índole de mi posición en el trabajo, he sido incluido entre el personal a ser sometido a exámenes de control de alcohol y drogas, de acuerdo con la Política de No Alcohol, Drogas y Tabaco de Mamonal S.A y doy mi consentimiento para la obtención y estudio de la muestra de saliva, orina o aire espirado y que he recibido la inducción necesaria por parte de la persona encargada sobre la realización de estos exámenes que contempla el Plan de Salud y Seguridad Industrial del proyecto y cuyas disposiciones me comprometo a cumplir.

Declaro que he recibido la inducción, cumplo el oficio para el cual he sido contratado y me comprometo a utilizar los implementos de protección personal y a cumplir con las normas de seguridad que me han sido informadas.

Nombre Completo	Firma
Trabajador	

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN

Versión: 01
Fecha:10 Noviembre de 2016

NOBRE	Victor Alfonso Arnedo Campos	CARGO:	Ayudante
C.C	1.042.062.047	FECHA:	15.12.2020

1. POLÍTICAS: Seleccione con una X si es falso (F) o verdadero (V)

a) La empresa esta fomentando estilos de vida saludables (F) o (V)

b) En la empresa se busca trabajar de un modo respetuoso con el medio ambiente (F) o (V)

c) Se prohibido el consumo de alcohol, drogas y cigarrillo por parte de los empleados y contratistas, durante las horas de trabajo (F) o (V)

d) Es prohibido presentarse a laborar bajo los efectos del alcohol y las drogas (F) o (V)

e) Mencione cuales son las policas de la empresa

No Consumo de alcohol

2. SEÑALE CON UNA X LOS ACTOS O CONDICIONES INSEGURAS



3. REPORTE DE ACCIDENTES

3.1. Usted debe de reportar el accidente de trabajo:

a) A las 48 horas

b) Inmediatamente

c) Al terminar el turno de trabajo

4. SEÑALE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE DEBE USAR AL VISITAR OBRAS



5. SELECCIONE CON UNA X QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA

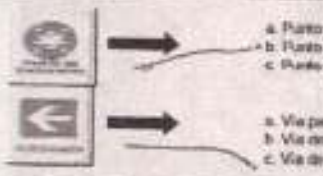
a) Mantener la calma

b) Salir corriendo

c) Seguir las instrucciones de la brigada

d) Salir con cuidado y NO regresar por ningún motivo

6. INDIQUE CON UNA X EL SIGNIFICADO DE CADA UNA DE ESTAS SEÑALES



a. Punto de encuentro para la hora de almuerzo
b. Punto de encuentro seguro en caso de emergencia
c. Punto de encuentro para reuniones diarias

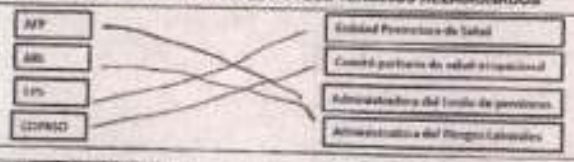
a. Vía para transito de vehículos
b. Vía de transito de personal
c. Vía de evacuación en caso de emergencia

7. RIESGOS Y PELIGROS

Enuncie 4 riesgos a los que podría estar expuesto en su lugar de trabajo

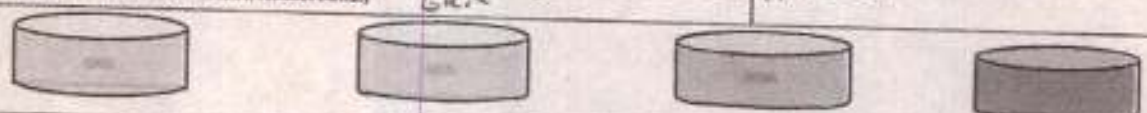
a) Un deslizamiento de Tierra
b) Accidente vial
c) Robo
d) Accidente domestico

8. SEGURIDAD SOCIAL. UNA CON UNA FLECHA LOS TERMINOS RELACIONADOS



9. CLASIFICACION DE LOS RESIDUOS SOLIDOS (RECICLAJE): Escribe el color de la canesa que corresponde

Residuos Retornables (botellas plásticas, vasos desechables y vidrio)	azul
Residuos Reciclables (papel, cartón, revistas)	verde
Residuos peligrosos (baterías, papel contaminado con secreciones/desechos clínicos)	rojo
residuos Ordinarios (basura, envolturas comestibles, residuos barrido)	gris



10. ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES

Mencione dos impactos ambientales que generados por usted al realizar su trabajo

contaminacion del aire
el ruido

Calificado por:

Fecha:

NOTA: Es aprobada la evaluación si obtiene calificación mayor o igual a 5, el valor total es 10. Cada pregunta tiene un valor de 1

Calificación: Aprobado: SI NO

Certifico que conozco y he sido informado desde el inicio de mi labor sobre el reglamento interno de trabajo, Higiene y seguridad industrial , programas de gestión de riesgos, programa de gestión ambiental, Política integral de Gestión y Política de No Alcohol, Drogas y Tabaco.

Bajo el entendido que estos contemplan que soy un puesto de alto impacto en el trabajo; he sido avisado entre el personal a ser sometido a exámenes de control de alcohol y drogas, de acuerdo con la Política de No Alcohol, Drogas y Tabaco de Mendoza S.A y doy mi consentimiento para la obtención y estudio de la muestra de sudor, orina o ante aspirado y que he recibido la inducción necesaria por parte de la persona encargada sobre la realización de estos exámenes que contempla el Plan de Salud y Seguridad Industrial del proyecto y cuyas disposiciones me comprometo a cumplir.

Declaro que he recibido la inducción, conozco el oficio para el cual he sido contratado y me comprometo a utilizar los implementos de protección personal y a cumplir con las normas de seguridad que me han sido informadas.

	Nombre Completo	Firma
Trabajador	Victor Alfonso Arnedo	Victor Alfonso Arnedo C.

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN

Versión: 01
Fecha:19 Noviembre de 2018

NOBRE	Tulian alonso Galeano Rios	CARGO:	Ayudante
C.C	1001726618	FECHA:	3/12/2020

1. POLÍTICAS: Seleccione con una X si es falso (F) o verdadero (V)

a) La empresa esta fomentando estilos de vida saludables (V) o (V)

b) En la empresa se busca trabajar de un modo respetuoso con el medio ambiente (F) o (X)

c) Se prohibido el consumo de alcohol, drogas y cigarrillo por parte de los empleados y contratistas, durante las horas de trabajo (F) o (X)

d) Es prohibido presentarse a laborar bajo los efectos del alcohol y las drogas (F) o (V)

e) Mencione cuales son las políticas de la empresa

no llegar en estado de embriagues

2. SEÑALE CON UNA X LOS ACTOS O CONDICIONES INSEGURAS



3. REPORTE DE ACCIDENTES

3.1. Usted debe de reportar el accidente de trabajo:

a) A las 48 horas

b) Inmediatamente

c) Al terminar el turno de trabajo

4. SEÑALE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE DEBE USAR AL VISITAR OBRAS



5. SELECCIONE CON UNA X QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA

a) Mantener la calma

b) Salir corriendo

X Seguir las instrucciones de la brigada

d) Salir con cuidado y NO regresar por ningún motivo

6. INDIQUE CON UNA X EL SIGNIFICADO DE CADA UNA DE ESTAS SEÑALES



a. Punto de encuentro para la hora de almuerzo
X Punto de encuentro seguro en caso de emergencia
c. Punto de encuentro para reuniones diarias

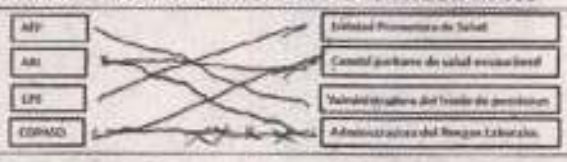
a. Vía para transito de vehículos
b. Vía de transito de personal
X Vía de evacuación en caso de emergencia

7. RIESGOS Y PELIGROS

Enuncie 4 riesgos a los que podria estar expuesto en su lugar de trabajo

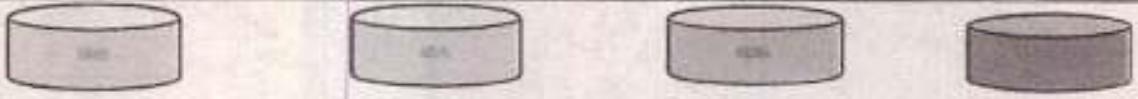
a) riesgos de movilidad
b) ser atracado
c) exposicion a quimicos
d)

8. SEGURIDAD SOCIAL, UNA CON UNA FLECHA LOS TERMINOS RELACIONADOS



9. CLASIFICACION DE LOS RESIDUOS SOLIDOS (RECICLAJE): Escribe el color de la caneca que corresponde

Residuos Retornables (botellas plásticas, vasos desechables y vidrio)	Azul
Residuos Reciclables (papel, cartón, revistas)	Gris
Residuos peligrosos (lapiceros, papel contaminado con secreciones/desechos clínicos)	Rojo
Residuos Ordinarios (basura, envolturas comestibles, residuos barridos)	verde



10. ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES

Mencione dos impactos ambientales que generados por usted al realizar su trabajo

Generar de residuos peligroso

Acopiar las basuras e

Calificado por:

Fecha:

NOTA: Es aprobada la evaluación si obtiene calificación mayor o igual a 9, el valor total es 10. Cada pregunta tiene un valor de 1

Calificación: **Aprobado: SI** ____ **NO** ____

Certifico que conozco y he sido informado desde el inicio de mi labor sobre el reglamento interno de trabajo, higiene y seguridad industrial , programas de gestión de riesgos, programa de gestión ambiental, Política Integral de Gestión y Política de No Alcohol, Drogas y Tabaco.

Por la presente he sido notificado que por la índole de mi posición en el trabajo, fui sido incluido entre el personal a ser sometido a exámenes de control de alcohol y drogas, de acuerdo con la Política de No Alcohol, Drogas y Tabaco de Meriesta S.A y doy mi consentimiento para la obtención y estudio de la muestra de saliva, orina o aire espirado y que he recibido la inducción necesaria por parte de la persona encargada sobre la realización de estos exámenes que contempla el Plan de Salud y Seguridad Industrial del proyecto y cuyas disposiciones me comprometo a cumplir.

Declaro que he recibido la inducción, conozco el oficio para el cual he sido contratado y me comprometo a utilizar los implementos de protección personal y a cumplir con las normas de seguridad que me han sido informadas.

	Nombre Completo	Firma
Trabajador	Tulian alonso Galeano Rios	Tulian Galeano.

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN

Versión: 01
Fecha: 19 Noviembre de 2019

NOBRE	Vicente mosquera pantoja	CARGO:	Ayudante
C.C	1.144.961.237	FECHA:	3 12 2020

1. POLÍTICAS: Seleccione con una X si es falso (F) o verdadero (V)

a) La empresa esta fomentando estilos de vida saludables (F) o (V)

b) En la empresa se busca trabajar de un modo responsable con el medio ambiente (F) o (V)

c) Se prohibe el consumo de alcohol, drogas y cigarrillo por parte de los empleados y contratistas, durante las horas de trabajo (F) o (V)

d) Es prohibido presentarse a laborar bajo los efectos del alcohol y las drogas (F) o (V)

e) Mencione cuales son las políticas de la empresa

2. SEÑALE CON UNA X LOS ACTOS O CONDICIONES INSEGURAS



3. REPORTE DE ACCIDENTES

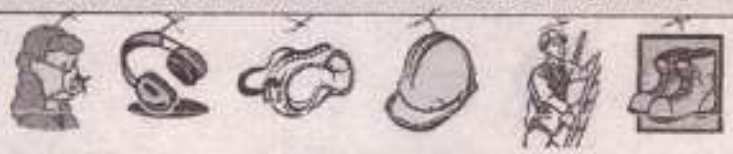
3.1. Usted debe de reportar el accidente de trabajo:

a) A las 48 horas

b) Inmediatamente

c) Al terminar el turno de trabajo

4. SEÑALE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE DEBE USAR AL VISITAR OBRAS



5. SELECCIONE CON UNA X QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA

a) Mantener la calma

b) Salir corriendo

c) Seguir las instrucciones de la brigada X

d) Salir con cuidado y NO regresar por ningún motivo.

6. INDIQUE CON UNA X EL SIGNIFICADO DE CADA UNA DE ESTAS SEÑALES



a. Punto de encuentro para la hora de almuerzo
b. Punto de encuentro seguro en caso de emergencia
c. Punto de encuentro para reuniones diarias

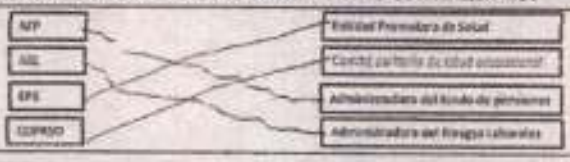
a. Vía para tránsito de vehículos
b. Vía de tránsito de personal
c. Vía de evacuación en caso de emergencia

7. RIESGOS Y PELIGROS

Enuncie 4 riesgos a los que podría estar expuesto en su lugar de trabajo

a) Ruido
b) Postura
c) Caída
d) Caída

8. SEGURIDAD SOCIAL. UNA CON UNA FLECHA LOS TERMINOS RELACIONADOS



9. CLASIFICACION DE LOS RESIDUOS SOLIDOS (RECICLAJE): Escribe el color de la caneca que corresponde

Residuos Reciclables (botellas plásticas, vasos desechables y vidrio)	Azul
Residuos Reciclables (papel, cartón, revistas)	Gris
Residuos peligrosos (papelería, papel contaminado con secreciones desechos clínicos)	Rojo
Residuos Ordinarios (basura, envolturas comestibles, residuos barrido)	Verde

10. ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES

Mencione dos impactos ambientales que generados por usted al realizar su trabajo:



Calificado por:
Fecha:

NOTA: Es aprobada la evaluación si obtiene calificación mayor o igual a 8, el valor total es 10. Cada pregunta tiene un valor de 1

Calificación: Aprobado: SI ____ NO ____

Certifico que conozco y he sido informado desde el inicio de mi labor sobre el reglamento interno de trabajo, higiene y seguridad industrial , programas de gestión de riesgos, programa de gestión ambiental, Política Integral de Gestión y Política de No Alcohol, Drogas y Tabaco.

Por la presente he sido notificado que por la índole de mi posición en el trabajo, he sido incluido entre el personal a ser sometido a exámenes de control de alcohol y drogas, de acuerdo con la política de No Alcohol, Drogas y Tabaco de Hemsan S.A y doy mi consentimiento para la obtención y estudio de la muestra de saliva, orina o aire espirado y que he recibido la inducción necesaria por parte de la persona encargada sobre la realización de estos exámenes que contempla el Plan de Salud y Seguridad Industrial del proyecto y cuyas disposiciones me comprometo a cumplir.

Declaro que he recibido la inducción, conozco el oficio para el cual he sido contratado y me comprometo a utilizar los implementos de protección personal y a cumplir con las normas de seguridad que me han sido informadas.

Nombre Completo	Firma
Trabajador	Vicente mosquera

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN

Versión: 01
Fecha: 19 Noviembre de 2018

NOMBRE	Rodrigo Antonio Mesa Vanegas	CARGO:	Ayudante
C.C	70490093	FECHA:	02/15/2020

1. POLÍTICAS: Seleccione con una X si es falso (F) o verdadero (V)

a) La empresa esta fomentando estilos de vida saludables (F) o (V)

b) En la empresa se busca trabajar de un modo respetuoso con el medio ambiente (F) o (V)

c) Se prohibido el consumo de alcohol, drogas y cigarrillo por parte de los empleados y contratistas, durante las horas de trabajo (F) o (V)

d) Es prohibido presentarse a laborar bajo los efectos del alcohol y las drogas (F) o (V)

e) Mencione cuáles son las políticas de la empresa

2. SEÑALE CON UNA X LOS ACTOS O CONDICIONES INSEGURAS



3. REPORTE DE ACCIDENTES

3.1. Usted debe de reportar el accidente de trabajo:

a) A las 48 horas

b) Inmediatamente X

c) Al terminar el turno de trabajo

4. SEÑALE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE DEBE USAR AL VISITAR OBRAS



5. SELECCIONE CON UNA X QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA

a) Mantener la calma X

b) Salir corriendo

c) Seguir las instrucciones de la brigada

d) Salir con cuidado y NO regresar por ningun motivo

6. INDIQUE CON UNA X EL SIGNIFICADO DE CADA UNA DE ESTAS SEÑALES



a. Punto de encuentro para la hora de almuerzo
b. Punto de encuentro seguro en caso de emergencia
c. Punto de encuentro para reuniones diarias

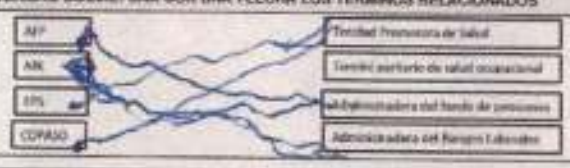
a. Vía para transito de vehiculos
b. Vía de transito de personal
c. Vía de evacuación en caso de emergencia

7. RIESGOS Y PELIGROS

Enuncie 4 riesgos a los que podria estar expuesto en su lugar de trabajo

a) Trompezarme
b) Accidentarme con una Pala
c) Contacto
d) Con una Persona

8. SEGURIDAD SOCIAL. UNA CON UNA FLECHA LOS TERMINOS RELACIONADOS



9. CLASIFICACION DE LOS RESIDUOS SOLIDOS (RECICLAJE): Escribe el color de la caneca que corresponde

Residuos Retornables (botellas plásticas, vasos desechables y vidrio)	Gris
Residuos Reciclables (papel, cartón, revistas)	Gris
Residuos peligrosos (tapabocas, papel contaminado con secreciones/desechos clínicos)	Verde
Residuos Ordinarios (basura, envolturas convertibles, residuos fuentes)	Rojo

10. ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES

Mencione dos impactos ambientales quo generados por usted al realizar su trabajo



Calificado por:

Fecha:

NOTA: Es aprobada la evaluación si obtiene calificación mayor o igual a 9, el valor total es 10. Cada pregunta tiene un valor de 1

Calificación: **Aprobado: SI** ____ **NO** ____

Certifico que conozco y he sido informado desde el inicio de mi labor sobre el reglamento interno de trabajo, higiene y seguridad industrial , programas de gestión de riesgos, programa de gestión ambiental, Politica integral de Gestión y Politica de No Alcohol, Drogas y Tabaco.

Por la presente he sido notificado que por la índole de mi posición en el trabajo, he sido incluido dentro el personal a ser sometido a exámenes de control de alcohol y drogas, de acuerdo con la Política de No Alcohol, Drogas y Tabaco de Mansula S.A y doy mi consentimiento para la obtención y estudio de la muestra de saliva, orina o aire expirado y que he recibido la inducción necesaria por parte de la persona encargada sobre la realización de estos exámenes que contempla el Plan de Salud y Seguridad Industrial del proyecto y cuyas disposiciones me comprometo a cumplir

Declaro que he recibido la inducción, conozco el oficio para el cual he sido contratado y me comprometo a utilizar los implementos de protección personal y a cumplir con las normas de seguridad que me han sido informadas.

Nombre Completo	Firma
Trabajador	Rodrigo Antonio Mesa V

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN

Versión: 01
Fecha:19 Noviembre de 2018

NOMBRE: MARIO ALBERTO GRAJALES GARCIA — CARGO: AYUDANTE
C.C 71641705 — FECHA: 10/3/2020

1. POLITICAS: Seleccione con una X si es falso (F) o verdadero (V)

a) La empresa esta fomentando estilos de vida saludables (F) o (V)

b) En la empresa se busca trabajar de un modo respetuoso con el medio ambiente (F) o (V)

c) Se prohibido el consumo de alcohol, drogas y cigarrillo por parte de los empleados y contratistas, durante las horas de trabajo (F) o (V)

d) Es prohibido presentarse a laborar bajo los efectos del alcohol y las drogas (F) o (V)

e) Mencione cuales son las politicas de la empresa

2. SEÑALE CON UNA X LOS ACTOS O CONDICIONES INSEGURAS



4. SEÑALE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE DEBE USAR AL VISITAR OBRAS



3. REPORTE DE ACCIDENTES

3.1. Usted debe de reportar el accidente de trabajo:

a) A las 48 horas
X b) Inmediatamente
c) Al terminar el turno de trabajo

5. SELECCIONE CON UNA X QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA

X a) Mantener la calma
b) Salir corriendo
X c) Seguir las instrucciones de la brigada
X d) Salir con cuidado y NO regresar por ningun motivo.

6. INDIQUE CON UNA X EL SIGNIFICADO DE CADA UNA DE ESTAS SEÑALES



a. Punto de encuentro para la hora de almuerzo
X b. Punto de encuentro seguro en caso de emergencia
c. Punto de encuentro para reuniones diarias

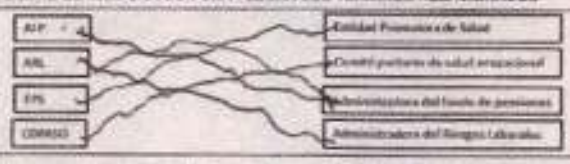
a. Via para transito de vehículos
b. Via de transito de personal
X c. Via de evacuación en caso de emergencia

7. RIESGOS Y PELIGROS

Enuncie 4 riesgos a los que podria estar expuesto en su lugar de trabajo

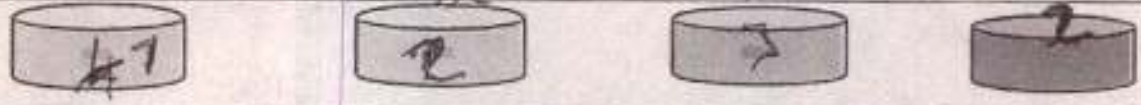
a) CAIDA A NIVEL
b) PARTES EN MOVIMIENTO
c)
d)

8. SEGURIDAD SOCIAL. UNA CON UNA FLECHA LOS TERMINOS RELACIONADOS



9. CLASIFICACION DE LOS RESIDUOS SOLIDOS (RECICLAJE): Escribe el color de la caneca que corresponda

1 Residuos Reciclables (botellas plásticas, vasos desechables y vidrio): GRIS
2 Residuos Reciclables (papel, cartón, revistas): AZUL
3 Residuos peligrosos (baterías, papel contaminado con secreciones/desechos clínicos): ROJO
4 Residuos Ordinarios (basura, envolturas comestibles, residuos barridos): VERDE



10. ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES

Mencione dos impactos ambientales que generados por usted al realizar su trabajo: DERRAME DE LIQUIDOS
HOLE

Calificado por:
Fecha:

NOTA: Es aprobada la evaluación si obtiene calificación mayor o igual a 9, el valor total es 10. Cada pregunta tiene un valor de 1

Calificación: Aprobado: SI ____ NO ____

Certifico que conozco y he sido informado desde el inicio de mi labor sobre el reglamento interno de trabajo, Higiene y seguridad industrial , programas de gestión de riesgos, programa de gestión ambiental, Política Integral de Gestión y Política de No Alcohol, Drogas y Tabaco.

Por la presente he sido notificado que por la índole de mi posición en el trabajo, he sido incluido entre el personal a ser sometido a exámenes de control de alcohol y drogas, de acuerdo con la Política de No Alcohol, Drogas y Tabaco de Mennuti S.A y doy mi consentimiento para la obtención y estudio de la muestra de saliva, orina o aire expirado y que he recibido la inducción necesaria por parte de la persona encargada sobre la realización de estos exámenes que contempla el Plan de Salud y Seguridad Industrial del proyecto y cuyas disposiciones me comprometo a cumplir

Declaro que he recibido la inducción, conozco el sitio para el cual he sido contratado y me comprometo a utilizar los implementos de protección personal y a cumplir con las normas de seguridad que me han sido informadas.

Nombre Completo	Firma
Trabajador	MARIO ALBERTO GRAJALES GARCIA

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN

Versión: 01
Fecha: 19 Noviembre de 2018

NOBRE	Hivan de Jesus Chavarria	CARGO:	Oficios Varios
C.C	3423241	FECHA:	3 De Diciembre

1. POLÍTICAS: Selecciona con una X si es falso (F) o verdadero (V)

a) La empresa esta fomentando estilos de vida saludables (F) = [ ]

b) En la empresa se busca trabajar de un modo respetuoso con el medio ambiente (F) = [X]

c) Se prohibido el consumo de alcohol, drogas y cigarrillo por parte de los empleados y contratistas, durante las horas de trabajo (F) = [X]

d) Es prohibido presentarse a laborar bajo los efectos del alcohol y las drogas (F) = [X]

a) Mencione cuales son las políticas de la empresa
No llegar embriagado
No Fumar
No consumir drogas

2. SEÑALE CON UNA X LOS ACTOS O CONDICIONES INSEGURAS



3. REPORTE DE ACCIDENTES

3.1. Usted debe de reportar el accidente de trabajo:

a) A las 48 horas
[X] Inmediatamente
c) Al terminar el turno de trabajo.

4. SEÑALE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE DEBE USAR AL VISITAR OBRAS



5. SELECCIONE CON UNA X QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA

[X] Mantener la calma
b) Salir corriendo
[X] Seguir las instrucciones de la brigada
[X] Salir con cuidado y NO regresar por ningún motivo.

6. INDIQUE CON UNA X EL SIGNIFICADO DE CADA UNA DE ESTAS SEÑALES



a. Punto de encuentro para la hora de almuerzo
[X] Punto de encuentro seguro en caso de emergencia
c. Punto de encuentro para reuniones diarias

a. Vía para transito de vehículos
b. Vía de transito de personal
[X] Vía de evacuación en caso de emergencia

7. RIESGOS Y PELIGROS

Enuncie 4 riesgos a los que podría estar expuesto en su lugar de trabajo

a) peligro vial
b) riesgo Fisico
c) mala posturas
d) riesgo mecanico

8. SEGURIDAD SOCIAL. UNA CON UNA FLECHA LOS TERMINOS RELACIONADOS

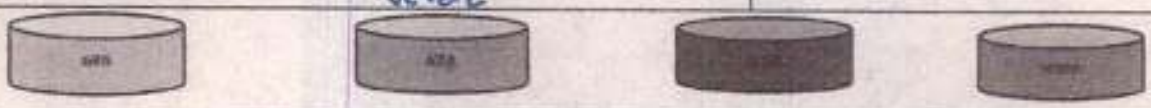


9. CLASIFICACION DE LOS RESIDUOS SOLIDOS (RECICLAJE): Escribe el color de la caneca que corresponde

Residuos Reciclables (botellas plásticas, vasos desechables y vidrio)	Azul
Residuos Reciclables (papel, cartón, revistas)	gris
Residuos peligrosos (papabocas, papel contaminado con secreciones/desechos clínicos)	roja
Residuos Ordinarios (basura, envolturas comestibles, residuos barrido)	verde

10. ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES

Mencione dos impactos ambientales que generados por usted al realizar su trabajo:



Calificado por:
Fecha:

NOTA: Es aprobada la evaluación si obtiene calificación mayor o igual a 9, el valor total es 10. Cada pregunta tiene un valor de 1

Calificación: Aprobado: SI ____ NO ____

Certifico que conozco y he sido informado desde el inicio de mi labor sobre el reglamento interno de trabajo, higiene y seguridad industrial, programas de gestión de riesgos, programa de gestión ambiental, Política Integral de Gestión y Política de No Alcohol, Drogas y Tabaco.

Por la presente he sido notificado que por la índole de mi posición en el trabajo, he sido incluido entre el personal a ser sometido a exámenes de control de alcohol y drogas, de acuerdo con la Política de No Alcohol, Drogas y Tabaco de Mensuas S.A y doy mi consentimiento para la obtención y estudio en la muestra de saliva, orina o aire espirado y que he recibido la inducción necesaria por parte de la persona encargada sobre la realización de estos exámenes que contempla el Plan de Salud y Seguridad Industrial del proyecto y cuyas disposiciones me comprometo a cumplir.

Declaro que he recibido la inducción, conozco el oficio para el cual he sido contratado y me comprometo a utilizar los implementos de protección personal y a cumplir con las normas de seguridad que me han sido informadas.

Nombre Completo	Firma
Trabajador	Ivan de Jesus chavarria

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN

Versión: 01
Fecha: 19 Noviembre de 2019

NOMBRE: Horal Jose Serna Giraldo
C.C. 1.061.529.429
CARGO: AYUDANTE
FECHA: 3 10 2020

1. POLÍTICAS: Seleccione con una X si es falso (F) o verdadero (V)

a) La empresa esta fomentando estilos de vida saludables (F) o (V)

b) En la empresa se buscs trabajar de un modo respetuoso con el medio ambiente (F) o (V)

c) Se prohibido el consumo de alcohol, drogas y cigarrillo por parte de los empleados y contratistas, durante las horas de trabajo (F) o (V)

d) Es prohibido presentarse a laborar bajo los efectos del alcohol y las drogas (F) o (V)

e) Mencione cuales son las políticas de la empresa

2. SEÑALE CON UNA X LOS ACTOS O CONDICIONES INSEGURAS



3. REPORTE DE ACCIDENTES

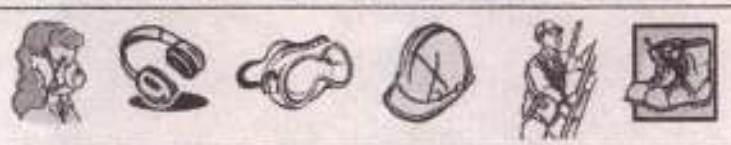
3.1. Usted debe de reportar el accidente de trabajo:

a) A las 48 horas

X Inmediatamente

c) Al terminar el turno de trabajo

4. SEÑALE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE DEBE USAR AL VISITAR OBRAS



5. SELECCIONE CON UNA X QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA

a) Mantener la calma

b) Salir corriendo

X Seguir las instrucciones de la brigada

d) Salir con cuidado y NO regresar por ningún motivo

6. INDIQUE CON UNA X EL SIGNIFICADO DE CADA UNA DE ESTAS SEÑALES



a. Punto de encuentro para la hora de almuerzo
X Punto de encuentro seguro en caso de emergencia
c. Punto de encuentro para reuniones diarias

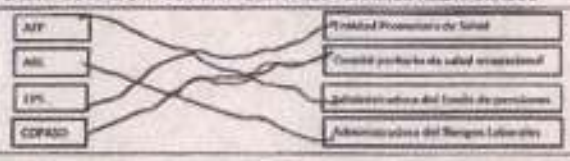
a. Vía para tránsito de vehículos
b. Vía de tránsito de personal
X Vía de evacuación en caso de emergencia

7. RIESGOS Y PELIGROS

Enuncie 4 riesgos a los que podría estar expuesto en su lugar de trabajo:

a) atropellamiento
b) alta Temperatura
c) caida de misma nivel
d)

8. SEGURIDAD SOCIAL, UNA CON UNA FLECHA LOS TERMINOS RELACIONADOS

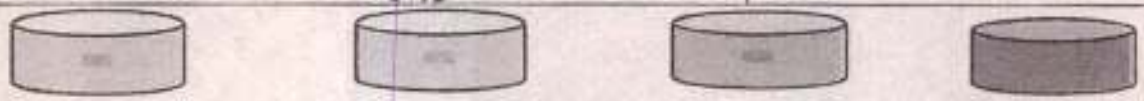


9. CLASIFICACION DE LOS RESIDUOS SOLIDOS (RECICLAJE): Escribe el color de la caneca que corresponde

Residuos Retornables (botellas plásticas, vasos desechables y vidrio)	Roja
Residuos Reciclables (papel, cartón, revistas)	Gris
Residuos peligrosos (baterías, papel contaminado con excrecionesdesechos clínicos)	Roja
Residuos Ordinarios (basura, envolturas comestibles, residuos barrido)	Verde

10. ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES

Mencione dos impactos ambientales que generados por usted al realizar su trabajo: Generar Contaminación Visual y Basura



Calificado por:

Fecha:

NOTA: Es aprobada la evaluación si obtiene calificación mayor o igual a 9, el valor total es 10. Cada pregunta tiene un valor de 1

Calificación: **Aprobado: SI** ____ **NO** ____

Certifico que conozco y he sido informado desde el inicio de mi labor sobre el reglamento interno de trabajo, higiene y seguridad industrial, programas de gestión de riesgos, programa de gestión ambiental, Política Integral de Gestión y Política de No Alcohol, Drogas y Tabaco.

Por la presente he sido notificado que por la índole de mi posición en el trabajo, ha sido incluido entre el personal a ser sometido a exámenes de control de alcohol y drogas, de acuerdo con la Política de No Alcohol, Drogas y Tabaco de Mensula S.A y doy mi consentimiento para la obtención y estudio de la muestra de saliva, orina o aire espirado y que he recibido la inducción necesaria por parte de la persona encargada sobre la realización de estos exámenes que contempla el Plan de Salud y Seguridad Industrial del proyecto y cuyas disposiciones me comprometo a cumplir.

Declaro que he recibido la inducción, conozco el oficio para el cual he sido contratado y me comprometo a utilizar los implementos de protección personal y a cumplir con las normas de seguridad que me han sido informadas.

Nombre Completo	Firma
Trabajador: Horal Jose Serna Giraldo	Horal Giraldo

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN

Versión: 01
Fecha: 19 Noviembre de 2018

NOMBRE: Wilmar Alejandro Tabares
C.C
CARGO: Ayudante
FECHA: 03-12-2020

1. POLÍTICAS: Seleccione con una X si es falso (F) o verdadero (V)

a) La empresa esta fomentando estilos de vida saludables (F) o (V) X

b) En la empresa se busca trabajar de un modo respetuoso con el medio ambiente (F) o (V) X

c) Se prohibido el consumo de alcohol, drogas y cigarrillo por parte de los empleados y contratistas, durante las horas de trabajo (F) o (V) X

d) Es prohibido presentarse a laborar bajo los efectos del alcohol y las drogas (F) o (V) X

e) Mencione cuales son las políticas de la empresa

2. SEÑALE CON UNA X LOS ACTOS O CONDICIONES INSEGURAS



3. REPORTE DE ACCIDENTES

3.1. Usted debe de reportar el accidente de trabajo:

a) A las 48 horas
b) Inmediatamente X
c) Al terminar el turno de trabajo

4. SEÑALE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE DEBE USAR AL VISITAR OBRAS



5. SELECCIONE CON UNA X QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA

a) Mantener la calma
b) Salir corriendo
c) Seguir las instrucciones de la brigada X
d) Salir con celular y NO regresar por ningún motivo.

6. INDIQUE CON UNA X EL SIGNIFICADO DE CADA UNA DE ESTAS SEÑALES



a. Punto de encuentro para la hora de almuerzo
b. Punto de encuentro seguro en caso de emergencia X
c. Punto de encuentro para reuniones diarias

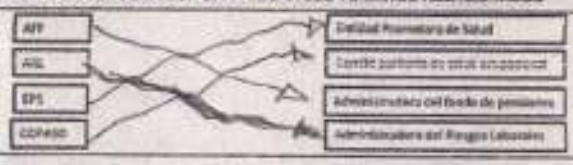
a. Vía para tránsito de vehículos
b. Vía de tránsito de personal
c. Vía de evacuación en caso de emergencia X

7. RIESGOS Y PELIGROS

Enuncie 4 riesgos a los que podría estar expuesto en su lugar de trabajo

a) Accidente vial
b) Ser secuestrado
c) Ser expuesto en un accidente
d) Quedar cojiando

8. SEGURIDAD SOCIAL. UNA CON UNA FLECHA LOS TERMINOS RELACIONADOS



9. CLASIFICACION DE LOS RESIDUOS SOLIDOS (RECICLAJE): Escribe el color de la caneca que corresponde

Residuos Reaprovechables (botellas plásticas, vasos desechables y vidrio)	Azul
Residuos Reciclables (papel, cartón, revistas)	Gris
Residuos peligrosos (aguabocas, papel contaminado con secreciones/desechos clínicos)	Rojo
Residuos Ordinarios (basura, envolturas comestibles, residuos barridos)	Verde

10. ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES

Mencione dos impactos ambientales que generados por usted al realizar su trabajo:

Arrojar de residuos Peligrosos
Arrojar las basuras



Calificado por:
Fecha:

NOTA: Es aprobada la evaluación si obtiene calificación mayor o igual a 8, el valor total es 10. Cada pregunta tiene un valor de 1

Calificación: Aprobado: SI ____ NO ____

Certifico que conozco y he sido informado desde el inicio de mi labor sobre el reglamento interno de trabajo, higiene y seguridad industrial, programas de gestión de riesgos, programa de gestión ambiental, Política Integral de Gestión y Política de No Alcohol, Drogas y Tabaco.

Por la presente he sido notificado que por la índole de mi posición en el trabajo, he sido incluido entre el personal a ser sometido a exámenes de control de alcohol y drogas, de acuerdo con la Política de No Alcohol, Drogas y Tabaco de Mensajes U.A y doy mi consentimiento para la obtención y estudio de la muestra de saliva, orina o ambas tomadas y que he recibido la instrucción necesaria por parte de la persona encargada sobre la realización de estos exámenes que contempla el Plan de Salud y Seguridad Industrial del proyecto y cuyas disposiciones me comprometo a cumplir.

Declaro que he recibido la inducción, conozco el oficio para el cual he sido contratado y me comprometo a utilizar los implementos de protección personal y a cumplir con las normas de seguridad que me han sido informadas.

Nombre Completo	Firma
Trabajador: Wilmar Alejandro Tabares	Wilmar Alejandro

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN

Versión: 01
Fecha: 19 Noviembre de 2018

NOBRE: ROGER GARCIA QUIROZ
C.C. 1100 [illegible]
CARGO: ALBAÑIL
FECHA: 03/12/2020

1. POLÍTICAS: Seleccione con una X si es falso (F) o verdadero (V)

a) La empresa esta fomentando estilos de vida saludables (F) o (V) X

b) En la empresa se busca trabajar de un modo respetuoso con el medio ambiente (F) o (V) X

c) Se prohibido el consumo de alcohol, drogas y cigarrillo por parte de los empleados y contratistas, durante las horas de trabajo (F) o (V) X

d) Es prohibido presentarse a laborar bajo los efectos del alcohol y las drogas (F) o (V) X

e) Mencione cuales son las políticas de la empresa
NO llevar en estado de embriagues y prohibido

2. SEÑALE CON UNA X LOS ACTOS O CONDICIONES INSEGURAS



3. REPORTE DE ACCIDENTES

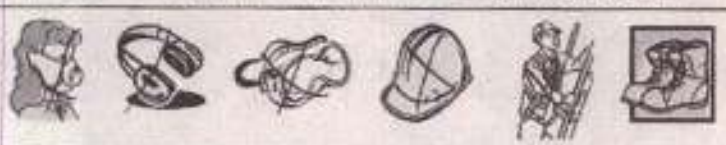
3.1. Usted debe de reportar el accidente de trabajo:

a) A las 48 horas

X b) Inmediatamente

c) Al terminar el turno de trabajo

4. SEÑALE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE DEBE USAR AL VISITAR OBRAS



5. SELECCIONE CON UNA X QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA

a) Mantener la calma

b) Salir corriendo

X c) Seguir las instrucciones de la brigada

d) Salir con cuidado y NO regresar por ningun motivo.

6. INDIQUE CON UNA X EL SIGNIFICADO DE CADA UNA DE ESTAS SEÑALES



a. Punto de encuentro para la hora de almuerzo
X b. Punto de encuentro seguro en caso de emergencia
c. Punto de encuentro para reuniones diarias

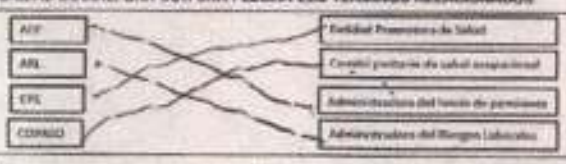
a. Vía para transito de vehículos
X b. Vía de transito de personal
c. Vía de evacuación en caso de emergencia

7. RIESGOS Y PELIGROS

Enuncie 4 riesgos a los que podria estar expuesto en su lugar de trabajo

a) a ser secuestrado o robado
b) a ser causa de herido
c) a ser o estar expuesto a accidente
d) a ser o estar atracado

8. SEGURIDAD SOCIAL. UNA CON UNA FLECHA LOS TERMINOS RELACIONADOS

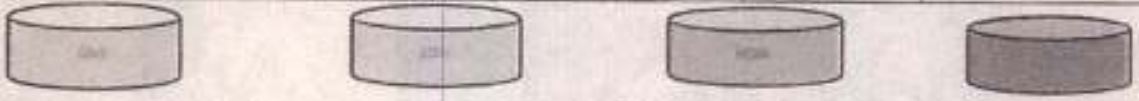


9. CLASIFICACION DE LOS RESIDUOS SOLIDOS (RECICLAJE): Escribe el color de la caneca que corresponde

Residuos Reformables (botellas plásticas, vasos desechables y vidrio)	AZUL
Residuos Reciclables (papel, cartón, revistas)	GRIS
Residuos peligrosos (tapabocas, papel contaminado con secreciones/desechos clínicos)	ROJO
Residuos Ordinarios (basura, envolturas comestibles, residuos barridos)	VERDE

10. ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES

Mencione dos impactos ambientales que generados por usted al realizar su trabajo
generar residuos peligrosos
Basura y contaminación



Calificado por:

Fecha:

NOTA: Es aprobada la evaluación si obtiene calificación mayor e igual a 9, el valor total es 10. Cada pregunta tiene un valor de 1

Calificación: **Aprobado: SI** ____ **NO** ____

Certifico que conozco y he sido informado desde el inicio de mi labor sobre el reglamento interno de trabajo, higiene y seguridad industrial , programas de gestión de riesgos, programa de gestión ambiental, Política Integral de Gestión y Política de No Alcohol, Drogas y Tabaco.

Por la presente he sido notificado que por la índole de mi posición en el trabajo, he sido incluido entre el personal a ser sometido a exámenes de control de alcohol y drogas, de acuerdo con la Política de No Alcohol, Drogas y Tabaco de Mermula S.A y doy mi consentimiento para la obtención y estudio de la muestra de saliva, orina o aire explirado y que he recibido la inducción necesaria por parte de la persona encargada sobre la realización de estos exámenes que contempla el Plan de Salud y Seguridad Industrial del proyecto y cuyas disposiciones me comprometo a cumplir.

Declaro que he recibido la inducción, conozco el oficio para el cual he sido contratado y me comprometo a utilizar los implementos de protección personal y a cumplir con las normas de seguridad que me han sido informadas.

Nombre Completo	Firma
Trabajador: ROGER GARCIA QUIROZ	ROGER GARCIA

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN

Versión: 01
Fecha:19 Noviembre de 2018

NOBRE	Juan Esteban Isaza Gutierrez	CARGO:	Ingeniero Residente
C.C	1038467091	FECHA:	03/12/20

1. POLITICAS: Seleccione con una X si es falso (F) o verdadero (V)

a) La empresa esta fomentando estilos de vida saludables (F) o (V)X

b) En la empresa se busca trabajar de un modo respetuoso con el medio ambiente (F) o (V)X

c) Se prohibido el consumo de alcohol, drogas y cigarrillo por parte de los empleados y contratistas, durante las horas de trabajo (F) o (V)X

d) Es prohibido presentarse a laborar bajo los efectos del alcohol y las drogas (F) o (V)X

e) Mencione cuales son las políticas de la empresa

2. SEÑALE CON UNA X LOS ACTOS O CONDICIONES INSEGURAS



3. REPORTE DE ACCIDENTES

3.1. Usted debe de reportar el accidente de trabajo:

a) A las 48 horas

X b) Inmediatamente

c) Al terminar el turno de trabajo

4. SEÑALE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE DEBE USAR AL VISITAR OBRAS



5. SELECCIONE CON UNA X QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA

X a) Mantener la calma

b) Salir corriendo

X c) Seguir las instrucciones de la brigada

d) Salir con cuidado y NO regresar por ningun motivo

6. INDIQUE CON UNA X EL SIGNIFICADO DE CADA UNA DE ESTAS SEÑALES



a. Punto de encuentro para la hora de almuerzo
X b. Punto de encuentro seguro en caso de emergencia
c. Punto de encuentro para reuniones diarias

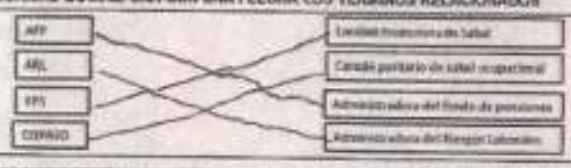
a. Vía para transito de vehiculos
b. Vía de transito de personal
X c. Vía de evacuación en caso de emergencia

7. RIESGOS Y PELIGROS

Enuncie 4 riesgos a los que podría estar expuesto en su lugar de trabajo

a) Accidente de transito
b) Quemaduras leves por rayos UV
c) Lesiones con maquinaria
d) Atropello con maquina

8. SEGURIDAD SOCIAL. UNA CON UNA FLECHA LOS TERMINOS RELACIONADOS



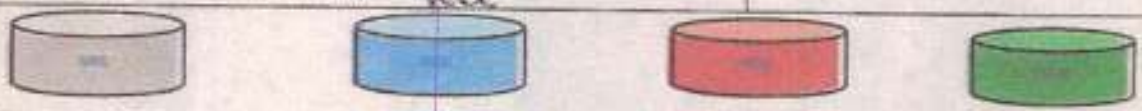
9. CLASIFICACION DE LOS RESIDUOS SOLIDOS (RECICLAJE): Escriba el color de la caneca que corresponde

Residuos Reciclables (botellas plásticas, vasos desechables y vidrio)	Azul
Residuos Reciclables (papel, cartón, revistas)	Gris
Residuos peligrosos (tapabocas, papel contaminado con secreciones/desechos clínicos)	Roja
Residuos Ordinarios (basura, envolturas comestibles, residuos barrido)	Verde

10. ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES

Mencione dos impactos ambientales que generados por usted al realizar su trabajo:

Contaminación de aguas
Ruido



Calificado por:

Fecha:

NOTA. Es aprobada la evaluación si obtiene calificación mayor o igual a 9. el valor total es 10. Cada pregunta tiene un valor de 1

Calificación: **Aprobado: SI** ____ **NO** ____

Certifico que conozco y he sido informado desde el inicio de mi labor sobre el reglamento interno de trabajo, higiene y seguridad industrial , programas de gestión de riesgos, programa de gestión ambiental, Política Integral de Gestión y Política de No Alcohol, Drogas y Tabaco.

Por la presente he sido notificado que por la índole de mi posición en el trabajo, he sido incluido entre el personal a ser sometido a exámenes de control de alcohol y drogas, de acuerdo con la Política de No Alcohol, Drogas y Tabaco de Mansuite S.A y doy mi consentimiento para la obtención y estudio de la muestra de saliva, orina o aire espirado y que he recibido la inducción necesaria por parte de la persona encargada sobre la realización de estos exámenes que contempla el Plan de Salud y Seguridad Industrial del proyecto y cuyas disposiciones me comprometo a cumplir.

Declaro que he recibido la inducción, conozco el oficio para el cual he sido contratado y me comprometo a utilizar los implementos de protección personal y a cumplir con las normas de seguridad que me han sido informadas.

	Nombre Completo	Firma
Trabajador:	Juan Esteban Isaza	

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN

Versión: 01
Fecha:19 Noviembre de 2018

NOMBRE	Hilderbrando Ospina Cuenca	CARGO:	Encofrador
C.C	70.116.453 Ant	FECHA:	03 - 12 - 2021

1. POLÍTICAS: Seleccione con una X si es falso (F) o verdadero (V)

a) La empresa esta fomentando estilos de vida saludables (F) o X

b) En la empresa se busca trabajar de un modo respetuoso con el medio ambiente (F) o X

c) Se prohibido el consumo de alcohol, drogas y cigarrillo por parte de los empleados y contratistas, durante las horas de trabajo (F) o X

d) Es prohibido presentarse a laborar bajo los efectos del alcohol y las drogas (F) o X

e) Menciona cuales son las políticas de la empresa

2. SEÑALE CON UNA X LOS ACTOS O CONDICIONES INSEGURAS



3. REPORTE DE ACCIDENTES

3.1. Usted debe de reportar el accidente de trabajo: Si

a) A las 48 horas No vuelvo a trabajar

b) Inmediatamente X

c) Al terminar el turno de trabajo

4. SEÑALE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE DEBE USAR AL VISITAR OBRAS



5. SELECCIONE CON UNA X QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA

a) Mantener la calma X

b) Salir corriendo

c) Seguir las instrucciones de la brigada X

d) Salir con celular y NO regresar por ningún motivo

6. MARQUE CON UNA X EL SIGNIFICADO DE CADA UNA DE ESTAS SEÑALES



a. Punto de encuentro para la hora de simulacro
b. Punto de encuentro seguro en caso de emergencia X
c. Punto de encuentro para reuniones diarias

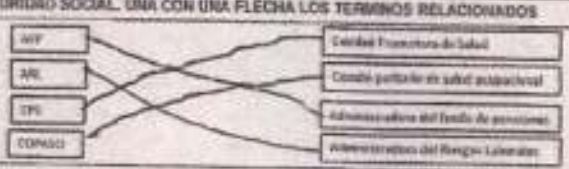
a. Vía para tránsito de vehículos X
b. Vía de tránsito de personal
c. Vía de evacuación en caso de emergencia

7. RIESGOS Y PELIGROS

Enuncie 4 riesgos a los que podría estar expuesto en su lugar de trabajo

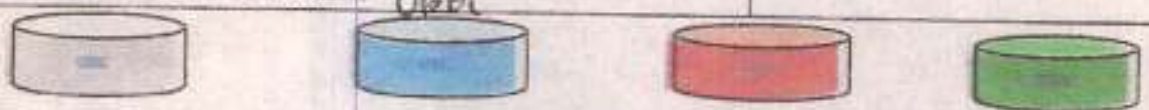
a) Caida de objetos
b) Trabajo en alturas
c) Accidente con Electricidad
d) Caida de altura

8. SEGURIDAD SOCIAL. UNA CON UNA FLECHA LOS TERMINOS RELACIONADOS



9. CLASIFICACION DE LOS RESIDUOS SOLIDOS (RECICLAJE): Escriba el color de la caneca que corresponda

Residuos Reciclables (botellas plásticas, vasos desechables y vidrio)	AZUL
Residuos Reciclables (papel, cartón, metales)	GRIS
Residuos peligrosos (tapabocas, papel contaminado con sangre/secreciones/objetos cortos)	ROJO
Residuos Ordinarios (basura, envolturas comestibles, residuos sanitarios)	VERDE



10. ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES

Mencione dos impactos ambientales que generados por usted al realizar su trabajo:

Calificado por:

Fecha:

NOTA: Es aprobada la evaluación si obtiene calificación mayor o igual a 8, el valor total es 10. Cada pregunta tiene un valor de 1

Calificación: Aprobado: SI ____ NO ____

Certifico que conozco y he sido informado desde el inicio de mi labor sobre el reglamento interno de trabajo, higiene y seguridad industrial , programas de gestión de riesgos, programa de gestión ambiental, Política Integral de Gestión y Política de No Alcohol, Drogas y Tabaco.

Por la presente he sido notificado que por el inicio de mi posición en el trabajo, he sido incluido entre el personal a ser sometido a exámenes de control de alcohol y drogas, de acuerdo con la Política de No Alcohol, Drogas y Tabaco de Mercurio S.A y doy mi consentimiento para la obtención y estudio de la muestra de saliva, orina o sea exigidas y que he recibido la inducción necesaria por parte de la persona encargada sobre la realización de estos exámenes que contempla el Plan de Salud y Seguridad Industrial del proyecto y cuyas disposiciones me comprometo a cumplir.

Declaro que he recibido la inducción, conozco el oficio para el cual he sido contratado y me comprometo a utilizar los implementos de protección personal y a cumplir con las normas de seguridad que me han sido impartidas.

Nombre Completo	Firma
Trabajador: Hilderbrando Ospina Cuenca	

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN

Versión: 01
Fecha: 19 Noviembre de 2018

NOBRE	Diego Hincapie Serio	CARGO:	GUADAÑERO
C.C	1037608052	FECHA:	07-12 2020

1. POLÍTICAS: Seleccione con una X si es falsa (F) o verdadera (V)

a) La empresa esta fomentando estilos de vida saludables (F) o (V) X

b) En la empresa se busca trabajar de un modo respetuoso con el medio ambiente (F) o (V) X

c) Se prohíbe el consumo de alcohol, drogas y cigarrillo por parte de los empleados y contratistas, durante las horas de trabajo (F) o (V) X

d) Es prohibido presentarse a laborar bajo los efectos del alcohol y las drogas (F) o (V) X

e) Mencione cuales son las políticas de la empresa

2. SEÑALE CON UNA X LOS ACTOS O CONDICIONES INSEGURAS



3. REPORTE DE ACCIDENTES

3.1. Usted debe de reportar el accidente de trabajo:

a) A las 48 horas

b) Inmediatamente ✓

c) Al terminar el turno de trabajo.

4. SEÑALE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE DEBE USAR AL VISITAR OBRAS



X X X

5. SELECCIONE CON UNA X QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA

a) Mantener la calma

b) Salir corriendo

c) Seguir las instrucciones de la brigada X

d) Salir con cuidado y NO regresar por ningún motivo.

6. INDIQUE CON UNA X EL SIGNIFICADO DE CADA UNA DE ESTAS SEÑALES



a. Punto de encuentro para la hora de almuerzo
X b. Punto de encuentro seguro en caso de emergencia
c. Punto de encuentro para reuniones diarias

a. Vía para tránsito de vehículos
b. Vía de tránsito de personal
X c. Vía de evacuación en caso de emergencia

7. RIESGOS Y PELIGROS

Enuncie 4 riesgos a los que podría estar expuesto en su lugar de trabajo

a) Riesgo físico
b) Riesgo mecanico
c) Riesgo Vial
d) Riesgo Social

8. SEGURIDAD SOCIAL. UNA CON UNA FLECHA LOS TERMINOS RELACIONADOS

ARP	Entidad Promotora de Salud
ARL	Gestión particular en salud ocupacional
EPS	Administradora del fondo de pensiones
ESPASO	Administradora de Riesgos Laborales

9. CLASIFICACION DE LOS RESIDUOS SOLIDOS (RECICLAJE): Escribe el color de la caneca que corresponda

Residuos Reciclables (botellas plásticas, vasos desechables y vidrio)	AZUL
Residuos Reciclables (papel, cartón, revistas)	GRIS
Residuos peligrosos (jeringuillas, papel contaminado con sangre/desechos clínicos)	ROJO
Residuos Ordinarios (basura, envolturas comestibles, residuos barrido)	VERDE



10. ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES

Mencionar dos impactos ambientales que generados por usted al realizar su trabajo: Basura y Quema de basura

Calificado por:

Fecha:

NOTA: Es aprobada la evaluación si obtiene calificación mayor o igual a 9, al valor total en 10. Cada pregunta tiene un valor de 1

Calificación: Aprobado: SI ____ NO ____

Certifico que conozco y he sido informado desde el inicio de mi labor sobre el reglamento interno de trabajo, higiene y seguridad industrial, programas de gestión de riesgos, programa de gestion ambiental, Política Integral de Gestión y Política de No Alcohol, Drogas y Tabaco.

Por la presente he sido notificado que por la inicio de mi posición en el trabajo, he sido incluido entre el personal a ser sometido a exámenes de control de alcohol y drogas, de acuerdo con la Política de No Alcohol, Drogas y Tabaco de Mineras S.A y doy mi consentimiento para la obtención y estudio de la muestra de saliva, orina o aire espirado y que he recibido la inducción necesaria por parte de la persona encargada sobre la realización de estos exámenes que contempla el Plan de Salud y Seguridad Industrial del proyecto y cuyas disposiciones me comprometo a cumplir.

Declaro que he recibido la inducción, concurso al oficio para el cual he sido contratado y me comprometo a utilizar los implementos de protección personal y a cumplir con las normas de seguridad que me han sido informadas.

Nombre Completo	Firma
Trabajador Diego Alberto Hincapie o	Diego A Hincapie

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN

Versión: 01
Fecha: 19 Noviembre de 2018

NOBRE: Diego Posada Gómez
C.C 1040 261 425
CARGO: Bodeguero
FECHA: 07-12-20

1. POLÍTICAS: Seleccione con una X si es falso (F) o verdadero (V)

a) La empresa esta fomentando estilos de vida saludables (F) o (V)

b) En la empresa se busca trabajar de un modo respetuoso con el medio ambiente (F) o (V)

c) Se prohibido el consumo de alcohol, drogas y cigarrillo por parte de los empleados y contratistas, durante las horas de trabajo (F) o (V)

d) Es prohibido presentarse a laborar bajo los efectos del alcohol y las drogas (F) o (V)

e) Mencione cuales son las políticas de la empresa: No consumo de alcohol - cigarrillos - sustancias psicoactivas.

2. SEÑALE CON UNA X LOS ACTOS O CONDICIONES INSEGURAS



3. REPORTE DE ACCIDENTES

3.1. Usted debe de reportar el accidente de trabajo:

a) A las 48 horas
X b) Inmediatamente
c) Al terminar el turno de trabajo

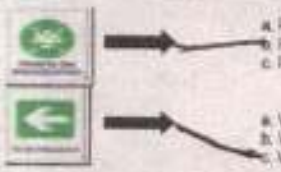
4. SEÑALE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE DEBE USAR AL VISITAR OBRAS



5. SELECCIONE CON UNA X QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA

X a) Mantener la calma
b) Salir corriendo
X c) Seguir las instrucciones de la brigada
X d) Salir con cuidado y NO regresar por ningún motivo.

6. INDIQUE CON UNA X EL SIGNIFICADO DE CADA UNA DE ESTAS SEÑALES



a. Punto de encuentro para la hora de almuerzo
b. Punto de encuentro seguro en caso de emergencia
c. Punto de encuentro para reuniones diarias

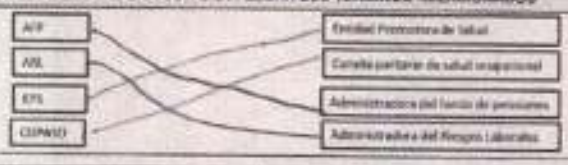
a. Vía para tránsito de vehículos
b. Vía de tránsito de personal
c. Vía de evacuación en caso de emergencia

7. RIESGOS Y PELIGROS

Enuncie 4 riesgos a los que podría estar expuesto en su lugar de trabajo

a) Biologico
b) vial
c) social
d)

8. SEGURIDAD SOCIAL, UNA CON UNA FLECHA LOS TERMINOS RELACIONADOS



9. CLASIFICACION DE LOS RESIDUOS SOLIDOS (RECICLAJE): Escribe el color de la caneca que corresponde

Residuos Retornables (botellas plásticas, vasos desechables y vidrio): azul
Residuos Reciclables (papel, cartón, revistas): gris
Residuos peligrosos (tapabocas, papel contaminado con secrecionesdesechos clínicos): Rojo
Residuos Ordinarios (basura, envolturas comestibles, residuos barrido): verde



10. ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES

Mencione dos impactos ambientales que generados por usted al realizar su trabajo:
Basuras cortar madera
Incendios recojerla

Calificado por:
Fecha:

NOTA: Es aprobada la evaluación si obtiene calificación mayor o igual a 9, el valor total es 10. Cada pregunta tiene un valor de 1

Calificación: **Aprobado: SI** ____ **NO** ____

Certifico que conozco y he sido informado desde el inicio de mi labor sobre el reglamento interno de trabajo, higiene y seguridad industrial , programas de gestión de riesgos, programa de gestión ambiental, Política Integral de Gestión y Política de No Alcohol, Drogas y Tabaco.

Por la presente he sido notificado que por la índole de mi posición en el trabajo, he sido incluido entre el personal a ser sometido a exámenes de control de alcohol y drogas, de acuerdo con la Política de No Alcohol, Drogas y Tabaco de Mennuti S.A y doy mi consentimiento para la obtención y estudio de la muestra de saliva, orina o aire espirado y que he recibido la inducción necesaria por parte de la persona encargada sobre la realización de estos exámenes que contempla el Plan de Salud y Seguridad Industrial del proyecto y cuyas disposiciones me comprometo a cumplir.

Declaro que he recibido la inducción, conozco el oficio para el cual he sido contratado y me comprometo a utilizar los implementos de protección personal y a cumplir con las normas de seguridad que me han sido informadas.

	Nombre Completo	Firma
Trabajador	Diego Posada Gómez	Diego Posada

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN

Versión: 01
Fecha: 19 Noviembre de 2018

NOMBRE: Fredi espinosa
C.C: 1CH9020536
CARGO: Guaraniado
FECHA: 7 12 2020

1. POLÍTICAS: Seleccione con una X si es falso (F) o verdadero (V)

a) La empresa esta fomentando estilos de vida saludables ✗ (F) o (V)

b) En la empresa se busca trabajar de un modo respetuoso con el medio ambiente ✗ (F) o (V)

c) Se prohibido el consumo de alcohol, drogas y cigarrillo por parte de los empleados y contratistas, durante las horas de trabajo ✗ (F) o (V)

d) Es prohibido presentarse a laborar bajo los efectos del alcohol y las drogas (F) o (V)

e) Mencione cuales son las políticas de la empresa

2. SEÑALE CON UNA X LOS ACTOS O CONDICIONES INSEGURAS



3. REPORTE DE ACCIDENTES

3.1. Usted debe de reportar el accidente de trabajo:

a) A las 48 horas

b) Inmediatamente ✗

c) Al terminar el turno de trabajo

4. SEÑALE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE DEBE USAR AL VISITAR OBRAS



5. SELECCIONE CON UNA X QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA

a) Mantener la calma ✗

b) Salir corriendo

c) Seguir las instrucciones de la brigada ✗

d) Salir con celular y NO regresar por ningún motivo ✗

6. INDIQUE CON UNA X EL SIGNIFICADO DE CADA UNA DE ESTAS SEÑALES



a. Punto de encuentro para la hora de almuerzo
b. Punto de encuentro seguro en caso de emergencia ✗
c. Punto de encuentro para reuniones diarias

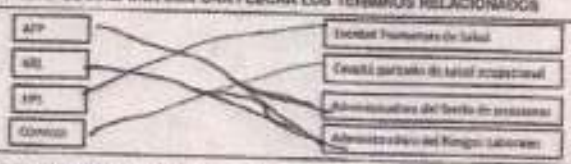
a. Vía para transito de vehículos
b. Vía de transito de personal
c. Vía de evacuación en caso de emergencia ✗

7. RIESGOS Y PELIGROS

Enuncie 4 riesgos a los que podría estar expuesto en su lugar de trabajo

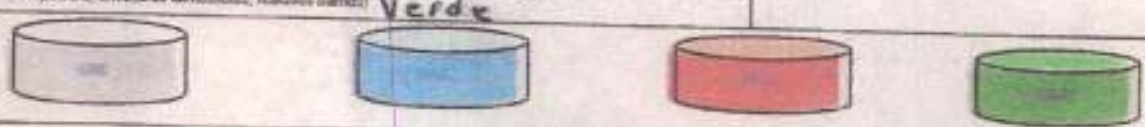
a) machucamiento
b) una cortada
c) deslizamiento
d) mareo

8. SEGURIDAD SOCIAL. UNA CON UNA FLECHA LOS TERMINOS RELACIONADOS



9. CLASIFICACION DE LOS RESIDUOS SOLIDOS (RECICLAJE): Escribe el color de la canneca que corresponde

Residuos Reciclables (botellas plásticas, vasos desechables y latas): azul
Residuos Reciclables (papel, cartón, revistas): gris
Residuos peligrosos (hospitales, papel contaminado con secreciones/desechos clínicos): rojo
Residuos Ordinarios (basura, envolturas comestibles, residuos barridos): verde



10. ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES

Mencione dos impactos ambientales que generaría por usted al realizar su trabajo

Calificado por:
Fecha:

NOTA: Es aprobada la evaluación si obtiene calificación mayor o igual a 6, el valor total es 10. Cada pregunta tiene un valor de 1.

Calificación: Aprobado: SI ____ NO ____

Certifico que conozco y he sido informado desde el inicio de mi labor sobre el reglamento interno de trabajo, higiene y seguridad industrial , programas de gestión de riesgos, programa de gestión ambiental, Política Integral de Gestion y Politica de No Alcohol, Drogas y Tabaco.

Por la presente he sido notificado que por la índole de mi posición en el trabajo, he sido incluido entre el personal a ser sometido a exámenes de control de alcohol y drogas, sin aviso con la Política de No Alcohol, Drogas y Tabaco de Mensulo S.A y doy mi consentimiento para la aplicación y estudio de la muestra de saliva, orina o aire expirado y que he recibido la inducción necesaria por parte de la persona encargada sobre la realización de estos exámenes que contempla el Plan de Salud y Seguridad Industrial del proyecto y cuyas disposiciones me comprometo a cumplir.

Declaro que he recibido la inducción, conozco el oficio para el cual he sido contratado y me comprometo a utilizar los implementos de protección personal y a cumplir con las normas de seguridad que me han sido informadas.

Nombre Completo: Fredi espinosa
Trabajador

Firma: Fredi espinosa

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN

Versión: 01
Fecha:19 Noviembre de 2018

NOMBRE: HUBER FLOTAS
C.C 1038081222

CARGO: OFICIOS BATIDO
FECHA: 03-12-2020

1. POLÍTICAS: Seleccione con una X si es falso (F) o verdadero (V)

a) La empresa esta fomentando estilos de vida saludables X (F) o (V)

b) En la empresa se busca trabajar de un modo respetuoso con el medio ambiente X (F) o (V)

c) Se prohibido el consumo de alcohol, drogas y cigarrillo por parte de los empleados y contratistas, durante las horas de trabajo (F) o (V)

d) Es prohibido presentarse a laborar bajo los efectos del alcohol y las drogas (F) o (V)

e) Mencione cuales son las políticas de la empresa

2. SEÑALE CON UNA X LOS ACTOS O CONDICIONES INSEGURAS



3. REPORTE DE ACCIDENTES

3.1. Usted debe de reportar el accidente de trabajo:

a) A las 48 horas
b) Inmediatamente X
c) Al terminar el turno de trabajo

4. SEÑALE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE DEBE USAR AL VISITAR OBRAS



5. SELECCIONE CON UNA X QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA

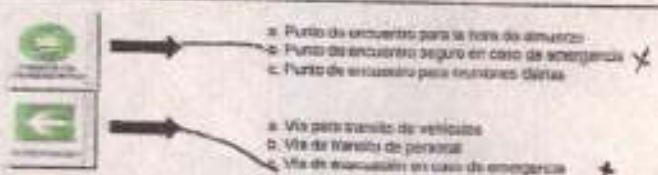
a) Mantener la calma

b) Salir corriendo

c) Seguir las instrucciones de la brigada X

d) Salir con celular y NO regresar por ningún motivo

6. RELACIONE CON UNA X EL SIGNIFICADO DE CADA UNA DE ESTAS SEÑALES

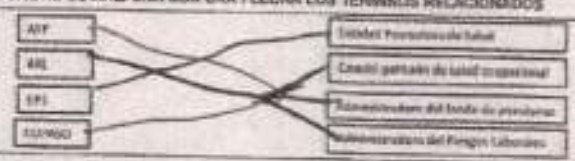


7. RIESGOS Y PELIGROS

Enuncie 4 riesgos a los que podría estar expuesto en su lugar de trabajo

a) MECANICO
b) MECANICO
c) QUIMICO
d) LOCATIVO

8. SEGURIDAD SOCIAL. UNA CON UNA FLECHA LOS TERMINOS RELACIONADOS



9. CLASIFICACION DE LOS RESIDUOS SOLIDOS (RECICLAJE): Escriba el color de la caneca que corresponda

Residuos Aprovechables (botellas plásticas, vasos desechables y vidrio): AZUL
Residuos Reciclables (papel, cartón, revistas): GRIS
Residuos peligrosos (baterías, papel contaminado con sangre/agujas/botellas cloro): ROJO
Residuos Ordinarios (basura, envolturas comestibles, residuos barrido): VERDE



10. ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES

Mencione dos impactos ambientales que generados por usted al realizar su trabajo:

Calificado por:
Fecha:

NOTA: Es aprobada la evaluación si obtiene calificación mayor o igual a 9, el valor total es 10. Cada pregunta tiene un valor de 1

Calificación: Aprobado: SI ____ NO ____

Certifico que conozco y he sido informado desde el inicio de mi labor sobre el reglamento interno de trabajo, higiene y seguridad industrial , programas de gestión de riesgos, programa de gestión ambiental, Política Integral de Gestión y Política de No Alcohol, Drogas y Tabaco.

Por la presente he sido notificado que por la calidad de mi posición en el trabajo, he sido incluido entre el personal a ser sometido a exámenes de control de alcohol y drogas, de acuerdo con la Política de No Alcohol, Drogas y Tabaco de Mamut S.A y doy mi consentimiento para la obtención y estudio de la muestra de saliva, orina o sangre exigido y que he recibido la inducción necesaria por parte de la persona encargada sobre la realización de estos exámenes que contempla el Plan de Salud y Seguridad Industrial del proyecto y cuyas disposiciones me comprometo a cumplir.

Declaro que he recibido la inducción, conozco el oficio para el cual he sido contratado y me comprometo a utilizar los implementos de protección personal y a cumplir con las normas de seguridad que me han sido informadas.

Nombre Completo: HUBER ANTONIO FLOTAS BOTIA
Firma: HUBER FLOTAS

Trabajador

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN

Version: 01
Fecha:19 Noviembre de 2018

NOMBRE: WILLIAM DARIO CEBALLOS GARCIA
C.C: 1037946095
CARGO: guadañero
FECHA: 7-12-2020

1. POLÍTICAS: Seleccione con una X si es falso (F) o verdadero (V)

a) La empresa esta incentivando estilos de vida saludables X (F) o (V)

b) En la empresa se busca trabajar de un modo respetuoso con el medio ambiente X (F) o (V)

c) Se prohibido el consumo de alcohol, drogas y cigarrillo por parte de los empleados y contratistas, durante las horas de trabajo X (F) o (V)

d) Es prohibido presentarse a laborar bajo los efectos del alcohol y las drogas (F) o (V)

e) Mencione cuales son las políticas de la empresa

2. SEÑALE CON UNA X LOS ACTOS O CONDICIONES INSEGURAS



3. REPORTE DE ACCIDENTES

3.1. Usted debe de reportar el accidente de trabajo:

a) A las 48 horas
b) Inmediatamente X
c) Al terminar el turno de trabajo

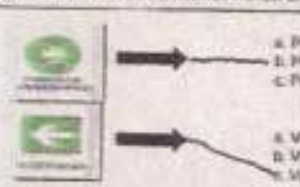
4. SEÑALE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE DEBE USAR AL VISITAR OBRAS



5. SELECCIONE CON UNA X QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA

a) Mantener la calma X
b) Salir corriendo
c) Seguir las instrucciones de la brigada X
d) Salir con celular y NO regresar por ningún motivo X

6. MARQUE CON UNA X EL SIGNIFICADO DE CADA UNA DE ESTAS SEÑALES



a. Punto de encuentro para la hora de almuerzo
b. Punto de encuentro seguro en caso de emergencia X
c. Punto de encuentro para reuniones diarias

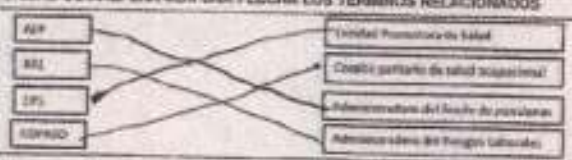
a. Vía para tránsito de vehículos
b. Vía de tránsito de personal
c. Vía de evacuación en caso de emergencia X

7. RIESGOS Y PELIGROS

Enuncie 4 riesgos a los que podría estar expuesto en su lugar de trabajo

a) una cortada
b) puedecer enojado por una culebra
c) una picadura de una culebra
d) caer un bulcan y tapallo

8. SEGURIDAD SOCIAL. UNA CON UNA FLECHA LOS TERMINOS RELACIONADOS



9. CLASIFICACION DE LOS RESIDUOS SOLIDOS (RECICLAJE): Escribe el color de la caneca que corresponde

Residuos Aprovechables (botellas plásticas, vasos desechables y vidrio): Azul
Residuos Reciclables (papel, cartón, madera): Gris
Residuos peligrosos (baterías, papel contaminado con sustancias/desechos clínicos): rojo
Residuos Ordinarios (basura, envolturas comestibles, residuos biando): verde

10. ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES

Mencione dos impactos ambientales que generados por usted al realizar su trabajo



Calificado por:
Fecha:

NOTA: En aprobado la evaluación si obtiene calificación mayor o igual a 5, el valor total es 10. Cada pregunta tiene un valor de 1

Calificación: Aprobado: SI ____ NO ____

Certifico que conozco y he sido informado desde el inicio de mi labor sobre el reglamento interno de trabajo, higiene y seguridad industrial , programas de gestión de riesgos, programa de gestión ambiental, Política Integral de Gestion y Política de No Alcohol, Drogas y Tabaco.

Por la presente he sido notificado que por la inicio de mi posición en el trabajo, he sido incluido sobre el personal a ser sometido a exámenes de control de alcohol y drogas, de acuerdo con la Política de No Alcohol, Drogas y Tabaco de Riensulo S.A. y doy mi consentimiento para la obtención y estudio de la muestra de saliva, orina o aire espirado y que he recibido la inducción necesaria por parte de la persona encargada sobre la realización de estos exámenes que contempla el Plan de Salud y Seguridad Industrial del proyecto y cuyas disposiciones me comprometo a cumplir.

Declaro que he recibido la inducción, conozco el oficio para el cual he sido contratado y me comprometo a utilizar los implementos de protección personal y a cumplir con las normas de seguridad que me han sido informadas.

Nombre Completo	Firma
Trabajador: WILLIAM DARIO	CEBALLOS GARCIA

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN

Versión: 01
Fecha: 19 Noviembre de 2018

NOMBRE: Jairo Esteban Castrillon
C.C: 1.094.956.800
CARGO: Maquinista
FECHA: 4 de diciembre

1. POLÍTICAS: Seleccione con una X si es falso (F) o verdadero (V)

a) La empresa esta fortaleciendo estilos de vida saludables (F) o (V)

b) En la empresa se busca trabajar de un modo respetuoso con el medio ambiente (F) o (V)

c) Se prohibido el consumo de alcohol, drogas y cigarrillo por parte de los empleados y contratistas, durante las horas de trabajo (F) o (V)

d) Es prohibido presentarse a laborar bajo los efectos del alcohol y las drogas (F) o (V)

e) Mencione cuales son las políticas de la empresa

2. SEÑALE CON UNA X LOS ACTOS O CONDICIONES INSEGURAS



3. REPORTE DE ACCIDENTES

3.1. Usted debe de reportar el accidente de trabajo:

a) A los 4R horas
b) Inmediatamente reportar de incidente
c) Al terminar el turno de trabajo

4. SEÑALE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE DEBE USAR AL VISITAR OBRAS



5. SELECCIONE CON UNA X QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA

a) Mantener la calma Si
b) Salir corriendo NO
c) Seguir las instrucciones de la brigada Si
d) Salir con calzado y NO regresar por ningún motivo NO

6. INDIQUE CON UNA X EL SIGNIFICADO DE CADA UNA DE ESTAS SEÑALES



a. Punto de encuentro para la hora de almuerzo
b. Punto de encuentro seguro en caso de emergencia
c. Punto de encuentro para reuniones diarias

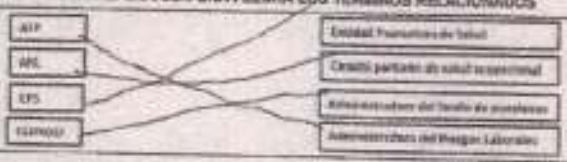
a. Vía para tránsito de vehículos
b. Vía de tránsito de personal
c. Vía de evacuación en caso de emergencia

7. RIESGOS Y PELIGROS

Enuncie 4 riesgos a los que podría estar expuesto en su lugar de trabajo

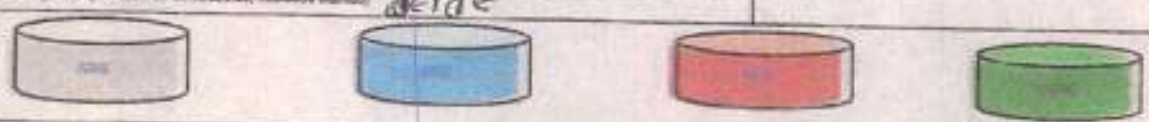
a) quede quebrad
b)
c) hacon unno pilido
d) boperdes labista

8. SEGURIDAD SOCIAL: UNA CON UNA FLECHA LOS TERMINOS RELACIONADOS



9. CLASIFICACION DE LOS RESIDUOS SOLIDOS (RECICLAJE): Escribe el color de la caneca que corresponde

Residuos Reciclables (botellas plásticas, vasos desechables y vidrio) AZUL
Residuos Reciclables (papel, cartón, revistas) GRIS
Residuos peligrosos (Jeringas, papel contaminado con secreciones/desechos clínicos) ROJO
Residuos Ordinarios (basura, envolturas comestibles, residuos baños) verde



10. ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES

Mencione dos impactos ambientales que generados por usted al realizar su trabajo:

Calificado por:
Fecha:

NOTA: Es aprobada la evaluacion si obtuvo calificación mayor o igual a 9, el valor total es 10. Cada pregunta tiene un valor de 1

Calificación: Aprobado: SI ____ NO ____

Certifico que conozco y he sido informado desde el inicio de mi labor sobre el reglamento interno de trabajo, higiene y seguridad industrial , programas de gestión de riesgos, programa de gestion ambiental, Política Integral de Gestión y Política de No Alcohol, Drogas y Tabaco.

Por la presente he sido notificado que por la índole de mi posición en el trabajo, he sido incluido entre el personal a ser sometido a exámenes de control de alcohol y drogas, de acuerdo con la Política de No Alcohol, Drogas y Tabaco de Mansilla S.A. y doy mi consentimiento para la obtención y estudio de la muestra de saliva, orina o aire expirado y que he recibido la inducción necesaria por parte de la persona encargada sobre la realización de estos exámenes que contempla el Plan de Salud y Seguridad Industrial del proyecto y cuyas disposiciones me comprometo a cumplir.

Declaro que he recibido la inducción, conozco el oficio para el cual he sido contratado y me comprometo a utilizar los implementos de protección personal y a cumplir con las normas de seguridad que me han sido informadas.

Nombre Completo: Jairo Esteban Castrillon
Firma:
Trabajador

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN

Versión: 01
Fecha: 10 Noviembre de 2016

NOBRE	Mauricio castaño Pupo	CARGO:	Maquinista
C.C	1193 [illegible] 459	FECHA:	12 o 7 2020

1. POLÍTICAS: Seleccione con una X si es falso (F) o verdadero (V)

a) La empresa esta fomentando estilos de vida saludables (F) o (V)

b) En la empresa se busca trabajar de un modo respetuoso con el medio ambiente (F) o (V)

c) Se prohibido el consumo de alcohol, drogas y cigarrillo por parte de sus empleados y contratistas, durante las horas de trabajo (F) o (V)

d) Es prohibido presentarse a laborar bajo los efectos del alcohol y las drogas (F) o (V)

e) Mencione cuales son las políticas de la empresa

2. SEÑALE CON UNA X LOS ACTOS O CONDICIONES INSEGURAS



3. REPORTE DE ACCIDENTES

3.1. Usted debe de reportar el accidente de trabajo:

a) A las 48 horas

X b) Inmediatamente

c) Al terminar el turno de trabajo

4. SEÑALE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE DEBE USAR AL VISITAR OBRAS



5. SELECCIONE CON UNA X QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA

X a) Mantener la calma

b) Salir corriendo

X c) Seguir las instrucciones de la brigada

d) Salir con cuidado y NO regresar por ningún motivo.

6. INDIQUE CON UNA X EL SIGNIFICADO DE CADA UNA DE ESTAS SEÑALES



a. Punto de encuentro para la hora de almuerzo
b. Punto de encuentro seguro en caso de emergencia
c. Punto de encuentro para reuniones diarias

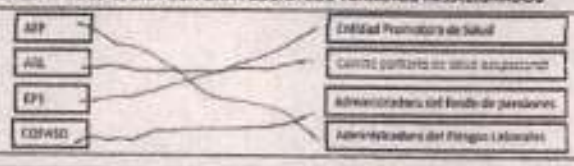
a. Vía para transito de vehículos
b. Vía de transito de personal
c. Vía de evacuación en caso de emergencia

7. RIESGOS Y PELIGROS

Enuncia 4 riesgos a los que podría estar expuesto en su lugar de trabajo

a) caida
b) desplome de un barranco
c) una cortada
d) un accidente de Transito

8. SEGURIDAD SOCIAL, UNA CON UNA FLECHA LOS TERMINOS RELACIONADOS



9. CLASIFICACION DE LOS RESIDUOS SOLIDOS (RECICLAJE): Escribe el color de la caneca que corresponde

Residuos Reciclables (botellas plásticas, vasos desechables y vidrio)	Azul
Residuos Reciclables (papel, cartón, revistas)	Gris
Residuos peligrosos (baterías, papel contaminado con sustancias/derivados químicos)	Rojo
Residuos Ordinarios (basura, envolturas comestibles, residuos barrido)	Verde



10. ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES

Mencione dos impactos ambientales que generados por unidad al realizar su trabajo:

Arrojar basura a los Fuentes

Calificado por:

Fecha:

NOTA: Es aprobada la evaluación si obtiene calificación mayor o igual a 9, el valor total es 10. Cada pregunta tiene un valor de 1

Calificación: Aprobado: SI ____ NO ____

Certifico que conozco y he sido informado desde el inicio de mi labor sobre el reglamento interno de trabajo, higiene y seguridad industrial , programas de gestión de riesgos, programa de gestión ambiental, Política Integral de Gestión y Política de No Alcohol, Drogas y Tabaco.

Por la presente he sido notificado que por la índole de mi posición en el trabajo, he sido incluido entre el personal a ser sometido a exámenes de control de alcohol y drogas, de acuerdo con la Política de No Alcohol, Drogas y Tabaco de Manguna G.A y doy mi consentimiento para la obtención y estudio de la muestra de sangre, orina o aire expirado y que me recibido la inducción necesaria por parte de la persona encargada sobre la realización de estos exámenes que contempla el Plan de Salud y Seguridad Industrial del proyecto y cuyas disposiciones me comprometo a cumplir.

Declaro que he recibido la inducción, conozco el oficio para el cual he sido contratado y me comprometo a utilizar los implementos de protección personal y a cumplir con las normas de seguridad que me han sido informadas.

Nombre Completo	Firma
Trabajador Mauricio castaño P	Mauricio castaño P

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN

Versión: 01
Fecha: 19 Noviembre de 2018

NOMBRE: X Palmira Holguín
C.C: 41584295
CARGO: A X
FECHA: 15/12/2020

1. POLÍTICAS: Seleccione con una X si es falso (F) o verdadero (V)

a) La empresa esta fomentando estilos de vida saludables (F) o (V)

b) En la empresa se busca trabajar de un modo respetuoso con el medio ambiente (F) o (V)

c) Se prohibido el consumo de alcohol, drogas y cigarrillo por parte de los empleados y contratistas, durante las horas de trabajo (F) o (V)

d) Es prohibido presentarse a laborar bajo los efectos del alcohol y las drogas (F) o (V)

e) Marcacion cuales son las políticas de la empresa

2. SEÑALE CON UNA X LOS ACTOS O CONDICIONES INSEGURAS



3. REPORTE DE ACCIDENTES

3.1. Usted debe de reportar el accidente de trabajo:

a) A las 48 horas
b) Inmediatamente
c) Al terminar el turno de trabajo

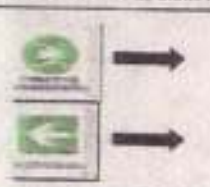
4. SEÑALE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE DEBE USAR AL VISITAR OBRAS



5. SELECCIONE CON UNA X QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA

a) Mantener la calma X
b) Salir corriendo
c) Seguir las instrucciones de la brigada Y
d) Salir con cuidado y NO regresar por ningún motivo X

6. INDIQUE CON UNA X EL SIGNIFICADO DE CADA UNA DE ESTAS SEÑALES



a. Punto de encuentro para la hora de almuerzo
b. Punto de encuentro seguro en caso de emergencia
c. Punto de encuentro para mantener datos

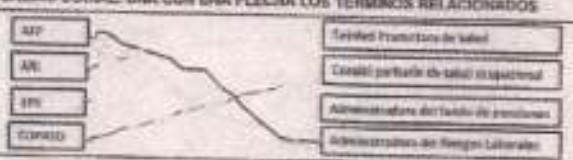
a. Vía para transito de vehículos
b. Vía de transito de personal
c. Vía de evacuación en caso de emergencia

7. RIESGOS Y PELIGROS

Enuncie 4 riesgos a los que podría estar expuesto en su lugar de trabajo

a) desplazamiento
b) vial
c) mecanico
d) biologico

8. SEGURIDAD SOCIAL. UNA CON UNA FLECHA LOS TERMINOS RELACIONADOS



9. CLASIFICACION DE LOS RESIDUOS SOLIDOS (RECICLAJE): Escribe el color de la caneca que corresponde

Residuos Reciclables (plasticos, vasos desechables y vidrio)	AZUL
Residuos Reciclables (papel, carton, revistas)	GRIS
Residuos peligrosos (cuchillas, papel contaminado con sustancias o desechos clinicos)	ROJO
Residuos Ordinarios (basura, envolturas comestibles, residuos baños)	VERDE



10. ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES

Mencione dos aspectos ambientales que generados por usted al realizar su trabajo:

Calificado por:
Fecha:

NOTA: Es aprobada la evaluación si obtiene calificación mayor o igual a 9, el valor total es 10. Cada pregunta tiene un valor de 1

Calificación: Aprobado: SI ____ NO ____

Certifico que concurso y he sido informado desde el inicio de mi labor sobre el reglamento interno de trabajo, higiene y seguridad industrial , programas de gestión de riesgos, programa de gestión ambiental, Política Integral de Gestión y Política de No Alcohol, Drogas y Tabaco.

Por la presente he sido notificado que por la índole de mi posición en el trabajo, he sido incluido entre el personal a ser sometido a exámenes de control de alcohol y drogas, de acuerdo con la Política de No Alcohol, Drogas y Tabaco de Mamut de Mamut S.A y doy mi consentimiento para la obtención y estudio de la muestra de saliva, orina o aire espirado y que he recibido la inducción necesaria por parte de la persona encargada sobre la realización de estos exámenes que contempla el Plan de Salud y Seguridad Industrial del proyecto y cuyas disposiciones me comprometo a cumplir.

Declaro que he recibido la inducción, conozco el sitio para el cual he sido contratado y me comprometo a utilizar los implementos de protección personal y a cumplir con las normas de seguridad que me han sido informadas.

Nombre Completo	Firma
Trabajador X Palmira Holguín	X Palmira Holguín

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN

Versión: 01
Fecha: 19 Noviembre de 2019

NOBRE	Ramiro Soto	CARGO:	oficial
C.C	7126547	FECHA:	16 012 2020

1. POLÍTICAS: Seleccione con una X si es falso (F) o verdadero (V)

a) La empresa esta fomentando estilos de vida saludables (F) o (V) X

b) En la empresa se busca trabajar de un modo respetuoso con el medio ambiente (F) o (V) X

c) Se prohibido el consumo de alcohol, drogas y cigarrillo por parte de los empleados y contratistas, durante las horas de trabajo (F) o (V) X

d) Es prohibido presentarse a laborar bajo los efectos del alcohol y las drogas (F) o (V) X

e) Mencione cuales son las políticas de la empresa

no consumo de drogas

2. SEÑALE CON UNA X LOS ACTOS O CONDICIONES INSEGURAS



3. REPORTE DE ACCIDENTES

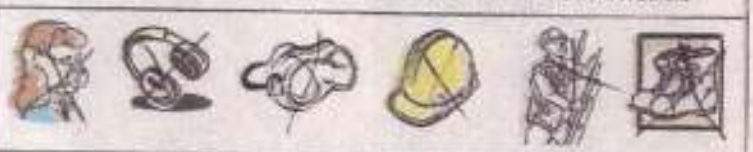
3.1. Usted debe de reportar el accidente de trabajo:

a) A las 48 horas

b) Inmediatamente X

c) Al terminar el turno de trabajo

4. SEÑALE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL QUE DEBE USAR AL VISITAR OBRAS



5. SELECCIONE CON UNA X QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA

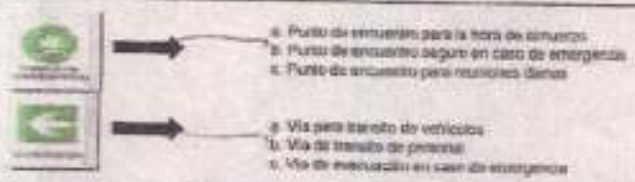
a) Mantener la calma X

b) Salir corriendo

c) Seguir las instrucciones de la brigada

d) Salir con cuidado y NO regresar por ningún motivo

6. MARQUE CON UNA X EL SIGNIFICADO DE CADA UNA DE ESTAS SEÑALES



a. Punto de encuentro para la hora de almuerzo
b. Punto de encuentro seguro en caso de emergencia
c. Punto de encuentro para mascotas damas

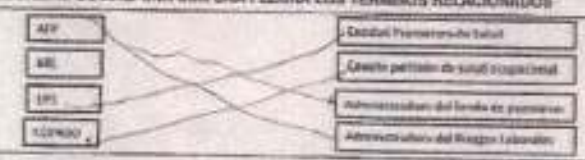
a. Vía para transito de vehículos
b. Vía de transito de personal
c. Vía de evacuación en caso de emergencia

7. RIESGOS Y PELIGROS

Enuncie 4 riesgos a los que podría estar expuesto en su lugar de trabajo

a) deslizamiento
b) Agresion particulares
c) Riesgo vial y una caida
d)

8. SEGURIDAD SOCIAL: UNA CON UNA FLECHA LOS TERMINOS RELACIONADOS



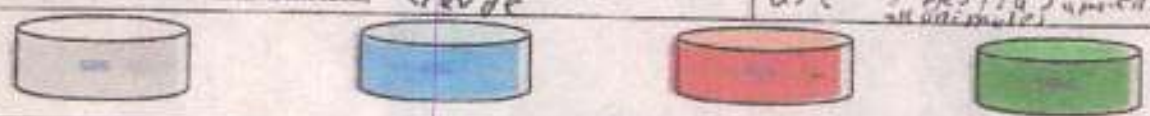
9. CLASIFICACION DE LOS RESIDUOS SOLIDOS (RECICLAJE): Escriba el color de la caneca que corresponde

Residuos Peligrosos (bolsas plásticas, vasos desechables y vidrio)	Azul
Residuos Reciclables (papel, cartón, revistas)	Gris
Residuos peligrosos (laquiacas, papel contaminado con secreciones/desechos clínicos)	Rojo
Residuos Ordinarios (basura, envolturas comestibles, residuos bonito)	Verde

10. ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES

Mencione dos impactos ambientales que generados por usted al realizar su trabajo:

contaminacion del aire y desplazamiento animales



Calificado por:

Fecha:

NOTA: Es aprobada la evaluación si obtiene calificación mayor o igual a 5, el valor total es 10. Cada pregunta tiene un valor de 1

Calificación: Aprobada: SI ____ NO ____

Certifico que conozco y he sido informado desde el inicio de mi labor sobre el reglamento interno de trabajo, higiene y seguridad industrial , programas de gestión de riesgos, programa de gestión ambiental, Política Integral de Gestión y Política de No Alcohol, Drogas y Tabaco.

Por la presente he sido notificado que por la inicio de mi posición en el trabajo, he sido incluido antes al personal a ser sometido a exámenes de control de alcohol y drogas, de acuerdo con la Política de No Alcohol, Drogas y Tabaco de Mensula S.A y doy mi consentimiento para la obtención y estudio de las muestras de saliva, orina o aire espirado y que he recibido la inducción necesaria por parte de la persona encargada sobre la realización de estos exámenes que contempla el Plan de Salud y Seguridad Industrial del proyecto y cuyas disposiciones me comprometo a cumplir.

Declaro que he recibido la inducción, consisco el oficio para el cual he sido contratado y me comprometo a utilizar los implementos de protección personal y a cumplir con las normas de seguridad que me han sido informadas.

Nombre Completo	Firma
Trabajador	

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN

Versión: 01
Fecha: 19 Noviembre de 2018

NOMBRE	Victor Alfonso Mendez Campos	CARGO:	AYUDANTE
CC	1.042.062.047	FECHA:	15.12.2020

1. POLÍTICAS: Seleccione con una X si es falso (F) o verdadero (V)

a) La empresa esta fomentando estilos de vida saludables (F) o (V)

b) En la empresa se busca trabajar de un modo respetuoso con el medio ambiente (F) o (V)

c) Se prohibido el consumo de alcohol, drogas y cigarrillo por parte de los empleados y contratistas, durante las horas de trabajo (F) o (V)

d) Es prohibido presentarse a laborar bajo los efectos del alcohol y las drogas (F) o (V)

e) Mencione cuales son las políticas de la empresa

Uso Consumo de alcohol

2. SEÑALE CON UNA X LOS ACTOS O CONDICIONES INSEGURAS



3. REPORTE DE ACCIDENTES

3.1. Usted debe de reportar el accidente de trabajo:

a) A las 48 horas

(X) Inmediatamente

c) Al terminar el turno de trabajo

4. SEÑALE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE DEBE USAR AL VISITAR OBRAS



5. SELECCIONE CON UNA X QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA

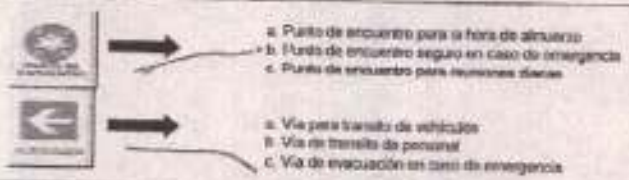
(X) Mantener la calma

b) Salir corriendo

c) Seguir las instrucciones de la brigada

d) Salir con cuidado y NO regresar por ningún motivo

6. INDIQUE CON UNA X EL SIGNIFICADO DE CADA UNA DE ESTAS SEÑALES

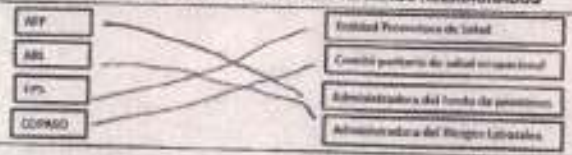


7. RIESGOS Y PELIGROS

Enuncie 4 riesgos a los que podría estar expuesto en su lugar de trabajo

a) Un deslizamiento de Tierra
b) Accidente vial
c) Robo
d) Incendio Generado

8. SEGURIDAD SOCIAL. UNA CON UNA FLECHA LOS TERMINOS RELACIONADOS



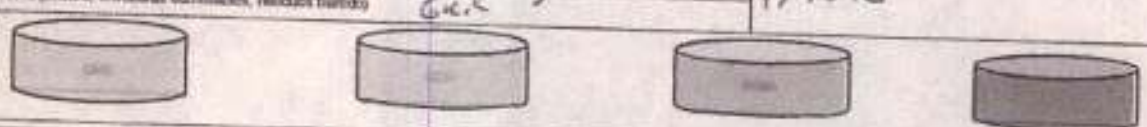
9. CLASIFICACION DE LOS RESIDUOS SOLIDOS (RECICLAJE): Escribe el color de la caneca que corresponde

Residuos Reciclables (botellas plásticas, vasos desechables y vidrio)	azul
Residuos Reciclables (papel, cartón, revistas)	Verde
Residuos peligrosos (tapabocas, papel contaminado con secreciones/desechos clínicos)	Rojo
Residuos Ordinarios (basura, envolturas comestibles, residuos barridos)	Gris

10. ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES

Mencione dos impactos ambientales que generados por usted al realizar su trabajo

Contaminacion del aire y el ruido



Calificado por:

Fecha:

NOTA: Es aprobada la evaluación si obtiene calificación mayor o igual a 6, el valor total es 10. Cada pregunta tiene un valor de 1

Calificación: Aprobada: SI ____ NO ____

Certifico que conozco y he sido informado desde el inicio de mi labor sobre el reglamento interno de trabajo, higiene y seguridad industrial , programas de gestión de riesgos, programas de gestión ambiental, Política Integral de Gestión y Política de No Alcohol, Drogas y Tabaco.

Bajo el entendido de que cualquier otra ley o norma que me aplique en el trabajo, he sido instruido antes el personal a ser sometido a exámenes de control de alcohol y drogas, de acuerdo con la Política de No Alcohol, Drogas y Tabaco de Mansilla S.A y doy mi consentimiento para la obtención y estudio de la muestra de saliva, orina o aire espirado y que he recibido la inducción necesaria por parte de la persona encargada sobre la realización de estos exámenes que contempla el Plan de Salud y Seguridad Industrial del proyecto y cuyas disposiciones me comprometo a cumplir.

Declaro que he recibido la inducción, conozco el oficio para el cual he sido contratado y me comprometo a utilizar los implementos de protección personal y a cumplir con las normas de seguridad que me han sido informadas.

	Nombre Completo	Firma
Trabajador	Victor Alfonso Mendez	Victor Alfonso Mendez C.

PERSONAL ADMINISTRATIVO - OPERATIVO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	ARL	EPS	FONDO PENSION	CAJA COMPENSACION	FECHA INGRESO	FECHA RETIRO	EXAMEN MEDICO
1	HUMBERTO SERNA RAMIREZ	78.120.811	DIRECTOR DE OBRA	AXA COLPATRIA	SURA	COLPENSIONES	COMFAMA	10/1/2020		X
2	FRANCISCO JAVIER HERRERA CARMONA	15.596.686	RESIDENTE DE OBRA	AXA COLPATRIA	SURA	COLPENSIONES	COMFAMA	10/1/2020		X
3	CARLOS ARTURO LEON ANAYA	71.780.578	INSPECTOR DE OBRA	AXA COLPATRIA	SURA	COLPENSIONES	COMFAMA	10/1/2020		X
4	WILMAN MUÑOZ MONTERO	1.063.484.549	INSPECTOR DE OBRA	AXA COLPATRIA	NUEVA EPS	PORVENIR	COMFAMA	10/1/2020		X
5	CATALINA POSADA AGUDELO	1.039.426.388	RESIDENTE SST	AXA COLPATRIA	SURA	PROTECCION	COMFAMA	10/1/2020		X
6	SANDRA MABEL TORRES	42.891.841	RESIDENTE AMBIENTAL	AXA COLPATRIA	SURA	PORVENIR	COMFAMA	10/1/2020	03-Nov	X
7	YULI NATALIA YEPES	1.039.686.524	RESIDENTE SOCIAL	AXA COLPATRIA	SURA	PORVENIR	COMFAMA	10/1/2020		X
8	JUAN DIEGO ECHEVERRY	1.152.437.529	AUXILIAR SST	AXA COLPATRIA	SANA SALUD	PROTECCION	COMFAMA	13/1/2020		
9	JUAN RODRIGO CARMONA	15.377.787	RESIDENTE DE OBRA	AXA COLPATRIA		PROTECCION	COMFAMA	10/8/2020		
10										
11										
12										
13										

PERSONAL CONTRATISTA JUAN ESTEBAN ARCILA - RECIBOS

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	CONTRATISTA	ARL	EPS	FONDO PENSION	CAJA COMPENSACION	FECHA INGRESO	FECHA RETIRO	EXAMEN MEDICO
1	CARLOS ENRIQUE ARCILA ELIA	3.840.207	AUXILIAR	JUAN ESTEBAN ARCILA	ARA COLPATRIA	SANITAS SALUD	PORVENIR	COMFAMA	19/6/2020		X
2	CARLOS MACHADO ORALDO	13.460.513	AUXILIAR	JUAN ESTEBAN ARCILA	ARA COLPATRIA	SURA	PROTECCION	COMFAMA	19/6/2020		X
3	CRISTIAN CAMILO GALEANO	1.041.224.286	AUXILIAR	JUAN ESTEBAN ARCILA	ARA COLPATRIA	SANITAS SALUD	PORVENIR	COMFAMA	19/6/2020		X
4	DANIEL ESTEVEN HERNANDEZ GARCIA	1.203.481.756	AUXILIAR	JUAN ESTEBAN ARCILA	ARA COLPATRIA	SANITAS SALUD	PORVENIR	COMFAMA	19/6/2020		X
5	DANIEL ESTEVEN ROJOAS	1.000.400.005	AUXILIAR	JUAN ESTEBAN ARCILA	ARA COLPATRIA	COOMEVA	PORVENIR	COMFAMA	19/6/2020		X
6	DANIEL ALEJANDRO URIBE	1.001.334.751	AUXILIAR	JUAN ESTEBAN ARCILA	ARA COLPATRIA	SALUD TOTAL	PORVENIR	COMFAMA	19/7/2020		X
7	EDER MESA ALVAREZ ACOSTA	11.522.173	AUXILIAR	JUAN ESTEBAN ARCILA	ARA COLPATRIA	NUEVA EPS	PORVENIR	COMFAMA	19/14/2020		X
8	EDISON BARON TASCON	1.047.470.513	AUXILIAR	JUAN ESTEBAN ARCILA	ARA COLPATRIA	NUEVA EPS	PORVENIR	COMFAMA	19/6/2020		X
9	EDISTAN ALBERTO CIRO	1.001.213.106	AUXILIAR	JUAN ESTEBAN ARCILA	ARA COLPATRIA	SANITAS SALUD	PORVENIR	COMFAMA	19/27/2020		X
10	ELMER DE JESUS GARCIA	1.027.976.043	AUXILIAR	JUAN ESTEBAN ARCILA	ARA COLPATRIA	SURA	COLPENSIONES	COMFAMA	19/6/2020		X
11	FABIO HERLINTON RAVIA	3.9.9.470	AUXILIAR	JUAN ESTEBAN ARCILA	ARA COLPATRIA	NUEVA EPS		COMFAMA	19/6/2020		X
12	GABRIEL ARCANGEL AGUDELO	71.681.716	AUXILIAR	JUAN ESTEBAN ARCILA	ARA COLPATRIA	SANITAS SALUD	PORVENIR	COMFAMA	19/27/2020		X
13	IVAN DAVID RIVERA PEREZ	3.442.952	AUXILIAR	JUAN ESTEBAN ARCILA	ARA COLPATRIA	COOMEVA	COLPENSIONES	COMFAMA	19/6/2020		X
14	JHON JAIRO CUARTAS	71.757.616	AUXILIAR	JUAN ESTEBAN ARCILA	ARA COLPATRIA	SANITAS SALUD	PORVENIR	COMFAMA	19/11/2020		X
15	JHONY ALEJANDRO PARRA	1.143.134.014	AUXILIAR	JUAN ESTEBAN ARCILA	ARA COLPATRIA	SANITAS SALUD	PORVENIR	COMFAMA	19/6/2020		X
16	JORGE LUCUER A. HAREZ	1.018.144.150	AUXILIAR	JUAN ESTEBAN ARCILA	ARA COLPATRIA	NUEVA EPS	COLPENSIONES	COMFAMA	19/6/2020		X
17	LUIS ALBERTO CIFUENTES	8065433	AUXILIAR	JUAN ESTEBAN ARCILA	ARA COLPATRIA	COOSALUD	COLPENSIONES	COMFAMA	19/11/2020		X
18	LUIS CARLOS ROJOAS	75.094.080	AUXILIAR	JUAN ESTEBAN ARCILA	ARA COLPATRIA	SANITAS SALUD	PORVENIR	COMFAMA	19/11/2020		X
19	MANUEL JOSE LOPEZ	70.751.210	AUXILIAR	JUAN ESTEBAN ARCILA	ARA COLPATRIA	SALUD TOTAL	PROTECCION	COMFAMA	19/6/2020		X
20	MARCO AURELIO ESPINOSA	71.331.331	AUXILIAR	JUAN ESTEBAN ARCILA	ARA COLPATRIA	NUEVA EPS	PORVENIR	COMFAMA	19/27/2020		X
21	OSCARINE DE JESUS HERNANDEZ	70.560.119	AUXILIAR	JUAN ESTEBAN ARCILA	ARA COLPATRIA	SANITAS SALUD	PROTECCION	COMFAMA	19/11/2020		X
22	OMAR ANTONIO ARAGUAS	1.040.740.540	AUXILIAR	JUAN ESTEBAN ARCILA	ARA COLPATRIA	SALUD TOTAL	PROTECCION	COMFAMA	19/11/2020		X
23	OSCAR H. DIAZ RAMIN	70.828.432	AUXILIAR	JUAN ESTEBAN ARCILA	ARA COLPATRIA	SANITAS SALUD	COLPENSIONES	COMFAMA	19/11/2020		X
24	SEBASTIAN SALDARIAGA RAMIREZ	1.032.812.540	AUXILIAR	JUAN ESTEBAN ARCILA	ARA COLPATRIA	SURA	PORVENIR	COMFAMA	19/6/2020		X
25	YOJAN ALEXANDER GALEO OSSA	1.041.270.730	AUXILIAR	JUAN ESTEBAN ARCILA	ARA COLPATRIA	SURA SALUD	COLPENSIONES	COMFAMA	19/27/2020	11/8/2020	X
26	JEANDE DE JESUS PACHECO NARANJO	70.130.302	AUXILIAR	JUAN ESTEBAN ARCILA	ARA COLPATRIA	COOPIDROGAS	COLPENSIONES	COMFAMA	19/30/2020	11/8/2020	X
27	YAIRO HERNAN PARRA	12.440.338	ALMACEN	JUAN ESTEBAN ARCILA	ARA COLPATRIA	COOPIDROGAS	COLPENSIONES	COMFAMA	19/30/2020	11/8/2020	X
28	EDGAR ALFONSO ORALDO	1.037.606.806	AUXILIAR	JUAN ESTEBAN ARCILA	ARA COLPATRIA	SANITAS SALUD	PORVENIR	COMFAMA	19/30/2020	11/8/2020	X

PERSONAL CONTRATISTA HERNAN CARDONA - ROCERIA

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	CONTRATISTA	ARL	EPS	FONDO PENSION	CAJA COMPENSACION	FECHA INGRESO	FECHA RETIRO	EXAMEN MEDICO
1	CARLOS ANDRES DOMPO CASTILLO	1,007,435,254	AYUDANTE	HERNAN CARDONA	POSITIVA	SAVIA	PORVENIR	COMFAMA	13/12/2020	12/16/2020	X
2	DIEGO ALBERTO HINCAPIE OSORIO	1,007,599,032	AYUDANTE	HERNAN CARDONA	POSITIVA	SALUD TOTAL	PORVENIR	COMFAMA	16/3A/2020		X
3	GUILLERMO DE JESUS ZAPATA	70,099,120	AYUDANTE	HERNAN CARDONA	POSITIVA	SURA	COLPENSIONES	COMFAMA	19/12/2020	12/23/2020	X
4	JHON ERNEDY GARCIA	71,251,810	AYUDANTE	HERNAN CARDONA	POSITIVA	SALUDTOTAL	PROTECCION	COMFAMA	19/12/2020	12/23/2020	X
5	JORGE HUMBERTO MUÑOZ	70,435,130	AYUDANTE	HERNAN CARDONA	POSITIVA	SURA	COLPENSIONES	COMFAMA	19/12/2020	12/16/2020	X
6	WILLIAM DARIO CEBALLOS	1,007,945,020	AYUDANTE	HERNAN CARDONA	POSITIVA	SAVIA SALUD	COLPENSIONES	COMFAMA	19/11/2020		X
7	CÉSAR AUGUSTO VINASCO	70,492,851	AYUDANTE	HERNAN CARDONA	POSITIVA	SAVIA SALUD	PORVENIR	COMFAMA	7/1/2020		X
8	DIEGO ARNULFO POSADA	1,043,281,424	AYUDANTE	HERNAN CARDONA	POSITIVA	SAVIA SALUD	PROTECCION	COMFAMA	7/1/2020		X
9	HUBER ANTONIO FLORES	1,039,491,272	AYUDANTE	HERNAN CARDONA	POSITIVA	NUEVA EPS	PORVENIR	COMFAMA	7/1/2020		X
10	JAIMER RAMIRO VERGARA	96,754,311	AYUDANTE	HERNAN CARDONA	POSITIVA	SAVIA SALUD	PROTECCION	COMFAMA	7/1/2020		X
11	JEISON NEVAR URIBE	1,128,586,567	AYUDANTE	HERNAN CARDONA	POSITIVA	SALUDTOTAL	COLPENSIONES	COMFAMA	7/1/2020		X
12	JESBIN GALLEGO MONTES	1,039,643,282	AYUDANTE	HERNAN CARDONA	POSITIVA	NUEVA EPS	PROTECCION	COMFAMA	7/1/2020		X
13	NICOLAS DAVID SUAREZ	1,023,483,103	AYUDANTE	HERNAN CARDONA	POSITIVA	NUEVA EPS	PORVENIR	COMFAMA	7/1/2020		X
14	RUBIERO ALFONSO ATEHORTUA	1,040,263,996	AYUDANTE	HERNAN CARDONA	POSITIVA	SAVIA SALUD	PROTECCION	COMFAMA	7/1/2020		X
15	BERNARDO ALONSO ARIAS	10,342,164	AYUDANTE	HERNAN CARDONA	POSITIVA	NUEVA EPS	PORVENIR	COMFAMA	7/1/2020		X
16	YIMER ANDRES LONDOÑO	1,037,640,322	AYUDANTE	HERNAN CARDONA	POSITIVA	SAVIA SALUD	PROTECCION	COMFAMA	7/1/2020		X
17	DIEGO OSORIO ARCILA	1,007,481,913	AYUDANTE	HERNAN CARDONA	POSITIVA	SAVIA SALUD	COLPENSIONES	COMFAMA	11/8/2020		X
18	DIEGO ALEXANDER TAREJA TOBON	1,007,510,321	AYUDANTE	HERNAN CARDONA	POSITIVA	SALUDTOTAL	PORVENIR	COMFAMA	11/8/2020		X
19	ANDRES FELIPE TOBON PAREJA	1,039,640,036	AYUDANTE	HERNAN CARDONA	POSITIVA	SAVIA SALUD	PROTECCION	COMFAMA	11/8/2020		X
20	HERNAN DE JESUS CARDONA	70,760,833	ENCARGADO	HERNAN CARDONA	POSITIVA	SALUDTOTAL	COLPENSIONES	COMFAMA	11/8/2020		X
21	MARIO DE JESUS OSORIO	1,037,946,302	AYUDANTE	HERNAN CARDONA	POSITIVA	SALUDTOTAL		COMFAMA	11/8/2020		X

PERSONAL CONTRATISTA - OSCAR ZAPATA - RENOVACION DE EMPLEADOS

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	CONTRATISTA	ARL	EPS	FONDO PENSION	CAJA COMPENSACI	FECHA INGRESO	FECHA RETIRO	EXAMEN MEDICO
1	CESAR AUGUSTO PEREZ SALCEDO	1,007,819,613	CONDUCTOR DE VOLQUETA	OSCAR ZAPATA	SURA	COOMEVA EPS	PORVENIR	COMFAMA	11/09/2020		E
2	GUSTAVO ADOLFO ZAPATA	1,017,143,908	CONDUCTOR DE VOLQUETA	OSCAR ZAPATA	SURA	COOMEVA EPS	COLPENSIONES	COMFAMA	13/10/2020		E
3	JORGE ARMANDO LOPEZ	1,035,915,760	AYUDANTE	OSCAR ZAPATA	SURA	COOMEVA EPS	COLPENSIONES	COMFAMA	13/10/2020		E
4	JULIAN CASTAÑO ZAPATA	1,017,415,766	AYUDANTE	OSCAR ZAPATA	SURA	SANITAS	PORVENIR	COMFAMA	13/10/2020		E
5	JULIO CESAR RODRIGUEZ	98,541,851	OPERADOR DE MAQUINARIA	OSCAR ZAPATA	COLMENA	NUEVA EPS	PORVENIR	COMFAMA	13/10/2020	13/10/2020	E
6	LUIS ALBERTO MESA MESA	71,940,178	CONDUCTOR DE VOLQUETA	OSCAR ZAPATA	SURA	COOMEVA EPS	PORVENIR	COMFAMA	13/10/2020		E
7	OMAR ALBERO OSORIO OSUNA	71,167,479	CONDUCTOR DE VOLQUETA	OSCAR ZAPATA	SURA	SALUD TOTAL	PORVENIR	COMFAMA	11/09/2020		
	ALBEIRO DE JESUS MARIN	98,513,528	CONDUCTOR DE VOLQUETA	OSCAR ZAPATA	SURA	POSITIVA	COLPENSIONES	COMFAMA	16/03/2020		
8	DARIO ANTONIO VILLADA GIRALDO	16,179,891	CONDUCTOR DE VOLQUETA	OSCAR ZAPATA	POSITIVA	NUEVA EPS	COLPENSIONES	COMFAMA	16/03/2020		
9	MARIA CRISTINA CIRO	1,128,267,771	CONTROLADORA VIAL	OSCAR ZAPATA	SURA	SURA	COLPENSIONES	COMFAMA	12/2020		E
10	WILSON FABIO LOPEZ VALLEJO	75,158,830	CONDUCTOR DE VOLQUETA	OSCAR ZAPATA	SURA	SANITAS	COLFONDOS	COMFAMA	13/10/2020		E
11	OSCAR ALDADO ZAPATA	71,332,335	ENCARGADO	OSCAR ZAPATA	SURA		PORVENIR	COMFAMA	13/10/2020		E
12	PAULA ANDREA ARISTIZABAL	1,037,948,550	CONTROLADORA VIAL	OSCAR ZAPATA	SURA	SANITAS	PORVENIR	COMFAMA	13/10/2020		E
13	MIGUEL ALFREDO ARANGO BOLIVAR	98, 521,376	CONDUCTOR DE VOLQUETA	OSCAR ZAPATA	SURA	NUEVA EPS	PORVENIR	COMFAMA	13/10/2020		E
14	DAYSY YULIANA CIRO HERNANDEZ	1,037,948,940	CONTROLADORA VIAL	OSCAR ZAPATA	SURA	ECOPSOS	PORVENIR	COMFAMA	19/10/2020		E
15	JOSE ISRAEL VELASQUEZ CARDENAS	71,721,303	AYUDANTE	OSCAR ZAPATA	SURA	ECOPSOS	COLPENSIONES	COMFAMA	13/10/2020		E
16	MAYERLLY URREA JIMENEZ	28,944,189	CONTROLADORA VIAL	OSCAR ZAPATA	SURA	NUEVA EPS	PORVENIR	COMFAMA	12/2020		E
17	ALEJANDRO MURETON OSPINA	70,753,011	CONDUCTOR DE VOLQUETA	OSCAR ZAPATA	COLPATRIA	SURA	PROTECCION	COMFAMA	11/2020		E
18	FELIPE ANTONIO ZAPATA LLO	1,035,911,322	CONDUCTOR DE VOLQUETA	OSCAR ZAPATA	SURA	NUEVA EPS	COLPENSIONES	COMFAMA	11/2020		E
19	NATALIA SUAZA GARCIA	1,041,131,208	CONTROLADORA VIAL	OSCAR ZAPATA	SURA	SANITAS	PORVENIR	COMFAMA	12/2020	11/12/2020	E
20	DANNY SULEIMA TEJADA IBAZA	1,035, 417,334	CONTROLADORA VIAL	OSCAR ZAPATA	SURA	SANITAS	COLPENSIONES	COMFAMA	12/2020	11/12/2020	E
21	JUAN DARIO RAMIREZ	1,041,036,535	OPERADOR DE MAQUINARIA	OSCAR ZAPATA	SURA	NUEVA EPS	COLPENSIONES	COMFAMA	12/2020	11/12/2020	E

PERSONAL CONTRATISTA - JHON DARIO AGUDELO- OBRAS CIVILES

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	CONTRATISTA	ARL	EPS	FONDO PENSION	CAJA COMPENSACION	FECHA INGRESO	FECHA RETIRO	EXAMEN MEDICO
1	ANDRES JULIAN OVIEDA QUINTERO	1.041.284.471	AYUDANTE	JHON DARIO AGUDELO	SURA	SALUDTOTAL	PORVENIR	COMFAMA	19/05/2020	02/12/2020	X
2	DANIEL ADOLFO SEPULVEDA	1.152.714.529	AYUDANTE	JHON DARIO AGUDELO	SURA	NUEVA EPS	COLFONDOS	COMFAMA	19/05/2020		X
3	DEIDER MONTES GUERRA	98.687.503	AYUDANTE	JHON DARIO AGUDELO	SURA	SURA	COLFONDOS	COMFAMA	19/05/2020	11/7/2020	X
4	ESTIBAN DE JESUS SALAZAR	79.670.519	AYUDANTE	JHON DARIO AGUDELO	SURA	SANA SALUD	COLPENSIONES	COMFAMA	19/05/2020		X
5	GUSTAVO ADOLOFO BLANDON	1.017.168.337	AYUDANTE	JHON DARIO AGUDELO	SURA	SALUDTOTAL	PORVENIR	COMFAMA	19/05/2020		X
6	HECTOR FABIO GARCIA ESCOBAR	8.217.710	AYUDANTE	JHON DARIO AGUDELO	SURA	COOMEVA	COLPENSIONES	COMFAMA	19/05/2020		X
7	BRYAN HENAO QUIDENO	1.041.284.176	AYUDANTE	JHON DARIO AGUDELO	SURA	NUEVA EPS	PROTECCION	COMFAMA	19/05/2020	19/01/2020	X
8	JAIMER DARIO BUELES	1.128.436.569	AYUDANTE	JHON DARIO AGUDELO	SURA	SALUDTOTAL	COLFONDOS	COMFAMA	19/05/2020		X
9	JHONATHAN ENRIQUE GONZALEZ	1.017.186.481	AYUDANTE	JHON DARIO AGUDELO	SURA	SANA SALUD	COLPENSIONES	COMFAMA	19/05/2020	11/7/2020	X
10	MANUEL GONZALEZ BORRIO	1.001.160.268	AYUDANTE	JHON DARIO AGUDELO	SURA	NUEVA EPS	PORVENIR	COMFAMA	19/05/2020	11/7/2020	X
11	MARCO FIDEL GONZALEZ	1.036.100.271	OFICIAL DE CONSTRUCCION	JHON DARIO AGUDELO	SURA	NUEVA EPS	PORVENIR	COMFAMA	19/05/2020		X
12	ADALBERTO SANCHEZ	71.938.961	PEON	JHON DARIO AGUDELO	SURA	SURA	PROTECCION	COMFAMA	11/17/2020		X
13	BERARDO DE JESUS MARIN	79.626.230	PEON	JHON DARIO AGUDELO	SURA	SANA SALUD	COLPENSIONES	COMFAMA	11/17/2020		X
14	LUIS ALIRIO VEJA AGUDEZ	79.161201	PEON	JHON DARIO AGUDELO	SURA	SANA SALUD	COLPENSIONES	COMFAMA	11/17/2020	11/7/2020	X
15	PEDRO ANTONIO HURTADO	71.985864	PEON	JHON DARIO AGUDELO	SURA	NUEVA EPS	PROTECCION	COMFAMA	11/17/2020	11/7/2020	X
16	YOJANA ANDREA GALEANO NARANJO	1.217.205.699	AUXILIAR SST	JHON DARIO AGUDELO	POSITIVA	SURA	PROTECCION	COMFENALCO	11/17/2020	12/6/2020	X
17											

PERSONAL CONTRATISTA - JORGE OROZCO - OBRAS CIVILES											
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	CONTRATISTA	ARL	EPS	FONDO PENSION	CAJA COMPENSACION	FECHA INGRESO	FECHA RETIRO	EXAMEN MEDICO
1	JAIME ALEXANDER GONZALEZ S	1.039.700.331	AYUDANTE	JORGE OROZCO	SURA	NUEVA EPS	PORVENIR	COMFAMA	19/4/2020		X
2	ALIRIO ANTONIO ACEVEDO	15.265.787	CONDUCTOR	JORGE OROZCO	SURA	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS	PORVENIR	COMFAMA	19/4/2020		X
3	HECTOR ALFONSO ARBOLEDA	15.343.777	AYUDANTE	JORGE OROZCO	SURA	NUEVA EPS	PORVENIR	COMFAMA	19/4/2020		X
4	JORGE ARMANDO OROZCO	15.342.085	CONTRATISTA	JORGE OROZCO	SURA	SURA	PORVENIR	COMFAMA	19/4/2020		X
5	FABIO ALBERTO RIVERA	71.114.025	AYUDANTE	JORGE OROZCO	SURA	NUEVA EPS	PORVENIR	COMFAMA	19/4/2020		X
6	FRANMARY SERNA	4.613.987	AYUDANTE	JORGE OROZCO	SURA	NUEVA EPS	EUPENSIONES	COMFAMA	11/19/2020		X
7											X
8											X
9											X
10											X
11											X
12											X
13											X

PERSONAL CONTRATISTA - PAVIMENTAR - PAVIMENTO											
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	CONTRATISTA	ARL	EPS	FONDO PENSION	CAJA COMPENSACION	FECHA INGRESO	FECHA RETIRO	EXAMEN MEDICO
1	ALBEIRO LUIS MENDOZA BRAVO	1.063.126.648	AYUDANTE DE OBRA	PAVIMENTAR	SURA	SALUDTOTAL	PORVENIR	COMFAMA	10/28/2020		X
2	DANILO OSPINA LONDOÑO	15.332.941	LIGADOR	PAVIMENTAR	SURA	SURA	PROTECCION	COMFAMA	10/28/2020		X
3	DEIMER MANUEL OVIEDO	1.193.044.989	AYUDANTE DE OBRA	PAVIMENTAR	SURA	NUEVA EPS	PORVENIR	COMFAMA	10/28/2020		X
4	ELIAS EMILIO VALDERRAMA	94.082.677	RASTRILLERO	PAVIMENTAR	SURA	COOMEVA	PORVENIR	COMFAMA	10/28/2020		X
5	ELQUIN DAVID HERNANDEZ	1.101.380.748	AYUDANTE DE OBRA	PAVIMENTAR	SURA	SALUDTOTAL	COLFONDOS	COMFAMA	10/28/2020		X
7	HUGO ALEXANDER AVENDAÑO	71.174.200	AYUDANTE DE OBRA	PAVIMENTAR	SURA	MEDIMAS	PORVENIR	COMFAMA	10/28/2020		X
8	HUMBERTO DE JESUS OQUENDO	3.556.710	RASTRILLERO	PAVIMENTAR	SURA	SURA	PROTECCION	COMFAMA	10/28/2020		X
9	JHOJAN ESTIBER MORENO LOPEZ	1.068.329.769	AYUDANTE DE OBRA	PAVIMENTAR	SURA	NUEVA EPS	PROTECCION	COMFAMA	10/28/2020		X
10	JUAN MANUEL ZAPATA	71.713.330	AYUDANTE DE OBRA	PAVIMENTAR	SURA	COOMEVA	COLFONDOS	COMFAMA	10/28/2020		X
12	WILFRIDO BARRIOS	72.177.839	ENCARGADO	PAVIMENTAR	SURA	SURA	COLPENSIONES	COMFAMA	10/28/2020		X
13	ALBEIRO LUIS MENDOZA BRAVO	1.063.126.063	ENCARGADO	PAVIMENTAR	SURA	SALUDTOTAL	PROTECCION	COMFAMA	11/18/2020		X
14	DANILO OSPINA LONDOÑO	71.696.571	AYUDANTE DE OBRA	PAVIMENTAR	SURA	SURA	COLPENSIONES	COMFAMA	11/05/2020		
15	DEIMER MANUEL OVIEDO	8.438.383	AYUDANTE DE OBRA	PAVIMENTAR	SURA	SALUDTOTAL	COLFONDOS	COMFAMA			
16	ELIAS EMILIO VALDERRAMA	43.833.471	APOYO SST	PAVIMENTAR	SURA	SURA	PORVENIR	COMFAMA	11/2/2020		
17	JUAN DAVID MOLINA PUERTA	1.039.631.488	AYUDANTE DE OBRA	PAVIMENTAR	SURA	COOMEVA	PROTECCION	COMFAMA	11/18/2020		
18	SIMON SANTA ZAPATA	1.040.335.548	INGENIERO	PAVIMENTAR	SURA	COOMEVA	PROTECCION	COMFAMA	11/26/2020		
19	EVERARDO OSUNA DUARTE	11.443.774	AYUDANTE DE OBRA	PAVIMENTAR	SURA	SALUDTOTAL	PROTECCION	COMFAMA	12/28/2020		
20											

PERSONAL CONTRATISTA - RUBEN BAZA - PAVIMENTO											
N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	CONTRATISTA	ARL	EPS	FONDO PENSION	CAJA COMPENSACION	FECHA INGRESO	FECHA RETIRO	EXAMEN MEDICO
1	OSCAR DARIO LONDOÑO ROLDAN	71695579	ENCARGADO DE OBRA	RUBEN BAZA	AXA COLPATRIA	NUEVA EPS	PORVENIR	COMFAMA	11/7/2020		X
2	WILLIAM ARTURO LONDOÑO BARRIENTOS	9576364?	RASTRILLERO	RUBEN BAZA	AXA COLPATRIA	SALUDTOTAL	PORVENIR	COMFAMA	11/7/2020		X
3	JUAN MANUEL SANCHEZ MOSQUERA	71227952	RASTRILLERO	RUBEN BAZA	AXA COLPATRIA	SALUDTOTAL	PORVENIR	COMFAMA	11/7/2020		X
4	HERMAN DE JESUS ZARAMILLO MADRIGAL	15367284	OPERADOR VIBROCOMPACTADOR	RUBEN BAZA	AXA COLPATRIA	NUEVA EPS	COLPENSIONES	COMFAMA	11/7/2020		X
5	GERMAN ANTONIO MOSQUERA MOSQUERA	71364545	LICUERO	RUBEN BAZA	AXA COLPATRIA	SALUDTOTAL	PROTECCION	COMFAMA	11/7/2020		X
6	LUIS OMAR MOSQUERA SANCHEZ	1075877655	AYUDANTE DE OBRA	RUBEN BAZA	AXA COLPATRIA	SURA	PROTECCION	COMFAMA	11/7/2020		X
7	LUIS JOSE MOSQUERA MOSQUERA	1214149558	AYUDANTE DE OBRA	RUBEN BAZA	AXA COLPATRIA	SALUDTOTAL	PORVENIR	COMFAMA	11/7/2020		X
8	MATEO ARLEY LONDOÑO ROLDAN	71319416	AYUDANTE DE OBRA	RUBEN BAZA	AXA COLPATRIA	SALUDTOTAL	PORVENIR	COMFAMA	11/7/2020		X
9	ALONSO DE JESUS CARMONA	71446084	AYUDANTE DE OBRA	RUBEN BAZA	AXA COLPATRIA	SURA	COLPENSIONES	COMFAMA	11/7/2020		X
10	YONI ANDRES VALENCIA	1036825774	AYUDANTE DE OBRA	RUBEN BAZA	AXA COLPATRIA	SALUDTOTAL	PORVENIR	COMFAMA	11/7/2020		X
11	JUAN CAMILO DAZA PATIÑO	1035533347	AYUDANTE DE OBRA (TRANSITO)	RUBEN BAZA	AXA COLPATRIA	SALUDTOTAL	COLPENSIONES	COMFAMA	11/7/2020		X
12	EDWIN ALBERTO DIAZ	9694381?	AYUDANTE DE OBRA (TRANSITO)	RUBEN BAZA	AXA COLPATRIA	NUEVA EPS	PORVENIR	COMFAMA	11/7/2020		X
13	OSCAR DARIO RIOS HERNANDEZ	71743080	CONDUCTOR	RUBEN BAZA	AXA COLPATRIA	SALUDTOTAL	COLPENSIONES	COMFAMA	11/7/2020		X
14	DAIANA ALEXIS ARBELO OBESO YA	1037471184	AYUDANTE	RUBEN BAZA	AXA COLPATRIA	SALUDTOTAL	PROTECCION	COMFAMA	12/4/2020		X
17	JUAN DIEGO QUINTANA QUINTANA	1035058407	AYUDANTE	RUBEN BAZA	AXA COLPATRIA	EPS SURA	PORVENIR	COMFAMA	12/4/2020		
19	CRISTIAN ELIAN TORRIGLIA BAZA	1035058621	AYUDANTE	RUBEN BAZA	AXA COLPATRIA	NUEVA EPS	PORVENIR	COMFAMA	12/4/2020		
20	JASHA ALONSO ACEVEDO	1.000.544.846	AYUDANTE	RUBEN BAZA	AXA COLPATRIA	SALUDTOTAL	PORVENIR	COMFAMA			
21	RUBEN DARIO MANSILLA										
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											

CONSTRUCCIONES, ARENAS Y TRITURADOS SAS
NIT: 901214693-1

CARTA DE TERMINACION DE CONTRATO POR FIN DE OBRA O LABOR

Guarne, 17 de Diciembre 2020

Señora
Deisy Yuliana Ciro Hernandez

Cordial Saludo.

Me permito comunicarle que en virtud a lo pactado en el contrato de trabajo con usted este ha finalizado.

Es oportuno manifestarle agradecimiento por su labor prestada en la empresa.

Atentamente.

Oscar Zapata

Oscar Alonso Zapata Ayala
C.C 71.332.350
Representante Legal

CONSTRUCCIONES, ARENAS Y TRITURADOS SAS
NIT: 901214693-1

CARTA DE TERMINACION DE CONTRATO POR FIN DE OBRA O LABOR

Guarne, 11 de Diciembre 2020

Señora
Ivan Dario Ramirez Ramirez

Cordial Saludo.

Me permito comunicarle que en virtud a lo pactado en el contrato de trabajo con usted este ha finalizado.

Es oportuno manifestarle agradecimiento por su labor prestada en la empresa.

Atentamente.

Oscar Zapata

Oscar Alonso Zapata Ayala
C.C 71.332.350
Representante Legal

CONSTRUCCIONES, ARENAS Y TRITURADOS SAS
NIT: 901214693-1

CARTA DE TERMINACION DE CONTRATO POR FIN DE OBRA O LABOR

Guarne, 17 de Diciembre 2020

Señora
Mayerlly Urrea Jiménez

Cordial Saludo.

Me permito comunicarle que en virtud a lo pactado en el contrato de trabajo con usted este ha finalizado.

Es oportuno manifestarle agradecimiento por su labor prestada en la empresa.

Atentamente.

Oscar Zapata

Oscar Alonso Zapata Ayala
C.C 71.332.350
Representante Legal

CONSTRUCCIONES, ARENAS Y TRITURADOS SAS
NIT: 901214693-1

CARTA DE TERMINACION DE CONTRATO POR FIN DE OBRA O LABOR

Guarne, 11 de Diciembre 2020

Señora
Natalia Suaza Garcia

Cordial Saludo.

Me permito comunicarle que en virtud a lo pactado en el contrato de trabajo con usted este ha finalizado.

Es oportuno manifestarle agradecimiento por su labor prestada en la empresa.

Atentamente.

Oscar Zapata

Oscar Alonso Zapata Ayala
C.C 71.332.350
Representante Legal

CONSTRUCCIONES, ARENAS Y TRITURADOS SAS
NIT: 901214693-1

CARTA DE TERMINACION DE CONTRATO POR FIN DE OBRA O LABOR

Guarne, 11 de Diciembre 2020

Señora
Sindy Suleima Tejada

Cordial Saludo.

Me permito comunicarle que en virtud a lo pactado en el contrato de trabajo con usted este ha finalizado.

Es oportuno manifestarle agradecimiento por su labor prestada en la empresa.

Atentamente.

Oscar Zapata

Oscar Alonso Zapata Ayala
C.C 71.332.350
Representante Legal

Medellín 10 de Diciembre de 2020

Señores
Contratista JOA S.A.S

Cordial Saludo

Motivo: Carta de Renuncia

la Presente es con el Fin de Presentar mi Renuncia al Cargo de profesional SST que desempeñe en la empresa Contratista JOA S.A.S desde el día 9 de Noviembre del año 2020, por Motivos personales agradezco la oportunidad laboral Brindada, Renuncia Presentada el día 10 Diciembre de 2020.

Gracias por la atención Prestada

ATENTAMENTE

Yojana Andrea Gallego
C.C 1017209677

CONTRATISTA JDA SAS
NIT: 900700283-6

Medellín, 7 de noviembre 2020

Señor:
Jhonathan Enrique González Berrio
Cc: 1.017.186.481

Asunto: Terminación de contrato

Por medio de la presente pongo en su conocimiento que, a partir del dia 7 de noviembre el 2020, queda cancelada la relación laboral que tenia suscrita con la empresa CONTRATISTA JDA S.A.S desde el dia 26 de octubre, ya que **NO SUPERA DEL PERÍODO DE PRUEBA** que habíamos convenido contractualmente. Como consecuencia de ello, en uso de las facultades de dirección que me confiere la legislación laboral, he resuelto comunicarle la rescisión de su contrato.

La Empresa CONTRATISTA JDA SAS queda a paz y salvo, se le cancela nómina y liquidación adeudados hasta la fecha.

Le agradecemos de ante mano sus servicios prestados y le deseamos éxitos en su vida.

Atentamente,

JHON DARIO AGUDELO
contratista

JHOJE
1512786 49

CONTRATISTA JDA SAS
NIT: 900700283-6

JHONATHAN ENRIQUE GONZALEZ

LIQUIDACIÓN DEFINITIVA DE PRESTACIONES SOCIALES

NOMBRE DEL TRABAJADOR:	JHONATHAN ENRIQUE GONZALEZ
CÉDULA:	1.017.186.481
OFICIO:	AYUDANTE
OBRA:	Granada
MOTIVO DE RETIRO:	Liquidación de Prestraciones sociales
FECHA DE INGRESO:	26-oct-2020
FECHA DE RETIRO:	07-nov-2020
SALARIO ORDINARIO:	$ 877.803
SUBSIDIO TRANSPORTE	$ 0
DIAS A LIQUIDAR	13 días
BASE DE LIQUIDACIÓN:	**$ 877.803**

LIQUIDACIÓN PRESTACIONES SOCIALES

1	**Cesantías**	$	877.803	x	13 días	=	$	31.698
				360				
2	**Intereses sobre las cesantí**	$	31.698	x	12% x 13	=	$	137
				360				
3	**Vacaciones Proporcionales**	$	877.803	x	13 días	=	$	15.849
			360	x	2			
4	**Prima de Servicios**	$	877.803	x	13 días	=	$	31.698
				360				
5	**Otros**					=		
					TOTAL BENEFICIOS SOCIALES Y COMPENSACIONES		**$**	**79.382**

DEDUCCIONES

1	**Prima de Servicios**		
2	**Embargos**	$	-
3	**Servicio Funerario**	$	-
4	**Préstamos**	$	-
5	**Otros**	$	-
	TOTAL DEDUCCIOINES	$	-

TOTAL NETO A PAGAR ..... **$ 79.382**

Declaro que la empresa CONTRATISTA JDA SAS , se ecuentra en PAZ Y SALVO conmigo por todo concepto de prestaciones sociales.

En consecuencia de lo anterior, firmo la presente liquidación en señal de aprobación.

EL TRABAJADOR:		TESTIGO:	
Firma		Firma	Huella
C.C. 1.017.186.481 DE	D	C.C.	DE



CONTRATISTA JDA SAS
NIT: 900700283-6

Medellín, 8 de Diciembre 2020

Señor:
ANDRES JULIAN GAVIRIA QUINTERO
Cc: 1.041.204471

Asunto: Terminación de contrato

Por medio de la presente pongo en su conocimiento que, a partir del dia 12 de diciembre el 2020, damos por terminado la relación laboral que tiene suscrita con la empresa CONTRATISTA JDA S.A.S desde el día 26 de octubre del mismo año, por motivo de **RENDIMIENTO DEFICIENTE**, Como consecuencia de ello, en uso de las facultades de dirección que me confiere El numeral 9 del artículo 62 del código sustantivo que contempla el bajo rendimiento como causal de despido, resuelto comunicarle la rescisión de su contrato,

El pago de sus prestaciones sociales se realizará el mismo día 12 de Diciembre del año en curso.

Le agradecemos de ante mano sus servicios prestados y le deseamos éxitos en su vida.

Atentamente,

Andres Gaviria
1041204471

JHON DARIO AGUDELO
contratista

CONTRATISTA JDA SAS
NIT: 900700283-6

ANDRES JULIAN GAVIRIA QUINTERO

LIQUIDACIÓN DEFINITIVA DE PRESTACIONES SOCIALES

NOMBRE DEL TRABAJADOR:	ANDRES JULIAN GAVIRIA QUINTERO
CÉDULA:	1.041.204.471
OFICIO:	AYUDANTE
OBRA:	Granada
MOTIVO DE RETIRO:	Liquidación de Prestraciones sociales
FECHA DE INGRESO:	26-oct-2020
FECHA DE RETIRO:	12-dic-2020
SALARIO ORDINARIO:	$ 877.803
SUBSIDIO TRANSPORTE	$ 0
DIAS A LIQUIDAR	48 días
BASE DE LIQUIDACIÓN:	**$ 877.803**

LIQUIDACIÓN PRESTACIONES SOCIALES

1	**Cesantías**	$ 877.803	x	48 días		=	$	117.040
			360					
2	**Intereses sobre las cesantí**	$ 117.040	x	12%	x 48	=	$	1.873
			360					
3	**Vacaciones Proporcionales**	$ 877.803	x	48 días		=	$	58.520
		360	x 2					
4	**Prima de Servicios**	$ 877.803	x	48 días		=	$	117.040
			360					
5	**Otros**					=		

TOTAL BENEFICIOS SOCIALES Y COMPENSACIONES $ **294.473**

DEDUCCIONES

1	**Prima de Servicios**	
2	**Embargos**	$ -
3	**Servicio Funerario**	$ -
4	**Préstamos**	$ -
5	**Otros**	$ -

TOTAL DEDUCCIOINES $ -

TOTAL NETO A PAGAR ..... **$ 294.473**

Declaro que la empresa CONTRATISTA JDA SAS , se ecuentra en PAZ Y SALVO connigo por todo concepto de prestaciones sociales.

En consecuencia de lo anterior, firmo la presentè liquidación en señal de aprobación.

EL TRABAJADOR:		**TESTIGO:** Andres Gaviria	
Firma	Huella	Firma	Huella
C.C.	DE	CC 1042044471	DE

CONTRATISTA JDA SAS
NIT: 900700283-6

Medellín, 30 de octubre 2020

Señor:
Inyain Henao Quiceno
Cc: 1.041.204.178

Asunto: Renuncia a contrato

Yo **INYAIN HENAO QUICENO,** renuncio al contrato # C-002 DE 2020 que tenia con la empresa CONTRATISTA JDA SAS.

Motivo: me resulto un trabajo donde devengaba más salario

La empresa esta a paz y salvo conmigo

Atentamente,

Inyain
INYAIN HENAO QUICENO
Trabajador

CONTRATISTA JDA SAS
NIT: 900700283-6

INYAIN HENAO QUICENO

LIQUIDACIÓN DEFINITIVA DE PRESTACIONES SOCIALES

NOMBRE DEL TRABAJADOR:	INYAIN HENAO QUICENO
CÉDULA:	1.041.204.178
OFICIO:	AYUDANTE
OBRA:	Granada (CENTRO DE COSTOS)
MOTIVO DE RETIRO:	Liquidación de Prestraciones sociales
FECHA DE INGRESO:	26-oct-2020
FECHA DE RETIRO:	31-oct-2020
SALARIO ORDINARIO:	$ 877.803
SUBSIDIO TRANSPORTE	$ 0
DIAS A LIQUIDAR	6 días
BASE DE LIQUIDACIÓN:	**$ 877.803**

LIQUIDACIÓN PRESTACIONES SOCIALES

1	**Cesantías**	$ 877.803	x	6 días / 360		=	$	14.630
2	**Intereses sobre las cesantí**	$ 14.630	x	6 / 360	x 12%	=	$	29
3	**Vacaciones Proporcionales**	$ 877.803	x	6 días / 360 x 2		=	$	7.315
4	**Prima de Servicios**	$ 877.803	x	6 días / 360		=	$	14.630
5	**Otros**					=		

TOTAL BENEFICIOS SOCIALES Y COMPENSACIONES $ **36.604**

DEDUCCIONES

1	**Prima de Servicios**	
2	**Embargos**	$ -
3	**Servicio Funerario**	$ -
4	**Préstamos**	$ -
5	**Otros**	$ -

TOTAL DEDUCCIOINES $ -

TOTAL NETO A PAGAR ..... **$ 36.604**

Declaro que la empresa CONTRATISTA JDA SAS , se ecuentra en PAZ Y SALVO conmigo por todo concepto de prestaciones sociales.

En consecuencia de lo anterior, firmo la presente liquidación en señal de aprobación.

EL TRABAJADOR:		TESTIGO:	
Firma: Inyain	Huella	Firma	Huella
C.C. 1041204178 DE 0		C.C.	DE

CONTRATISTA JDA SAS
NIT: 900700283-6

MANUEL GONZALEZ BERRIO

LIQUIDACIÓN DEFINITIVA DE PRESTACIONES SOCIALES

NOMBRE DEL TRABAJADOR:	MANUEL GONZALEZ BERRIO
CÉDULA:	1.001.160.290
OFICIO:	AYUDANTE
OBRA:	Granada
MOTIVO DE RETIRO:	Liquidación de Prestraciones sociales
FECHA DE INGRESO:	26-oct-2020
FECHA DE RETIRO:	07-nov-2020
SALARIO ORDINARIO:	$ 877.803
SUBSIDIO TRANSPORTE	$ 0
DIAS A LIQUIDAR	**13** días
BASE DE LIQUIDACIÓN:	**$ 877.803**

LIQUIDACIÓN PRESTACIONES SOCIALES

1	**Cesantías**	$ 877.803	x	13	días		=	$	31.698
			360						
2	**Intereses sobre las cesanti**	$ 31.698	x	12%	x	13	=	$	137
			360						
3	**Vacaciones Proporcionales**	$ 877.803	x	13	días		=	$	15.849
		360	x	2					
4	**Prima de Servicios**	$ 877.803	x	13	días		=	$	31.698
			360						
5	**Otros**						=		

TOTAL BENEFICIOS SOCIALES Y COMPENSACIONES $ 79.382

DEDUCCIONES

1	**Prima de Servicios**	
2	**Embargos**	$ -
3	**Servicio Funerario**	$ -
4	**Préstamos**	$ -
5	**Otros**	$ -

TOTAL DEDUCCIOINES $ -

TOTAL NETO A PAGAR ..... **$ 79.382**

Declaro que la empresa CONTRATISTA JDA SAS , se ecuentra en PAZ Y SALVO conmigo por todo concepto de prestaciones sociales.

En consecuencia de lo anterior, firmo la presente liquidación en señal de aprobación.

EL TRABAJADOR:		TESTIGO:	
MANUEL			
Firma	Huella	Firma	Huella
C.C. 1001160290 DE		C.C.	DE



CONTRATISTA JDA SAS
NIT: 900700283-6

Medellin, 7 de noviembre 2020

Señor:
Manuel González Berrio
Cc: 1.001.160.290

Asunto: Terminación de contrato

Por medio de la presente pongo en su conocimiento que, a partir del dia 7 de noviembre el 2020, queda cancelada la relación laboral que tenía suscrita con la empresa CONTRATISTA JDA S.A.S. ya que **NO SUPERA DEL PERÍODO DE PRUEBA** que habiamos convenido contractualmente.
Como consecuencia de ello, en uso de las facultades de dirección que me confiere la legislación laboral, he resuelto comunicarle la rescisión de su contrato.

La Empresa CONTRATISTA JDA SAS queda a paz y salvo, se le cancela nómina y liquidación adeudados hasta la fecha.

Le agradecemos de ante mano sus servicios prestados y le deseamos éxitos en su vida.

Atentamente,

JHON DARIO AGUDELO
contratista

MANUEL
1001160396

LUIS

CONSTRUCCIONES, ARENAS Y TRITURADOS SAS.

NIT: 901214693-1

EMPLEADO: GUSTAVO ADOLFO ZAPATA AYALA
C.C: 1.017.143.908
CARGO: Conductor
TIPO DE CONTRATO: Definido
CAUSA LIQUIDACION:

PERIODO DE LIQUIDACION	
FECHA TERMINACION:	13-nov-20
FECHA DE INICIO:	19-oct-20
TIEMPO LABORADO:	25
SANCIONES EN DIAS:	0
PERIODO DE SANCION:	0

DATOS DEL CONTRATO	
SALARIO:	877.803
AUX. TRANSPORTE:	102.854
SALARIO VARIABLE:	
TOTAL BASE LIQUIDACION:	$ 980.657

PRIMA LEGAL	
FECHA INICIAL PERIODO:	17-oct-20
FECHA DE CORTE:	13-nov-20
SALARIO A LIQUIDAR:	$ 980.657
DIAS A LIQUIDAR:	25

CESANTIAS	
FECHA INICIAL PERIODO:	17-oct-20
FECHA DE CORTE:	13-nov-20
SALARIO A LIQUIDAR:	$ 980.657
DIAS A LIQUIDAR:	25

VACACIONES	
FECHA INICIAL PERIODO:	17-oct-20
FECHA DE CORTE:	13-nov-20
SALARIO A LIQUIDAR:	$ 877.803
DIAS A LIQUIDAR:	25
DIAS DISFRUTADOS:	0
DIAS PDTES A LIQUIDAR:	0

INTERESES A LAS CESANTIAS	
FECHA INICIAL PERIODO:	17-oct-20
FECHA DE CORTE:	13-nov-20
DIAS A LIQUIDAR:	25
INTERES EN %:	0,83%

RESUMEN DE LA LIQUIDACION:	
PRIMA LEGAL	$ 68.101,18
CESANTIAS	$ 68.101,18
INTERESES A CESANTIAS	$ 567,51
VACACIONES	$ 31.326,54
SALARIOS PENDIENTES	
INDENIZACION	$ -
AUX. TRANSPORTE PDTE	
TOTAL LIQUIDACION +SALARIO	$ 168.096,41

TOTAL A PAGAR	
DEVENGADO	$ 168.096,41
DEDUCCIONES SALUD Y PENSION	$ -
TOTAL A PAGAR	$ 168.096,41

LA SUMA DE: **TOTAL A PAGAR** $ 168.096

Habiendo encontrado correcta la Liquidación de Prestaciones Sociales, declaro que la empresa se encuentra a Paz y Salvo conmigo por concepto de: salarios, horas extras, descansos compensatorios, cesantías, intereses a las cesantías, vacaciones, prima de servicios, auxilio de transporte, y en sí, todo concepto relacionado con Prestaciones Sociales de Ley o Indemnizaciones causadas al quedar extinguido el contrato de trabajo.

RECIBE: Gustavo Zapata
CC 1.017.143.908

ENTREGA: Oscar Zapata
CC 71552850

LUIS

CONSTRUCCIONES, ARENAS Y TRITURADOS SAS

NIT: 901214693-1

EMPLEADO: JOSE ISRAEL VELASQUEZ CARDENAS
C.C: 71.721.353
CARGO: AYUDANTE
TIPO DE CONTRATO: Definido
CAUSA LIQUIDACION:

PERIODO DE LIQUIDACION	
FECHA TERMINACION:	21-nov-20
FECHA DE INICIO:	26-oct-20
TIEMPO LABORADO:	27
SANCIONES EN DIAS:	0
PERIODO DE SANCION:	0

DATOS DEL CONTRATO		
SALARIO:		877.803
AUX. TRANSPORTE:		102.854
SALARIO VARIABLE:		
TOTAL BASE LIQUIDACION:	$	980.657

PRIMA LEGAL		
FECHA INICIAL PERIODO:		26-oct-20
FECHA DE CORTE:		21-nov-20
SALARIO A LIQUIDAR:	$	980.657
DIAS A LIQUIDAR:		27

CESANTIAS		
FECHA INICIAL PERIODO:		26-oct-20
FECHA DE CORTE:		21-nov-20
SALARIO A LIQUIDAR:	$	980.657
DIAS A LIQUIDAR:		27

VACACIONES		
FECHA INICIAL PERIODO:		26-oct-20
FECHA DE CORTE:		21-nov-20
SALARIO A LIQUIDAR:	$	877.803
DIAS A LIQUIDAR:		27
DIAS DISFRUTADOS:		0
DIAS PDTES A LIQUIDAR:		0

INTERESES A LAS CESANTIAS	
FECHA INICIAL PERIODO:	26-oct-20
FECHA DE CORTE:	21-nov-20
DIAS A LIQUIDAR:	27
INTERES EN %:	0,50%

RESUMEN DE LA LIQUIDACION:		
PRIMA LEGAL	$	73.549,28
CESANTIAS	$	73.549,28
INTERESES A CESANTIAS	$	661,94
VACACIONES	$	36.774,00
SALARIOS PENDIENTES		
INDENIZACION	$	-
AUX. TRANSPORTE PDTE		
TOTAL LIQUIDACION +SALARIO	$	184.534,49

TOTAL A PAGAR		
DEVENGADO	$	184.534,49
DEDUCCIONES SALUD Y PENSION	$	14.762,76
TOTAL A PAGAR	$	169.771,73

LA SUMA DE: **TOTAL A PAGAR** $ 169.772

Habiendo encontrado correcta la Liquidación de Prestaciones Sociales, declaro que la empresa se encuentra a Paz y Salvo conmigo por concepto de: salarios, horas extras, descansos compensatorios, cesantías, intereses a las cesantías, vacaciones, prima de servicios, auxilio de transporte, y en sí, todo concepto relacionado con Prestaciones Sociales de Ley o Indemnizaciones causadas al quedar extinguido el contrato de trabajo.

RECIBE: Jose Velasquez
CC 71721353

ENTREGA: Oscar Zapata
CC 71332950

LUIS

CONSTRUCCIONES, ARENAS Y TRITURADOS SAS

NIT: 9012146931

EMPLEADO: Luis Alberto Mesa Mesa
C.C: 71.642.170
CARGO: Conductor
TIPO DE CONTRATO: Definido
CAUSA LIQUIDACION:

PERIODO DE LIQUIDACION	
FECHA TERMINACION:	11-nov-20
FECHA DE INICIO:	14-oct-20
TIEMPO LABORADO:	28
SANCIONES EN DIAS:	0
PERIODO DE SANCION:	0

DATOS DEL CONTRATO	
SALARIO:	877.803
AUX. TRANSPORTE:	102.854
SALARIO VARIABLE:	
TOTAL BASE LIQUIDACION:	$ 980.657

PRIMA LEGAL	
FECHA INICIAL PERIODO:	14-oct-20
FECHA DE CORTE:	11-nov-20
SALARIO A LIQUIDAR:	$ 980.657
DIAS A LIQUIDAR:	28

CESANTIAS	
FECHA INICIAL PERIODO:	14/10/2020
FECHA DE CORTE:	11-nov-20
SALARIO A LIQUIDAR:	$ 980.657
DIAS A LIQUIDAR:	28

VACACIONES	
FECHA INICIAL PERIODO:	14-oct-20
FECHA DE CORTE:	11-nov-20
SALARIO A LIQUIDAR:	$ 877.803
DIAS A LIQUIDAR:	28
DIAS DISFRUTADOS:	0
DIAS PDTES A LIQUIDAR:	0

INTERESES A LAS CESANTIAS	
FECHA INICIAL PERIODO:	14/10/2020
FECHA DE CORTE:	11-nov-20
DIAS A LIQUIDAR:	28
INTERES EN %:	0,93%

RESUMEN DE LA LIQUIDACION:	
PRIMA LEGAL	$ 76.273,32
CESANTIAS	$ 76.273,32
INTERESES A CESANTIAS	$ 711,88
VACACIONES	$ 34.137,00
SALARIOS PENDIENTES	-
INDENIZACION	$ -
AUX. TRANSPORTE PDTE	
TOTAL LIQUIDACION +SALARIO	$ 187.395,53

TOTAL A PAGAR	
DEVENGADO	$ 187.395,53
DEDUCCIONES SALUD Y PENSION	$ -
TOTAL A PAGAR	$ 187.395,53

LA SUMA DE: **TOTAL A PAGAR** $ 187.396

Habiendo encontrado correcta la Liquidación de Prestaciones Sociales, declaro que la empresa se encuentra a Paz y Salvo conmigo por concepto de: salarios, horas extras, descansos compensatorios, cesantías, intereses a las cesantías, vacaciones, prima de servicios, auxilio de transporte, y en sí, todo concepto relacionado con Prestaciones Sociales de Ley o Indemnizaciones causadas al quedar extinguido el contrato de trabajo.

RECIBE: Luis Mesa Mesa
CC 71692170

ENTREGA: Oscar Zapata
CC 7.1.372.510.

MANTENIMIENTO Y MEJORAS LIMITADA NIT. 811.022.672

CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO

Yo, CESAR VINASCO identificado con cédula de ciudadanía número 70475851 de San Francisco, certifico que la empresa ***MANTENIMIENTO Y MEJORAS LTDA.***, identificado con NIT 811022672-6. Se encuentro a paz y salvo por concepto de salarios, prestaciones sociales y demás disposiciones legales vigentes.

Para constancia se firma a los 14 días del mes de Noviembre del 2023

Representante Contratista

cesar

Firma Trabajador

MANTENIMIENTO Y MEJORAS LIMITADA
NIT. 811.022.672
LIQUIDACION DEFINITIVA DE PRESTACIONES SOCIALES

Nombre Trabajador:	**VINASCO CESAR**			
Documento de Identificación:	70.465.851			
Fecha Inicio Contrato	09-nov-2020			
Fecha Término Contrato	14-nov-2020			
Causa retiro	ABANDONO DE PUESTO DE TRABAJO			
Tiempo de Servicio	6			
Tiempo a liquidar en cesantias y vacaciones	6			
Tiempo a liquidar en intereses y prima	6			
Salario mensual	$ 877,802			
Salario Promedio Liquidación	$ 980,655			
Sueldo Promedio Diario:	$ 32,688.50			
CESANTIAS	980,655 * 6 / 360		$	16,344
INTERESES CESANTIAS	16,344 * 6 * 0.12 / 360		$	33
PRIMA DE SERVICIOS	980,655 * 6 / 360		$	16,344
VACACIONES	877,802 * 6 / 720		$	7,315
TOTAL A LIQUIDAR			$	40,036

Nota: La prima y los intereses a las cesantias se liquida proporcional para el año en curso

Hago constar que he recibido la suma de **(CUARENTA MIL TREINTA Y SEIS PESOS *************)** Valor de mis prestaciones sociales que manda la ley, conforme a la liquidación anterior, dejo constancia que mi patrono queda a paz y salvo por todos los conceptos de prestaciones sociales que manda la ley, que todos los sueldos y dotación me fueron pagados en el periodo que ordena la ley.

Para constancia de lo anterior, se firma en Medellin (Ant) a los 14 días del mes de noviembre de 2020

Empleador

cesar

VINASCO CESAR
Empleado
cc. 70.465.851

14 de Noviembre de 2020

HERNAN DE JESUS CARDONA
REPRESENTANTE LEGAL
MANTENIMIENTO Y MEJORAS LTDA.
M.T.YM. LTDA.
NIT. 811022672

Cordial saludo,

Por medio de la presente yo, CESAR VINASCO
identificado con cedula de ciudadanía Nº 70475851 de SAN FRANCISCO (ANTIOQUIA.) deseo comunicarle a usted mi renuncia voluntaria, al puesto que venía desempeñando como MAQUINISTA dicha renuncia se hará efectiva a partir del día 14/NOVIEMBRE/2020

Agradeciendo el haberme permitido trabajar en su empresa.

Atentamente,

cesar

Nombre y firma del trabajador
cc. 70.465.851

MTYM
Ltda

Acuerdo de liquidación de derechos laborales

MANTENIMIENTO Y MEJORTAS LIMITADA (EMPLEADOR); y el señor CESAR VINASCO **identificado con cédula de ciudadanía No** 70 475 851 **de** SAN FRANCISCO (ANTIOQUIA) **(TRABAJADOR), acuerdan de forma voluntaria liquidar los derechos laborales instituidos mediante el CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR LA DURACION DE UNA OBRA O LABOR TERMINADA que existía entre ellos desde el día** 9 **del mes de** NOVIEMBRE **del año 2020 hasta el día** 14 **del mes de** NOVIEMBRE **del año 2020 conviniendo liquidar las prestaciones sociales a que tiene derecho el trabajador por el tiempo laborado.**

El señor CESAR VINASCO (Trabajador), mediante este documento manifiesta que se encuentra en buen estado de salud y que no presenta ningún tipo de lesión o enfermedad laboral generada por los trabajos desarrollados durante el tiempo de vinculación para este contrato dando por terminado el contrato de trabajo y cualquier relación laboral entre ello. En constancia se firma este documento a los ...14... Días del mes de NOVIEMBRE de 2020

HERNAN DE JESUS CARDONA
Representante legal

cesar
C.C 70-475-851
trabajador

MTYM
Ltda

Medellín, 14 / 11 de 2020

Señor
CESAR VINASCO
CC 70475 851
OFICIOS VARIOS

Asunto: Solicitud de exámenes de retiro laboral.

Cordial saludo

Por medio de la presente le solicito los exámenes pertinentes de retiro laboral, el cual debe realizarse durante los 5 días siguientes a la fecha de terminación de sus labores, de no hacerlo la empresa queda exonerada en caso de presentarse algún inconveniente futuro.

Quedamos atentos a la entrega de sus resultados!

Atentamente,

HERNAN CARDONA GARCIA
Representante legal

Recibí,

• cesar
CC
Empleado

125

MANTENIMIENTO Y MEJORAS LTDA.
NIT. 811.022.672

NOMINA DEL 1 AL 15 DE NOVIEMBRE DE 2020

NOMBRE	CEDULA	DIAS	SALARIO	SUBSIDIO TRANSPORTE	DIAS FESTIVOS	VALOR FESTIVO	TOTAL DEVENGADO	E.P.S.	PENSION	TOTAL DEDUCIDO	TOTAL PAGADO	
POSADA DIEGO ARNULF	1.040.201.424	7	204.820	23.999,80	0	0	228.820	8.193	8.193	16.386	212.434	Diego Posada
CEBALLOS WILLIAM	1.037.568.030	15	438.901	51.426,50	2	102.410	592.738	17.556	17.556	35.112	557.626	William
SUAREZ NICOLAS DAVID	1.020.483.305	4	117.040	13.713,73	0	0	130.754	4.682	4.682	9.363	121.391	Nicolas
VINASCO CESAR	70.803.851	6	175.560	20.570,60	0	0	196.131	7.022	7.022	14.045	182.086	cesar
HINCAPIE DIEGO ALBEIR	1.037.608.052	15	438.901	51.426,50	2	102.410	592.738	17.556	17.556	35.112	557.626	Diego H
FLORES HUBER ANTONY	1.038.481.272	13	438.901	51.426,50	1	51.205	541.533	17.556	17.556	35.112	506.421	HUBER FLOREZ
ATEHORTUA ROBERTO	1.040.262.089	15	438.901	51.426,50	2	102.410	592.738	17.556	17.556	35.112	557.626	Roberto cruz
VERGARA JAVIER RAMIR	98.764.311	2	87.780	10.285,30	2	102.410	200.476	3.511	3.511	7.022	193.454	
CARDONA HERNAN	71.160.830	15	500.000	51.426,50	2	115.047	666.053	20.000	20.000	40.000	626.053	Hernan Cardona
TOTAL			2.683.903	325.701	11	577.511	3.744.019	113.632	113.632	227.264	3.516.755	

MANTENIMIENTO Y MEJORAS LIMITADA
NIT. 811.022.672
LIQUIDACION DEFINITIVA DE PRESTACIONES SOCIALES

Nombre Trabajador:	**FLORES BORJA HUBER ANTONIO**		
Documento de Identificación:	1.038.481.272		
Fecha Inicio Contrato	28-oct-2020		
Fecha Término Contrato	15-dic-2020		
Causa retiro	ABANDONO DE PUESTO DE TRABAJO		
Tiempo de Servicio	48		
Tiempo a liquidar en cesantias y vacaciones	48		
Tiempo a liquidar en intereses y prima	48		
Salario mensual	$ 877,802		
Salario Promedio Liquidación	$ 980,655		
Sueldo Promedio Diario:	$ 32,688.50		
CESANTIAS	(980,655 * 48) / 360	$	**130,754**
INTERESES CESANTIAS	(130,754 * 48 * 0.12) / 360	$	**2,092**
PRIMA DE SERVICIOS	(980,655 * 48) / 360	$	**130,754**
VACACIONES	(877,802 * 48) / 720	$	**58,520**
TOTAL A LIQUIDAR		**$**	**322,120**

Nota: La prima y los intereses a las cesantias se liquida proporcional para el año en curso

Hago constar que he recibido la suma de **(TRESCIENTOS VEINTIDOS MIL CIENTOS VEINTE PESOS ************)** Valor de mis prestaciones sociales que manda la ley, conforme a la liquidación anterior, dejo constancia que mi patrono queda a paz y salvo por todos los conceptos de prestaciones sociales que manda la ley, que todos los sueldos y dotación me fueron pagados en el periodo que ordena la ley.

Para constancia de lo anterior, se firma en Medellin (Ant) a los 14 días del mes de DICIEMBRE de 2020

Empleador

HUBER FLORES
FLORES BORJA HUBER ANTONIO
Empleado
cc. 1.038.481.272

127

MANTENIMIENTO Y MEJORAS LTDA.
NIT. 811.022.672

NOMINA DEL 1 AL 15 DE DICIEMBRE DE 2020

NOMBRE	CEDULA	DIAS	SALARIO	SUBSIDIO TRANSPORTE	DIAS INCAPACIDAD	DIAS LICENCIA	VALOR DEVENGADO	TOTAL	E.P.S.	PENSION	TOTAL DEDUCIDO	TOTAL PAGADO	
POSADA DIEGO ARL	1.040.261.424	15	438.901	51.426,50	0	0	490.328	17.556	17.556	35.112	455.215	Diego Posada
CEBALLOS WILLIAM	1.037.946.095	15	438.901	51.426,50	0	0	490.328	17.556	17.556	35.112	455.215	William
HINCPAIE DIEGO AL	1.097.606.052	15	438.901	51.426,50	0	0	490.328	17.556	17.556	35.112	455.215	Diego Hincapie
FLORES HUBER AN	1.038.481.272	15	438.901	51.426,50	0	0	490.328	17.556	17.556	35.112	455.215	HUBER FLOTES
ATEHORTUA ROBES	1.040.262.086	15	438.901	51.426,50	0	0	490.328	17.556	17.556	35.112	455.215	Robeiro atehortua
CASTAÑO DANY ES	1.046.953.800	11	321.861	37.712,77	0	0	359.574	12.874	12.874	25.749	333.825	Dany castaño
CASTAÑO MAURICI	1.193.231.459	11	321.861	37.712,77	0	0	359.574	12.874	12.874	25.749	333.825	Mauricio C.D.
ESPINOZA FREDY	1.049.020.536	11	321.861	37.712,77	0	0	359.574	12.874	12.874	25.749	333.825	Fredy espinoza
CARDONA HERNAN	71.160.833	15	500.000	51.426,50	0	0	551.427	20.000	20.000	40.000	511.427	Hernan Cardona
TOTAL			3.660.087	421.697	0	0	4.081.785	146.403	146.403	292.807	3.788.978		

Medellin 14- 12- 2020

Me dirijo a ustedes con la presente para hacer de su conocimiento la presentación de mi renuncia voluntaria al puesto que vengo desempeñando desde el 28 de octubre del 2020 hasta el dia 14 de Diciembre del 2020.

Me ha motivado razones, personales y me ha llevado a tomar una decisión la cual me aleja definitivamente de mi puesto de trabajo.

Así mismo es mi deseo agradecerle por toda la confianza con la que me honro durante todo este tiempo, y reconociendo igualmente la oportunidad laboral que me fue brindada.

Me despido cordialmente.



Firma HUBER FLOREZ

Huber Antonio Flórez Borja

CC 1038481272

MANTENIMIENTO Y MEJORAS LIMITADA NIT. 811.022.672

CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO

Yo, HUBER FLORES identificado con cédula de ciudadanía número 1038481272 de NEIVA, certifico que la empresa ***MANTENIMIENTO Y MEJORAS LTDA.,*** identificado con NIT 811022672-6. Se encuentro a paz y salvo por concepto de salarios, prestaciones sociales y demás disposiciones legales vigentes.

Para constancia se firma a los 14 días del mes de DICIEMBRE del 2020

Representante Contratista

HUBER FLORES

Firma Trabajador

, 14 de DICIEMBRE de 2020

HERNAN DE JESUS CARDONA
REPRESENTANTE LEGAL
MANTENIMIENTO Y MEJORAS LTDA.
M.T.YM. LTDA.
NIT. 811022672

Cordial saludo,

Por medio de la presente yo, HUBER FLOREZ
identificado con cedula de ciudadanía Nº 1038481272 de NECHI
(ANTIOQUIA.) deseo comunicarle a usted mi renuncia voluntaria,
al puesto que venía desempeñando como OFICIOS VARIOS dicha
renuncia se hará efectiva a partir del día 14 DICIEMBRE 2020

Agradeciendo el haberme permitido trabajar en su empresa.

Atentamente,

HUBER FLOREZ
Nombre y firma del trabajador
CC. 1038481272

MTYM
Ltda

Medellín, 14 / Diciembre de 2020

Señor
Huber Flores
CC 1038 481 272
OFICIOS VARIOS

Asunto: Solicitud de exámenes de retiro laboral.

Cordial saludo

Por medio de la presente le solicito los exámenes pertinentes de retiro laboral, el cual debe realizarse durante los 5 días siguientes a la fecha de terminación de sus labores, de no hacerlo la empresa queda exonerada en caso de presentarse algún inconveniente futuro.

Quedamos atentos a la entrega de sus resultados!

Atentamente,

HERNAN CARDONA GARCIA
Representante legal

Recibí,

HUBER FLORES
CC 1038481272
Empleado

MTYM
Ltda

Acuerdo de liquidación de derechos laborales

MANTENIMIENTO Y MEJORTAS LIMITADA (EMPLEADOR); y el señor HUBER FLORES identificado con cédula de ciudadanía No 1038481272 de NECHI (ANTIOQUIA) (TRABAJADOR), acuerdan de forma voluntaria liquidar los derechos laborales instituidos mediante el CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR LA DURACION DE UNA OBRA O LABOR TERMINADA que existía entre ellos desde el día 28 del mes de OCTUBRE del año 2020 hasta el día 14 del mes de DICIEMBRE del año 2020 conviniendo liquidar las prestaciones sociales a que tiene derecho el trabajador por el tiempo laborado.

El señor HUBER FLORES (Trabajador), mediante este documento manifiesta que se encuentra en buen estado de salud y que no presenta ningún tipo de lesión o enfermedad laboral generada por los trabajos desarrollados durante el tiempo de vinculación para este contrato dando por terminado el contrato de trabajo y cualquier relación laboral entre ello. En constancia se firma este documento a los ..14.. Días del mes de DICIEMBRE de 2020

HERNAN DE JESUS CARDONA
Representante legal

HUBER FLORES
C.C 1038481272
trabajador

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO
POR LA DURACIÓN DE UNA OBRA O LABOR DETERMINADA

NOMBRE DEL EMPLEADOR
MANTENIMIENTO Y MEJORAS LIMITADA

DOMICILIO DEL EMPLEADOR
CALLE 77 B # 50 A 24 PISO 4

NOMBRE DEL TRABAJADOR
HUBER FLORES

DOMICILIO DEL TRABAJADOR
VEREDA NATO VIEJO

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO
Chigorodo / 16 / Abril / 1993

OFICIO QUE DESEMPEÑARA
AYUDANTE DE OBRA

SALARIO MENSUAL
OCHOCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS TRES PESOS ($877.803,00)

FECHA DE INGRESO
28 / OCTUBRE / 2020

PAGADERO
QUINCENAL

CIUDAD DONDE SE FIRMA EL CONTRATO
Medellin, Antioquia

CIUDAD DONDE PRESTARA SUS SERVICIOS
SAN VICENTE (Antioquia)

ALCANCE CONTRATO
"MEJORAMIENTO, REHABILITACION Y MANTENIMIENTO DE LAS VIAS DE SAN VICENTE CONCEPCION

Entre los suscritos, a saber, de una parte, **MANTENIMIENTO Y MEJORAS LIMITADA** con **Nit. 811022672-6** quien para los fines de este contrato se llamará el "EMPLEADOR, en tanto por la otra parte lo hace HUBER FLORES mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 1038 481 242 de NECHI, el cual de ahora en adelante se llamará el "TRABAJADOR", manifestamos a través del presente escrito que es nuestra voluntad celebrar CONTRATO POR LA DURACION DE UNA OBRA O LABOR DETERMINADA, el que se regirá y determinará por las siguientes clausulas: PRIMERA: El empleador contrata los servicios personales del trabajador y este se obliga: a) A poner al servicio del empleador toda su capacidad normal de trabajo, en forma exclusiva, en el desempeño de las funciones propias del oficio mencionado y en las labores anexas y complementarias del mismo, de Conformidad con las órdenes e instrucciones que le imparta el empleador o sus representantes. y b) A no prestar directa ni indirectamente labores a otros empleadores, ni a trabajar por cuenta propia en el mismo oficio, durante la vigencia de este contrato. c) Cumplir con el Reglamento Interno de Trabajo aprobado por la autoridad competente, así como las normas y procedimientos del Sistema de Gestión Integral establecidos por el EMPLEADOR. d) La normatividad en HSE, ambiental e interna aplicable de la empresa CONTRATANTE. SEGUNDA. El empleador pagará al trabajador por la prestación de sus servicios el salario indicado, pagadero en las oportunidades también señaladas arriba. Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos de que tratan los capítulos I y VI del código sustantivo de trabajo. El cumplimiento de lo previsto en el art. 46 del C.S.T. modificado por el art., 3°. De la ley 50/90, el trabajador Tendrá derecho al pago de vacaciones y prima de servicio en proporción al tiempo laborado cualquiera que este sea. TERCERA. El trabajador tendrá derecho a dos (2) días de descanso una vez cumplida cada Quincena. CUARTA. El trabajador se obliga a laborar la jornada ordinaria en los turnos y dentro de las horas señaladas por el empleador, pudiendo hacer este ajuste o cambio de horario cuando lo estime conveniente. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, podrán repartirse las horas de la jornada ordinaria en forma prevista en el art. 164 del código sustantivo de trabajo, modificado por el art. 23 de la ley 50/90, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la jornada no se cumplan dentro de la misma, según el art. 164 QUINTA. El término de periodo de prueba es de (60) días. Durante el periodo de prueba cualquiera de las partes podrá darlo por terminado sin que para ello necesite alegar justa causa o pagar alguna indemnización como consecuencia de esta decisión. Son justas causas para poner término a este contrato, unilateralmente las enumeradas en el artículo 7°. Del decreto 2351/65, y además por parte del empleador, las siguientes faltas que para el efecto se califican Como graves. a) La violación por parte del trabajador de cualquiera de sus obligaciones legales, contractuales reglamentarias. b) La no asistencia puntual al trabajo, sin excusa suficiente a juicio del empleador, por dos Veces dentro de un mes del calendario. c) La ejecución por parte del trabajador de

labores remuneradas al Servicio de terceros sin autorización del empleador. D) la revelación de secretos y datos reservados de la Empresa. e) Las repetidas desavenencias con sus compañeros de trabajo. f) El hecho que el trabajador llegue Embriagado al trabajo o ingiera bebidas embriagantes manipule, consuma o expenda sustancias psicoactivas en el sitio de trabajo, aun por la primera vez. g) El hecho que el Trabajador abandone el sitio de trabajo sin el permiso de sus superiores. y) La no asistencia a una sección completa de la jornada de trabajo o mas sin excusa suficiente a juicio del empleador, salvo fuerza mayor o caso fortuito. SEXTA. Las invenciones o descubrimientos realizados por el trabajador, mientras preste mis servicios al Empleador, pertenecerán a este de conformidad con lo dispuesto en el articulo 8º. De la decisión 85 del Acuerdo de Cartagena, incorporada a la Legislación Colombiana mediante decreto 1190 de 1978. En consecuencia, tendrá el empleador el derecho de hacer patentar a su nombre o a nombre de terceros esos inventos o mejoras I, respetándose el derecho del trabajador a ser mencionado como inventor en la patente, si Así lo desea, de conformidad con el art. 9º. Ibidem. El trabajador accederá a facilitar el cumplimiento Oportuno de las correspondientes formalidades, y dará su firma o extenderá los poderes y documentos necesarios para tal fin según y cuando se lo solicite el empleador, sin que este quede obligado al pago de compensación Alguna. SÉPTIMA. Las partes podrán convenir que el trabajo se preste en lugar distinto del inicialmente contratado siempre que tales traslados no desmejoren las condiciones laborales o de remuneración del trabajador, o impliquen perjuicios para el. Los gastos que se originen con el traslado serán cubiertos por el empleador de Conformidad con el numeral 8º Del artículo 57 del código sustantivo de trabajo. El trabajador se obliga a aceptar los cambios de oficio que decida el trabajador dentro de su poder subordinante, siempre que se Respeten las condiciones laborales del trabajador, y no se le causen perjuicios. Todo ello sin que se afecte el Honor, la dignidad y los derechos mínimos del trabajador, de conformidad con el art. 23 del C.S.T. Modificado por la ley 50/90 art. 1º. OCTAVA. Este contrato ha sido redactado estrictamente a la ley y la jurisprudencia y será interpretada de Buena fe y en consonancia con el código sustantivo del trabajo, cuyo objeto definido en su artículo 1º. Es lograr la justicia en las relaciones entre sus empleados y trabajadores de un espíritu de coordinación Económica y equilibrio social. NOVENA. El presente contrato reemplaza en su integridad y deja sin efecto alguno cualquiera otro contrato Verbal o escrito entre las partes con anterioridad. Las modificaciones que se acuerden al presente contrato sé anotaran a continuación de su texto. Para constancia se firma en dos ejemplares del mismo tenor y valor, ante Testigos en la ciudad y fecha que se indican a continuación.

CIUDAD Y FECHA.

HERNAN DE JESUS CARDONA GARCIA
Representante legal
MANTENIMIENTO Y MEJORAS LIMITADA

NIT 811022672

HUBER FIO 765
C.C 1038081272
TRABAJADOR

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:		NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	811022672
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MANTENIMIENTO Y MEJORAS LTDA
CIUDAD/MUNICIPIO:	ITAGUI	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CALLE 77B 50A-24	TELÉFONO:	3720628
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7773702879**		TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2020	SALUD:	AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/12/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		831936771

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	6	$ 538.600
800227940	231001	231001-COLFONDOS	2	$ 224.800
800224808	230301	230301-PORVENIR	7	$ 613.600
SUBTOTAL:			15	**$ 1.377.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900604350	EPS040	EPS040 - SAVIA SALUD EPS	7	$ 130.300
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	5	$ 160.900
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	4	$ 93.800
SUBTOTAL:			16	**$ 385.000**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890900841	CCF04	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	16	$ 385.000
SUBTOTAL:			16	**$ 385.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	16	$ 668.900
SUBTOTAL:			16	**$ 668.900**

TOTAL PAGADO:	**$ 2.815.900**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	811022672
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MANTENIMIENTO Y MEJORAS LTDA
CIUDAD/MUNICIPIO:	ITAGUI	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CALLE 77B 50A-24	TELÉFONO:	3720628
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7774510884**	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN	MES: noviembre	PERIODO COTIZACIÓN		MES:	diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2020	SALUD:		AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/12/23	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			840254908

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 140.500
SUBTOTAL:			1	**$ 140.500**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900604350	EPS040	EPS040 - SAVIA SALUD EPS	1	$ 35.200
SUBTOTAL:			1	**$ 35.200**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890900841	CCF04	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	1	$ 35.200
SUBTOTAL:			1	**$ 35.200**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 61.100
SUBTOTAL:			1	**$ 61.100**

TOTAL PAGADO:	**$ 272.000**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

HERNAN CARDONA

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA / NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS: EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS: COTIZANTE	FSP: SOLIDARIDAD	FSP: SUBSISTENCIA	MORA: COTIZACIÓN	MORA: FSP	TOTALES: APORTES	TOTALES: MORA	TOTALES: VALOR PAGADO
11	PROTECCIÓN											
17	COLFONDOS											
14	PORVENIR											
TOTALES												

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA / NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD: NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD: VALOR	LICENCIA MATERNIDAD: NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD: VALOR	SALDO A FAVOR: PLANILLA	SALDO A FAVOR: VALOR	LIQUIDACIÓN: COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN: UPC	MORA: COTIZACIÓN	MORA: UPC	TOTALES: APORTES	TOTALES: MORA	TOTALES: DESCUENTO	TOTALES: VALOR PAGADO
EPS																
EPS																
EPS																
TOTALES																

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA / NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD: NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD: VALOR	SALDO A FAVOR: PLANILLA	SALDO A FAVOR: VALOR	LIQUIDACIÓN: COTIZACIÓN	TOTALES: APORTES	TOTALES: MORA	TOTALES: DESCUENTO	TOTALES: VALOR PAGADO
TOTALES											

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

CÓDIGO	ADMINISTRADORA / NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES: APORTES	TOTALES: MORA	TOTALES: VALOR PAGADO
TOTALES					

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

Escaneado con CamScanner

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN
R. O RAZÓN SOCIAL
MUNICIPIO
CIÓN
FORMANTE
MPRESA
A DE PRESENTACIÓN
TANTE ESCENARIZADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)

NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
811033912
MANTENIMIENTO Y MEJORAS LTDA
ITAGUI DEPARTAMENTO ANTIOQUIA
CALLE 77B 50A-24 TELÉFONO 3130808
01-EMPLEADOR CLASE APORTANTE B-ENTRE 50 Y 200 COTIZANTES
PRIVADA ACTIVIDAD ECONÓMICA Actividades regladoras y fiscalizadoras de la ad
UNICO
M

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA 77737038870 TIPO DE PLANILLA E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN SALUD 2022
PERIODO LIQUIDACIÓN CTRCIB mes2 mes3 diciembre AÑO
CLASE DE PLANILLA C
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd) 2022/12/15 NÚMERO AUTORIZACIÓN 821938771

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | NOVEDADES | | | | | |

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

CIÓN:	NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	811032672	
		MANTENIMIENTO Y MEJORAS LTDA	
	ITAGÜÍ DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA	
	CALLE 77B 50A-24 TELÉFONO:	3730619	
	01-EMPLEADOR CLASE APORTANTE:	S-MENOS DE 300 COTIZANTES	
	PRIVADA ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Actividades inmobiliarias y Servicios de la act	
	DISCO		
CIÓN:			
IDO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		SI	

DATOS NOMINALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		77737028879		TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	noviembre AÑO 2020		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES diciembre AÑO		SI
DIAS DE MORA:		3					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)		2020/12/15		NÚMERO AUTORIZACIÓN:			831358171

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACION	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
36001- PROTECCION	6	$ 536.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 536.600	$ 0	$ 536.600
51001-COLPENSIONE	2	$ 224.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 224.800	$ 0	$ 224.800
52001-PORVENIR	7	$ 613.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 613.600	$ 0	$ 613.600
									$ 1.377.000	$ 0	$ 1.377.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS063-SALUD TOTAL	5		$ 0		$ 0		$ 0	$ 160.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 160.900	$ 0	$ 0	$ 160.900
EPS037-NUEVA EPS	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 53.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 53.400	$ 0	$ 0	$ 53.400
EPS040 - SANITAS SALUD EPS	7		$ 0		$ 0		$ 0	$ 130.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 130.200	$ 0	$ 0	$ 130.200
												$ 344.500	$ 0	$ 0	$ 344.500

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	PAGAPLANILLA APP NUMERO AUTORIZACIÓN	PAGAPLANILLA APP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	19		$ 0	$ 0		$ 0	$ 668.900	$ 668.900	$ 0	$ 0	$ 668.900
								$ 668.900	$ 0	$ 0	$ 668.900

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF64-CCF DE ANTIOQUIA	19	$ 348.000	$ 0	$ 348.000
		$ 348.000	$ 0	$ 348.000

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																				SEGURIDAD SOCIAL																														PARAFISCALES										
																												PENSIÓN								SALUD								ARP							CCF			SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EN EL EXTERIOR	EXTRANJERO	TRABAJA PENSIONADO	IGE	IRL	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	VSP	IRP	ADMIN	DIAS COTIZ	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDEMNIZACIÓN TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COTIZ	IBC	COTIZACIÓN VI UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COTIZ	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COTIZ	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
01		$ 877.803	TUA				11																51001-COLPENSIONES	30	$ 536.900	$ 64.308	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 64.308	PS040 - SANITAS SALUD EPS	30	$ 536.900	$ 21.500	$ 0	$ 21.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 536.900		$ 26.700	30	$ 536.900	64-CCF DE ANTIOQUIA	$ 21.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
01		$ 877.803	TUA				02	15															52001-PORVENIR	15	$ 360.300	$ 60.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 60.000	PS020-SALUD TOTAL	15	$ 360.300	$ 15.300	$ 0	$ 15.300	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	15	$ 360.300		$ 26.700	15	$ 360.300	64-CCF DE ANTIOQUIA	$ 15.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
01		$ 877.803	TUA				02	15	12														52001-PORVENIR	4	$ 117.341	$ 16.908	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 16.908	PS037-NUEVA EPS	4	$ 117.341	$ 4.700	$ 0	$ 4.700	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	4	$ 117.341		$ 6.256	4	$ 117.341	64-CCF DE ANTIOQUIA	$ 4.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
01		$ 877.803	TUA				04	15															36001-PROTECCION	15	$ 360.300	$ 60.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 60.000	PS040 - SANITAS SALUD EPS	15	$ 360.300	$ 15.300	$ 0	$ 15.300	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	15	$ 360.300		$ 26.700	15	$ 360.300	64-CCF DE ANTIOQUIA	$ 15.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
01		$ 877.803	TUA				02	03															36001-PROTECCION	18	$ 616.200	$ 121.192	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 121.192	PS037-NUEVA EPS	18	$ 616.200	$ 32.800	$ 0	$ 32.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	18	$ 616.200		$ 27.180	18	$ 616.200	64-CCF DE ANTIOQUIA	$ 32.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
01		$ 877.803	TUA				02	13															52001-PROTECCION	19	$ 536.900	$ 64.308	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 64.308	PS040 - SANITAS SALUD EPS	19	$ 536.900	$ 21.500	$ 0	$ 21.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	19	$ 536.900		$ 26.700	19	$ 536.900	64-CCF DE ANTIOQUIA	$ 21.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

Planilla Pagada

[redacted]ANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

	NIT: NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		811026972
DAL:			MANTENIMIENTO Y MEJORAS LTDA
	ITAGÜÍ: DEPARTAMENTO:		ANTIOQUIA
	CALLE 75 SUR 24: TELÉFONO:		3726628
	01-EMPLEADOR: CLASE APORTANTE:		5-MENOS DE 200 COTIZANTES
	PRIVADA: ACTIVIDAD ECONÓMICA:		Actividades registradoras y liquidadoras de la act
	ÚNICO		
SON:			SI
DO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			77737028	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	Noviembre AÑO	2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	Diciembre AÑO	2020
DIAS DE MORA:			2				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2022/01/19	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			831826771

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | |

[redacted]ANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	811032972
DAL:			MANTENIMIENTO Y MEJORAS LTDA
			ANTIOQUIA
	ITAGÜÍ	DEPARTAMENTO:	270020
	CALLE 172 50A 24	TELÉFONO:	5-MENOS DE 200 COTIZANTES
	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	Administradora reguladoras y facilitadoras de la act
	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	
JÓN:	ÚNICO		01
DO PAGO APORTES SALUD, MORA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			77748010004	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN CITRIX	MES	noviembre	AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	diciembre	AÑO 2020
DIAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)			2020/12/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			840254808

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
NOMBRE				EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CAI COLPENSIONES		1	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 140.500	$ 0	$ 140.500
										$ 140.500	$ 0	$ 140.500

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
NOMBRE			NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
FSNC - SANA SALUD EPS		1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 35.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 35.200	$ 0	$ 0	$ 35.200
													$ 35.200	$ 0	$ 0	$ 35.200

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
NOMBRE			NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
333-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.		1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 61.100	$ 61.100	$ 0	$ 0	$ 61.100
									$ 61.100	$ 0	$ 0	$ 61.100

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
NOMBRE			APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CRAGSD CC ANTIOQUIA		1	$ 35.200	$ 0	$ 35.200
			$ 35.200	$ 0	$ 35.200

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | |

RUS

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-12-16, 10:26:12 AM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 47113331

Periodo Cotización: noviembre de 2020 **Periodo Servicio:** diciembre de 2020

PAGADO 16/12/2020

EL APORTANTE

ial	CONTRATISTAS JDA SAS		
)	NI900700283	**Dirección**	CL 104 64 E 14
ıpresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	2069693
na	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
	MEDELLIN	**Departamento**	ANTIOQUIA
ınte Legal	SALINAS SUAREZ SULEIDA	**Identificación**	CC 1039596910
dos	16	**ARP**	ARL SURA

E DEL APORTANTE

atos del Afiliado			Novedades																						Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IRP	INT	RET P	TDE	TAH	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
MEL GONZALEZ BERRIO	01	00			X														3	15	15	15	(230301) PORVENIR	$ 526.400	$ 84.200	(EPS037) NUEVA EPS	$ 526.400	$ 21.100	0,522	$ 526.400	$ 26.700	(CCF04) COMFAMA	$ 526.400	$ 21.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 163.200
TIAGO ADOLFO SUANDOK EPS	01	00			X														0	0	0	0	(230301) PORVENIR	$ 334.134	$ 57.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 334.134	$ 0.400	0,522	$ 334.134	$ 16.300	(CCF04) COMFAMA	$ 334.134	$ 6.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 70.600
NATHAN ENRIQUE AZALEZ BERRIO	01	00			X														3	17	17	17	(05-14) COLPENSIONES	$ 497.034	$ 78.700	(EPS040) SANITAS SALUD	$ 497.034	$ 20.300	0,522	$ 497.034	$ 24.700	(CCF04) COMFAMA	$ 497.034	$ 20.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 154.400
CO FIDEL GONZALEZ RIO	01	00																	0	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 979.000	$ 160.200	(EPS037) NUEVA EPS	$ 979.000	$ 39.200	0,522	$ 979.000	$ 51.200	(CCF04) COMFAMA	$ 979.000	$ 39.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 272.300
RES JULIAN DAVIRA VITERO	01	00																	0	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 979.000	$ 160.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 979.000	$ 39.200	0,522	$ 979.000	$ 51.200	(CCF04) COMFAMA	$ 979.000	$ 39.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 272.300
TIAN DARIO BUELVO DAVIRA	01	00			X														0	9	9	9	(05-14) COLPENSIONES	$ 263.400	$ 43.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 263.400	$ 10.600	0,522	$ 263.400	$ 13.800	(CCF04) COMFAMA	$ 263.400	$ 10.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 91.900
EL ADOLFO SEPULVEDA EZ	01	00			X														0	9	9	9	(230301) PORVENIR	$ 263.400	$ 43.200	(EPS037) NUEVA EPS	$ 263.400	$ 10.600	0,522	$ 263.400	$ 13.800	(CCF04) COMFAMA	$ 263.400	$ 10.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 91.800
MIRO DE JESUS TORRES RA	01	00			X														0	5	5	5	(230301) PORVENIR	$ 263.400	$ 43.200	(EPS037) NUEVA EPS	$ 263.400	$ 10.600	0,522	$ 263.400	$ 13.800	(CCF04) COMFAMA	$ 263.400	$ 10.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 91.800
TOR FABIO GARCIA OBAR	01	00																	0	30	30	30	(05-14) COLPENSIONES	$ 979.000	$ 160.200	(EPS016) COOMEVA EPS	$ 979.000	$ 39.200	0,522	$ 979.000	$ 51.200	(CCF04) COMFAMA	$ 979.000	$ 39.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 272.100
LAUDIO VILLAZZUSO EZ	01	00		X	X														0	3	3	3	(05-14) COLPENSIONES	$ 97.800	$ 16.100	(EPS040) SANITAS SALUD	$ 97.800	$ 3.900	0,522	$ 97.800	$ 5.200	(CCF04) COMFAMA	$ 97.800	$ 3.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 27.500
BAN DE JESUS SALAZAR AZAR	01	00																	0	29	29	29	(05-14) COLPENSIONES	$ 919.000	$ 140.600	(EPS040) SANITAS SALUD	$ 979.000	$ 39.200	0,522	$ 979.000	$ 51.200	(CCF04) COMFAMA	$ 979.000	$ 39.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 272.100
NSO DE JESUS MARIN STRO	01	00	X																5	20	20	20	(230301) PROTECCION (ORI) + PROTECCION	$ 843.867	$ 103.100	(EPS016) SANITAS SALUD	$ 843.867	$ 33.800	0,522	$ 843.867	$ 44.000	(CCF04) COMFAMA	$ 843.867	$ 33.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 158.000
IO ANTONIO HURTADO CANO	01	00	X	X															0	10	10	10	(230301) PROTECCION (ORI) + PROTECCION	$ 282.667	$ 49.800	(EPS037) NUEVA EPS	$ 282.667	$ 11.800	0,522	$ 282.667	$ 20.000	(CCF04) COMFAMA	$ 282.667	$ 11.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 88.000
LBERTO SANCHEZ ERRA	01	00	X																11	23	23	23	(021301) COLFONDOS	$ 843.867	$ 103.100	(EPS016) EPS SURA	$ 843.867	$ 25.600	0,522	$ 843.867	$ 44.867	(CCF04) COMFAMA	$ 843.867	$ 25.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 106.000
M DARIO AGUDELO ADO	01	00																	0	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 979.000	$ 160.200	(CCSC03) EPS-S COMFAMA	$ 979.000	$ 39.200	0,522	$ 979.000	$ 51.200	(CCF04) COMFAMA	$ 979.000	$ 39.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 272.100
ER MONTES OVIEDA	01	00		X															0	3	3	3	(021301) COLFONDOS	$ 97.800	$ 16.100	(EPS016) EPS SURA	$ 97.800	$ 3.900	0,522	$ 97.800	$ 5.200	(CCF04) COMFAMA	$ 97.800	$ 3.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 27.500

Los 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: 882 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 89 77, Línea Ética: 018000 517886.

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

EXPERTOS en PILA

2171

LES

...	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
[redacted]	$ 8.194.600	$ 8.194.600	$ 8.194.600	$ 1.311.600	$ 328.900	$ 571.200	$ 328.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.541.200	$ 0	$ 2.541.200

JHON DARIO AGUDELO

ARUS

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-12-16, 10:26:12 AM Tipo Planilla: E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS Número Planilla: 47113331

Periodo Cotización: noviembre de 2020 Periodo Servicio: diciembre de 2020

PAGADO 16/12/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CONTRATISTAS JDA SAS		
Documento	NI900700283	**Dirección**	CL 104 84 E 14
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	2069693
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	MEDELLIN	**Departamento**	ANTIOQUIA
Representante Legal	SALINAS SUAREZ SULEIDA	**Identificación**	CC 1039996910
Total Afiliados	16	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	Días IBC	Días AUS	Días INC	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 Mintransporte	Total
CC 1037740291	MANUEL ROMAN ELEJALDE MARTIN	01	00	X													30	0	0	(230301) PORVENIR	$ 592.800	$ 94.800	(EPS037) NUEVA EPS	$ 522.000	$ 83.100	0.522	$ 522.000	$ 10.779	(CCF24) COMFAMA	$ 522.000	$ 41.760	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.639
CC 1037740291	GUSTAVO ADOLFO VILLADIEGA TORRES	01	00	X													30	0	0	(230301) PORVENIR	$ 334.134	$ 53.400	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 334.134	$ 53.400	0.696	$ 334.134	$ 10.779	(CCF24) COMFAMA	$ 334.134	$ 26.730	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 73.609
CC 1037740291	JONATHAN DAVID GONZALEZ BERTEL	01	00	X													30	0	0	(230214) COLPENSIONES	$ 467.334	$ 74.700	(EPS010) SANITAS EPS	$ 467.334	$ 74.700	0.522	$ 467.334	$ 10.779	(CCF24) COMFAMA	$ 467.334	$ 37.350	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 104.400
CC 1037740291	MARCO PABLO GONZALEZ BERRIO	01	00														30	0	0	(230201) PORVENIR	$ 876.000	$ 140.000	(EPS037) NUEVA EPS	$ 876.000	$ 140.000	0.696	$ 876.000	$ 10.779	(CCF24) COMFAMA	$ 876.000	$ 70.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 273.000
CC 1040264473	ANDRES JULIAN CAVIEDES TEJEDOR	01	00														30	0	0	(230301) PORVENIR	$ 875.000	$ 140.000	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 875.000	$ 140.000	0.696	$ 875.000	$ 10.779	(CCF24) COMFAMA	$ 875.000	$ 70.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 273.000
CC 1104688980	JAIMER DAVID MUÑOZ CHAVARRIA	01	00	X													30	0	0	(230214) COLPENSIONES	$ 350.400	$ 56.064	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 350.400	$ 56.064	0.696	$ 350.400	$ 10.779	(CCF24) COMFAMA	$ 350.400	$ 28.032	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 84.096
CC 1152714434	JHONEL AUGUSTO MATTA LOPEZ	01	00	X													30	0	0	(230106) COLFONDOS	$ 350.400	$ 56.064	(EPS037) NUEVA EPS	$ 350.400	$ 56.064	0.348	$ 350.400	$ 10.779	(CCF24) COMFAMA	$ 350.400	$ 28.032	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 84.096
CC 1042284	HERNAN DE JESUS TORRES NUÑEZ	03	00	X													30	0	0	(230301) PORVENIR	$ 342.400	$ 65.200	(EPS037) NUEVA EPS	$ 342.400	$ 54.800	0.696	$ 342.400	$ 10.779	(CCF24) COMFAMA	$ 342.400	$ 27.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 82.200
CC 1017177	HECTOR FABIO GARCIA ECHEVERRI	01	00														30	0	0	(230214) COLPENSIONES	$ 876.000	$ 140.000	(EPS010) SANITAS EPS	$ 876.000	$ 140.000	0.696	$ 876.000	$ 10.779	(CCF24) COMFAMA	$ 876.000	$ 70.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 273.000
CC 1214142223	LUIS ALIRIO VELASQUEZ ARIAS	01	00	X	X												30	0	0	(230214) COLPENSIONES	$ 67.000	$ 10.800	(EPS010) SANITAS EPS	$ 67.000	$ 5.000	0.696	$ 67.000	$ 10.779	(CCF24) COMFAMA	$ 67.000	$ 5.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 21.000
CC 1036388878	ESTEBAN DE JESUS SALAZAR VALENCIA	01	00														30	0	0	(230214) COLPENSIONES	$ 876.000	$ 140.000	(EPS010) SANITAS EPS	$ 876.000	$ 140.000	0.696	$ 876.000	$ 10.779	(CCF24) COMFAMA	$ 876.000	$ 70.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 273.000
CC 1042284	HERNAN DE JESUS HERRERA QUINTERO	01	00	X													30	0	0	(230301) PROTECCION XXXX + PROTECCION	$ 843.467	$ 135.000	(EPS010) SANITAS EPS	$ 843.467	$ 135.000	0.696	$ 843.467	$ 10.779	(CCF24) COMFAMA	$ 843.467	$ 33.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 263.000
CC 1128396	PEDRO ANTONIO HURTADO LUCUMI	01	00	X	X												30	0	0	(230201) PROTECCION XXXX + PROTECCION	$ 350.400	$ 56.064	(EPS037) NUEVA EPS	$ 350.400	$ 56.064	0.522	$ 350.400	$ 10.779	(CCF24) COMFAMA	$ 350.400	$ 28.032	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 84.096
CC 1152698861	ADALBERTO CAMACHO REYES	01	00	X													30	0	0	(230106) COLFONDOS	$ 843.467	$ 135.000	(EPS040) SOS SURA	$ 843.467	$ 135.000	0.696	$ 843.467	$ 10.779	(CCF24) COMFAMA	$ 843.467	$ 33.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 263.000
CC 1044432	JOHN DAVID AGUDELO PALACIO	01	00														30	0	0	(230301) PORVENIR	$ 875.000	$ 140.000	(EPS018) EPS-S COMFAMILIA	$ 875.000	$ 140.000	0.696	$ 875.000	$ 10.779	(CCF24) COMFAMA	$ 875.000	$ 70.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 273.000
CC 98687764	HERNAN MORENO GUERRA	01	00	X													30	0	0	(230214) COLPENSIONES	$ 67.000	$ 14.700	(EPS012) AFS SURA	$ 67.000	$ 5.000	0.522	$ 67.000	$ 10.779	(CCF24) COMFAMA	$ 67.000	$ 5.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 19.700

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 97 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 37 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018033 517506.

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

Escaneado con CamScanner

TOTALES

: 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
$ 8.194.000	$ 8.194.000	$ 8.194.000	$ 8.194.000	$ 1.311.900	$ 328.900	$ 571.500	$ 328.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.541.200	$ 0	$ 2.541.200

Escaneado con CamScanner

JORGE OROZCO

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-12-14, 02:08:54 PM Tipo Planilla: E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS Número Planilla: 1034378905

Periodo Cotización: noviembre de 2020 Periodo Servicio: diciembre de 2020

PAGADO 14/12/2020

DEL APORTANTE

cial	RYO CONSTRUCCIONES SAS		
o	NI900450560	Dirección	CL 116A #67 B - 63
mpresa	EMPLEADOR	Teléfono	4626199
ona	JURÍDICA	Forma Presentación	ÚNICO
	MEDELLIN	Departamento	ANTIOQUIA
tante Legal	OROZCO ECHEVERRI JORGE ARMANDO	Identificación	CC 15343205
ados	6	ARP	ARL SURA

LE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado			Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IGE	IRL	Ing	Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Cor	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	Ige	Dias ART	Dias EPS	Dias AFP	Dias 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
[illegible]	01	00																			30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 877.803	$ 140.500	(EPS037) NUEVA EPS	$ 877.803	$ 35.200	6.960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF04) COMFAMA	$ 877.803	$ 35.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 271.1
[illegible]	01	00																			30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 877.803	$ 140.500	(EPS042) ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS	$ 877.803	$ 35.200	6.960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF04) COMFAMA	$ 877.803	$ 35.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 271.1
[illegible]	01	00																			30	30	30	30	(232301) PORVENIR	$ 877.803	$ 140.500	(EPS037) NUEVA EPS	$ 877.803	$ 35.200	6.960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF04) COMFAMA	$ 877.803	$ 35.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 271.1
[illegible]	01	00																			30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.605.000	$ 256.800	(EPS010) EPS SURA	$ 1.605.000	$ 64.200	6.960	$ 1.605.000	$ 111.400	(CCF04) COMFAMA	$ 1.605.000	$ 64.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 496.8
[illegible]	01	00	X																		13	13	13	13	(23-14) COLFONDOS	$ 380.363	$ 60.858	(EPS037) NUEVA EPS	$ 380.363	$ 15.300	6.960	$ 380.363	$ 26.500	(CCF04) COMFAMA	$ 380.363	$ 15.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 118.0
[illegible]	01	00																			30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 877.803	$ 140.500	(EPS037) NUEVA EPS	$ 877.803	$ 35.200	6.960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF04) COMFAMA	$ 877.803	$ 35.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 271.1

ALES

ión	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
91.594	$ 5.491.594	$ 5.491.594	$ 5.491.594	$ 878.000	$ 220.100	$ 382.300	$ 220.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.701.400	$ 0	$ 1.701.400

Escaneado con CamScanner

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-12-14, 02:08:54 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Número Planilla:** 1034378905

Periodo Cotización: noviembre de 2020 **Periodo Servicio:** diciembre de 2020

PAGADO 14/12/2020

EL APORTANTE

ial	RYO CONSTRUCCIONES SAS		
)	NI900450560	**Dirección**	CL 116A #67 B - 63
npresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	4626199
na	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
	MEDELLIN	**Departamento**	ANTIOQUIA
nte Legal	OROZCO ECHEVERRI JORGE ARMANDO	**Identificación**	CC 15343205
dos	6	**ARP**	ARL SURA

E DEL APORTANTE

atos del Afiliado			Novedades																					Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
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 APO	Días PEN	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
RIS ALEXANDER ADALET SOAREZ	01	00																	0	30	30	30	30	(25030) PORVENIR	$ 877.803	$ 140.500	(EPS037) MUSVA EPS	$ 877.803	$ 35.200	4.350	$ 877.803	$ 61.100	(CCF04) COMFAMA	$ 877.803	$ 35.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 372.300
IO ANTONIO ACEVEDO AREZ	01	00																	0	30	30	30	30	(25030) PORVENIR	$ 877.803	$ 140.500	(EPS040) ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS	$ 877.803	$ 35.200	4.350	$ 877.803	$ 61.100	(CCF04) COMFAMA	$ 877.803	$ 35.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 372.300
TOR ALFONSO APRILIA ÁREZ	01	00																	0	30	30	30	30	(25030) PORVENIR	$ 877.803	$ 140.500	(EPS037) MUSVA EPS	$ 877.803	$ 35.200	4.350	$ 877.803	$ 61.100	(CCF04) COMFAMA	$ 877.803	$ 35.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 372.300
GE ARMANDO OROZCO EVERRI	01	00																	0	30	30	30	30	(25030) PORVENIR	$ 1.600.000	$ 224.000	(EPS010) EPS SURA	$ 1.600.000	$ 61.000	4.350	$ 1.600.000	$ 111.400	(CCF04) COMFAMA	$ 1.600.000	$ 64.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 460.400
AMIN SERNA MACHADO	01	00	X																0	13	13	14	13	(25-14) COLPENSIONES	$ 380.282	$ 69.600	(EPS037) MUSVA EPS	$ 380.282	$ 15.300	4.350	$ 380.282	$ 26.600	(CCF04) COMFAMA	$ 380.282	$ 15.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 116.300
EL ALBERTO RIVERA ALDE	01	00																	0	30	30	30	30	(25030) PORVENIR	$ 877.803	$ 140.500	(EPS037) MUSVA EPS	$ 877.803	$ 35.200	4.350	$ 877.803	$ 61.100	(CCF04) COMFAMA	$ 877.803	$ 35.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 372.300

LES

	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
1.094	$ 5.491.594	$ 5.491.594	$ 5.491.594	$ 679.000	$ 228.100	$ 382.300	$ 220.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.701.400	$ 0	$ 1.701.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2948 - 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!

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

RUS

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-12-23, 09:09:14 AM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 46904543

Periodo Cotización: octubre de 2020 **Periodo Servicio:** noviembre de 2020

PAGADO 13/11/2020

EL APORTANTE

al	JEAG INGENIERIA SAS		
	NI900642828	**Dirección**	CR 43 B No 12-133
presa	EMPLEADOR	**Teléfono**	2666606
na	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
	MEDELLIN	**Departamento**	ANTIOQUIA
nte Legal	ARCILA GUERRERO JUAN ESTEBAN	**Identificación**	CC 98564460
dos	24	**ARP**	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.

E DEL APORTANTE

tos del Afiliado			Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IRP	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	CUE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Dias APE	Dias EPS	Dias ARP	Dias 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
EL STEVEN ROLDAN REZ	01	00										X							0	15	15	15	15	(25)0361) PORVENIR	$ 439.900	$ 70.300	(EPS010) COOMEVA EPS	$ 439.900	$ 0	0,000	$ 439.000	$ 0	(CCF04) COMFAMA	$ 439.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 70.300
EL STEVEN ROLDAN REZ	01	00	X																0	0	0	0	0	(25)0361) PORVENIR	$ 234.091	$ 37.500	(EPS010) COOMEVA EPS	$ 234.091	$ 0	1,044	$ 234.091	$ 2.700	(CCF04) COMFAMA	$ 234.091	$ 5.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 55.900
EL ESTIVEN HERNANDEZ A	01	00										X							0	0	0	0	0	(25)0361) PORVENIR	$ 234.091	$ 37.500	(EPS046) SANA SALUD	$ 234.091	$ 0	0,000	$ 234.091	$ 0	(CCF04) COMFAMA	$ 234.091	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 37.500
EL ESTIVEN HERNANDEZ A	01	00	X																0	15	15	15	15	(25)0361) PORVENIR	$ 439.900	$ 70.300	(EPS046) SANA SALUD	$ 439.900	$ 17.600	1,044	$ 439.900	$ 4.600	(CCF04) COMFAMA	$ 439.900	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 110.100
E ELEICER ALVAREZ TOYA	01	00										X							0	15	15	15	15	(23)1391) COLPENSIONES	$ 526.000	$ 84.200	(EPS037) NUEVA EPS	$ 526.000	$ 0	0,000	$ 526.000	$ 0	(CCF04) COMFAMA	$ 526.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 84.200
E ELEICER ALVAREZ TOYA	01	00	X																0	0	0	0	0	(23)1391) COLPENSIONES	$ 146.301	$ 23.400	(EPS037) NUEVA EPS	$ 146.301	$ 3.600	1,044	$ 146.301	$ 1.500	(CCF04) COMFAMA	$ 146.301	$ 3.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 36.900
STIAN MACHADO REZ	01	00										X							0	0	0	0	0	(25)0361) PORVENIR	$ 263.341	$ 42.200	(EPS016) EPS SURA	$ 263.341	$ 0	0,000	$ 263.341	$ 0	(CCF04) COMFAMA	$ 263.341	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 42.200
STIAN MACHADO REZ	01	00	X																0	15	15	15	15	(25)0361) PORVENIR	$ 439.900	$ 70.300	(EPS016) EPS SURA	$ 439.900	$ 17.600	1,044	$ 439.900	$ 4.600	(CCF04) COMFAMA	$ 439.900	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 110.100
R DE JESUS GARCIA LEZ	01	00										X							0	14	14	14	14	(23)1391) COLPENSIONES	$ 439.900	$ 70.300	(EPS016) EPS SURA	$ 439.900	$ 0	0,000	$ 439.900	$ 0	(CCF04) COMFAMA	$ 439.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 70.300
R DE JESUS GARCIA LEZ	01	00	X																0	15	15	15	15	(23)1391) COLPENSIONES	$ 282.601	$ 45.200	(EPS016) EPS SURA	$ 282.601	$ 11.800	1,044	$ 282.601	$ 3.100	(CCF04) COMFAMA	$ 282.601	$ 11.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 73.900
P ANTONIO VANEGAS TARTA	01	00	X	X															0	1	1	1	1	(25)0361) PORVENIR	$ 26.261	$ 4.700	(EPS068) SALUD TOTAL EPS	$ 26.261	$ 1.200	1,044	$ 26.261	$ 400	(CCF04) COMFAMA	$ 26.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7.900
TIAN DANILO GALEANO REZ	01	00										X							0	13	13	13	13	(25)0361) PORVENIR	$ 380.360	$ 60.900	(EPS046) SANA SALUD	$ 380.360	$ 0	0,000	$ 380.360	$ 0	(CCF04) COMFAMA	$ 380.360	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 60.900
TIAN DANILO GALEANO REZ	01	00	X																0	15	15	15	15	(25)0361) PORVENIR	$ 282.601	$ 45.200	(EPS046) SANA SALUD	$ 282.601	$ 11.800	1,044	$ 282.601	$ 3.100	(CCF04) COMFAMA	$ 282.601	$ 11.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 73.900
AN MARIO TABORDA EBLO	01	00										X							0	13	13	11	13	(25)0361) PORVENIR	$ 380.360	$ 60.900	(EPS037) NUEVA EPS	$ 380.360	$ 0	0,000	$ 380.360	$ 0	(CCF04) COMFAMA	$ 380.360	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 60.900
AN MARIO TABORDA EBLO	01	00	X																0	15	15	15	15	(25)0361) PORVENIR	$ 282.601	$ 45.200	(EPS037) NUEVA EPS	$ 282.601	$ 11.800	1,044	$ 282.601	$ 3.100	(CCF04) COMFAMA	$ 282.601	$ 11.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 73.900
TIAN ANDRES BALVO GARCIA	01	00	X	X															0	1	1	1	1	(25)0361) PORVENIR	$ 26.261	$ 4.700	(EPS068) SALUD TOTAL EPS	$ 26.261	$ 1.200	1,044	$ 26.261	$ 400	(CCF04) COMFAMA	$ 26.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7.900
K MITH ALVAREZ ACOSTA	01	00	X	X															0	1	1	1	1	(25)0361) PORVENIR	$ 26.261	$ 4.700	(EPS037) NUEVA EPS	$ 26.261	$ 1.200	1,044	$ 26.261	$ 400	(CCF04) COMFAMA	$ 26.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7.900
EL ANGEL LIS MARTINEZ	01	00	X	X															0	1	1	1	1	(25)0361) PROTECCION (AEC + PROTECCION)	$ 26.261	$ 4.700	(EPS016) EPS SURA	$ 26.261	$ 1.200	1,044	$ 26.261	$ 400	(CCF04) COMFAMA	$ 26.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7.900
W ALEJANDRO PARRA BAGA	01	00	X	X															0	1	1	1	1	(25)0361) PORVENIR	$ 26.261	$ 4.700	(EPS046) SANA SALUD	$ 26.261	$ 1.200	1,044	$ 26.261	$ 400	(CCF04) COMFAMA	$ 26.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7.900

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 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 89 77, Línea Ética: 018000 517896.

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

EXPERTOS en PILA

148

Pagado: 13/11/2020 Empresa NI900642828 JEAG INGENIERIA SAS Planilla Nro: 46904543 Periodo Cotización: [illegible]ubre de 2020 Periodo Servicio: noviembre de

E DEL APORTANTE

stos del Afiliado

Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	Novedades	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
				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
LUIS MACHADO ORALDO	01	00		(230301) PROTECCION (PC + PROTECCION)	$ 263.341	$ 40.200	(EPS016) EPS SURA	$ 263.341	$ 0	0,000	$ 263.341	$ 0	(CCF04) COMFAMA	$ 263.341	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 40.200
LUIS MACHADO ORALDO	01	00	X	(230301) PROTECCION (PC + PROTECCION)	$ 439.900	$ 73.300	(EPS016) EPS SURA	$ 439.900	$ 17.600	1,044	$ 439.900	$ 4.600	(CCF04) COMFAMA	$ 439.900	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 119.100
DAVID RAVENA PEREZ	01	00	X X	(231001) COLFONDOS	$ 29.261	$ 4.700	(ESSC24) EPS-S COOSALUD MOVILIDAD	$ 29.261	$ 1.200	1,044	$ 29.261	$ 400	(CCF04) COMFAMA	$ 29.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7.500
ELKESLENDO MAYA PEREZ	01	04	X X	(SMNAF) NOMISUMA NIT	$ 0	$ 0	(EPS037) NUEVA EPS	$ 29.261	$ 1.200	1,044	$ 29.261	$ 400	(CCF04) COMFAMA	$ 29.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.900
CARLOS ROLDAN RTA	01	00	X X	(230301) PORVENIR	$ 29.261	$ 4.700	(EPS046) SANA SALUD	$ 29.261	$ 1.200	1,044	$ 29.261	$ 400	(CCF04) COMFAMA	$ 29.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7.900
DE JESUS MANDEZ	01	00	X	(230301) PROTECCION (PC + PROTECCION)	$ 234.061	$ 37.500	(EPS046) SANA SALUD	$ 234.061	$ 0	0,000	$ 234.061	$ 0	(CCF04) COMFAMA	$ 234.061	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 37.500
DE JESUS RANDEZ	01	00	X	(230301) PROTECCION (PC + PROTECCION)	$ 439.900	$ 73.300	(EPS046) SANA SALUD	$ 439.900	$ 17.600	1,044	$ 439.900	$ 4.600	(CCF04) COMFAMA	$ 439.900	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 119.100
JAIME ALBERTO ORTEGA DON	01	00	X	(231001) COLFONDOS	$ 555.940	$ 89.000	(EPS037) NUEVA EPS	$ 555.940	$ 0	0,000	$ 555.940	$ 0	(CCF04) COMFAMA	$ 555.940	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 89.000
JAIME ALBERTO ORTEGA DON	01	00	X	(231001) COLFONDOS	$ 146.301	$ 23.500	(EPS037) NUEVA EPS	$ 146.301	$ 5.900	1,044	$ 146.301	$ 1.600	(CCF04) COMFAMA	$ 146.301	$ 5.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 36.900
ISBEL JOSE LOPEZ ALEXTE	01	00	X	(230301) PROTECCION (PC + PROTECCION)	$ 263.341	$ 40.200	(EPS060) SALUD TOTAL EPS	$ 263.341	$ 0	0,000	$ 263.341	$ 0	(CCF04) COMFAMA	$ 263.341	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 40.200
IRIS JOSE LOPEZ ALEXTE	01	00	X	(230301) PROTECCION (PC + PROTECCION)	$ 380.382	$ 60.800	(EPS060) SALUD TOTAL EPS	$ 380.382	$ 15.200	1,044	$ 380.382	$ 4.000	(CCF04) COMFAMA	$ 380.382	$ 15.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 80.000
EDIN ANTONIO ORTIZ DENAS	01	00	X	(230301) PROTECCION (PC + PROTECCION)	$ 614.463	$ 86.400	(EPS016) COOMEVA EPS	$ 614.463	$ 0	0,000	$ 614.463	$ 0	(CCF04) COMFAMA	$ 614.463	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 86.400
EDIN ANTONIO ORTIZ DENAS	01	00	X	(230301) PROTECCION (PC + PROTECCION)	$ 234.061	$ 37.500	(EPS016) COOMEVA EPS	$ 234.061	$ 9.400	0,000	$ 234.061	$ 19.200	(CCF04) COMFAMA	$ 234.061	$ 9.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 72.600
JAIR ALONSO FARRA EZ	01	00	X	(230301) PROTECCION (PC + PROTECCION)	$ 380.382	$ 60.800	(EPS046) SANA SALUD	$ 380.382	$ 0	0,000	$ 380.382	$ 0	(CCF04) COMFAMA	$ 380.382	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 60.800
JAIR ALONSO FARRA EZ	01	00	X	(28-34) COLPENSIONES	$ 263.341	$ 40.200	(EPS046) SANA SALUD	$ 263.341	$ 11.000	1,044	$ 263.341	$ 3.100	(CCF04) COMFAMA	$ 263.341	$ 11.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 73.600
JAIRO CUARTAS EGAS	01	00	X	(230301) PORVENIR	$ 614.463	$ 86.400	(EPS046) SANA SALUD	$ 614.463	$ 0	0,000	$ 614.463	$ 0	(CCF04) COMFAMA	$ 614.463	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 86.400
JAIRO CUARTAS EGAS	01	00	X	(230301) PORVENIR	$ 234.061	$ 37.500	(EPS060) SALUD TOTAL EPS	$ 234.061	$ 9.400	1,044	$ 234.061	$ 2.200	(CCF04) COMFAMA	$ 234.061	$ 9.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 58.900
LOS ENRIQUE ARBOLEDA RANDEZ	01	00	X	(230301) PORVENIR	$ 380.382	$ 60.800	(EPS046) SANA SALUD	$ 380.382	$ 0	0,000	$ 380.382	$ 0	(CCF04) COMFAMA	$ 380.382	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 60.800
LOS ENRIQUE ARBOLEDA RANDEZ	01	00	X	(230301) PORVENIR	$ 263.341	$ 40.200	(EPS046) SANA SALUD	$ 263.341	$ 11.000	1,044	$ 263.341	$ 3.100	(CCF04) COMFAMA	$ 263.341	$ 11.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 73.600
ALBERTO PUERTA LOPEZ	01	00	X	(28-34) COLPENSIONES	$ 439.900	$ 73.300	(ESSC24) EPS-S COOSALUD MOVILIDAD	$ 439.900	$ 0	0,000	$ 439.900	$ 0	(CCF04) COMFAMA	$ 439.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 73.300
ALBERTO PUERTA LOPEZ	01	00	X	(28-34) COLPENSIONES	$ 234.061	$ 37.500	(ESSC24) EPS-S COOSALUD MOVILIDAD	$ 234.061	$ 9.400	1,044	$ 234.061	$ 2.200	(CCF04) COMFAMA	$ 234.061	$ 9.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 58.900

LES

n	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
1.717	$ 11.469.979	$ 11.469.979	$ 11.469.979	$ 1.832.700	$ 293.700	$ 69.100	$ 293.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.309.200	$ 0	$ 2.309.200

ea 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 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77, Línea Ética: 018000 517806.

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

RUS

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-12-23, 09:11:52 AM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 46907128

Periodo Cotización: octubre de 2020 **Periodo Servicio:** noviembre de 2020

PAGADO 13/11/2020

EL APORTANTE

ial	JEAG INGENIERIA SAS		
	NI900642828	**Dirección**	CR 43 B No 12-133
presa	EMPLEADOR	**Teléfono**	2668608
na	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
	MEDELLIN	**Departamento**	ANTIOQUIA
nte Legal	ARCILA GUERRERO JUAN ESTEBAN	**Identificación**	CC 98564460
dos	27	**ARP**	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.

E DEL APORTANTE

tos del Afiliado			Novedades																					Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	Ing	Ret	Ret F	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Cole	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Dias AFP	Dias EPS	Dias ARP	Dias 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
...SON ALBERTO FRANCO ...TIZABAL	01	00	X	X															0	1	1	1	1	(230301) PORVENIR	$ 39.261	$ 4.700	(ESSC01) ECOOPSOS	$ 39.261	$ 1.200	1,044	$ 39.261	$ 409	(CCF04) COMFAMA	$ 39.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7.509
...GER ALBERTO CANO ...ALLOS	01	00												X					0	0	6	0	0	(230301) PORVENIR	$ 175.561	$ 20.100	(SUPS002) SANA SALUD	$ 175.561	$ 0	0,000	$ 175.561	$ 0	(CCF04) COMFAMA	$ 175.561	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 20.100
...CER ALBERTO CANO ...ALLOS	01	00	X																0	0	5	5	5	(230301) PORVENIR	$ 146.301	$ 23.000	(EPS046) SANA SALUD	$ 146.301	$ 5.800	4,360	$ 146.301	$ 16.000	(CCF04) COMFAMA	$ 146.301	$ 5.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 46.800
...EZ ALBERTO CABALLERO ...EZ	01	00												X					0	0	3	3	3	(230301) PORVENIR	$ 87.781	$ 14.100	(ESSC01) ECOOPSOS	$ 87.781	$ 0	0,000	$ 87.781	$ 0	(CCF04) COMFAMA	$ 87.781	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 14.100
...EZ ALBERTO CEBALLOS ...EZ	01	00	X																0	0	0	0	0	(230301) PORVENIR	$ 234.081	$ 37.600	(ESSC01) ECOOPSOS	$ 234.081	$ 9.400	6,360	$ 234.081	$ 15.000	(CCF04) COMFAMA	$ 234.081	$ 9.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 73.000
...ES ALEJANDRO UNIBE ...ARRA	01	00	X																0	0	0	0	0	(230301) PORVENIR	$ 234.081	$ 37.600	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 234.081	$ 9.400	6,360	$ 234.081	$ 16.000	(CCF04) COMFAMA	$ 234.081	$ 9.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 73.000
...O ENRIQUE RAMIREZ ...ABALLO	01	00	X	X															0	1	1	1	1	(230301) PORVENIR	$ 39.261	$ 4.700	(ESSC24) EPS-S COOSALUD MOVILIDAD	$ 65.261	$ 1.200	0,000	$ 39.261	$ 0	(CCF04) COMFAMA	$ 39.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 6.200
...ER ENRIQUE RAMIREZ ...ABALLO	01	00												X					0	0	3	3	3	(230301) PORVENIR	$ 87.781	$ 14.100	(ESSC24) EPS-S COOSALUD MOVILIDAD	$ 87.781	$ 0	0,000	$ 87.781	$ 0	(CCF04) COMFAMA	$ 87.781	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 14.100
...EN ENRIQUE RAMIREZ ...ABALLO	01	00	X																0	0	0	0	0	(230301) PORVENIR	$ 234.081	$ 37.600	(ESSC24) EPS-S COOSALUD MOVILIDAD	$ 234.081	$ 9.400	6,360	$ 234.081	$ 16.000	(CCF04) COMFAMA	$ 234.081	$ 9.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 73.000
...MER ANTONIO SALAZAR ...ZALEZ	01	00												X					0	0	6	0	0	(230301) PORVENIR	$ 263.341	$ 42.300	(ESSC01) ECOOPSOS	$ 263.341	$ 0	0,000	$ 263.341	$ 0	(CCF04) COMFAMA	$ 263.341	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 42.300
...MER ANTONIO SALAZAR ...ZALEZ	01	00	X																0	10	10	10	10	(230301) PORVENIR	$ 292.401	$ 46.900	(ESSC01) ECOOPSOS	$ 292.401	$ 11.600	1,044	$ 292.401	$ 0	(CCF04) COMFAMA	$ 292.401	$ 11.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 70.500
...AR ALEXIS ORALDO ...EZ	01	00	X	X															0	1	1	1	1	(230301) PORVENIR	$ 39.261	$ 4.700	(EPS010) SANA SALUD	$ 65.261	$ 1.200	0,000	$ 65.261	$ 0	(CCF04) COMFAMA	$ 65.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 6.200
...HONY LONDOÑO MURILLO	01	00												X					0	0	3	3	3	(230301) PORVENIR	$ 87.781	$ 14.100	(EPS010) EPS SURA	$ 87.781	$ 0	0,000	$ 87.781	$ 0	(CCF04) COMFAMA	$ 87.781	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 14.100
...HONY LONDOÑO MURILLO	01	00	X																0	0	0	0	0	(230301) PORVENIR	$ 234.081	$ 37.600	(EPS010) EPS SURA	$ 234.081	$ 9.400	6,360	$ 234.081	$ 16.000	(CCF04) COMFAMA	$ 234.081	$ 9.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 73.000
...N MANUEL MAYO RIOS	01	00	X	X															0	1	1	1	1	(230301) PROTECCION (IAHO + PROTECCION)	$ 39.261	$ 4.700	(EPS037) NUEVA EPS	$ 39.261	$ 1.200	1,044	$ 39.261	$ 409	(CCF04) COMFAMA	$ 39.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7.509
...ON ANDRES MEJIA VE ...RA	01	00												X					0	0	6	0	0	(23-14) COLPENSIONES	$ 263.341	$ 42.300	(EPS046) SANA SALUD	$ 263.341	$ 0	0,000	$ 263.341	$ 0	(CCF04) COMFAMA	$ 263.341	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 42.300
...ON ANDRES MOHMALVE ...RA	01	00	X																0	10	10	10	10	(23-14) COLPENSIONES	$ 292.601	$ 46.900	(EPS046) SANA SALUD	$ 292.601	$ 11.600	1,044	$ 292.601	$ 0	(CCF04) COMFAMA	$ 292.601	$ 11.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 73.600
...ON DE JESUS ARENAS ...ZO	01	00	X																0	11	11	11	11	(230301) PROTECCION (IAHO + PROTECCION)	$ 321.861	$ 51.500	(EPS037) NUEVA EPS	$ 321.861	$ 12.900	0,000	$ 321.861	$ 23.000	(CCF04) COMFAMA	$ 321.861	$ 12.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 99.900
...ON DE JESUS MACHADO ...ZO	01	00	X	X															0	1	1	1	1	(23-14) COLPENSIONES	$ 39.261	$ 4.700	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 65.261	$ 1.200	0,000	$ 65.261	$ 1.200	(CCF04) COMFAMA	$ 65.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 8.200

Línea 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 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77, Línea Ética: 018000 517896.

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

EXPERTOS en PILA

156

Pagado: 13/11/2020 Empresa Nº900642828 JEAG INGENIERIA SAS Planilla Nro: 46907128 Periodo Cotización: [redacted]ubre de 2020 Periodo Servicio: noviembre de

E DEL APORTANTE

atos del Afiliado | Novedades | Pensiones | Salud | Riesgos | Cajas | Parafiscales | Total

Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	Novedades	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
H JAIRO ELLAGA TIVOA	01	00		(25-14) COLPENSIONES	$ 29.261	$ 4.700	(EPS010) EPS SURA	$ 29.261	$ 1.200	6,960	$ 29.261	$ 3.190	(CCF34) COMFAMA	$ 29.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.290
[redacted] MONGALVO	01	00		(23)[redacted] PORVENIR	$ 29.261	$ 4.700	(EPS040) SANA SALUD	$ 29.261	$ 1.200	6,960	$ 29.261	$ 3.190	(CCF34) COMFAMA	$ 29.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.290
BERTO DE JESUS LDO LOPEZ	01	00		(23)[redacted] PORVENIR	$ 87.781	$ 14.100	(EPS040) SANA SALUD	$ 87.781	$ 0	0,000	$ 87.781	$ 0	(CCF34) COMFAMA	$ 87.781	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 14.100
BERTO DE JESUS LDO LOPEZ	01	00		(23)[redacted] PORVENIR	$ 234.081	$ 37.500	(EPS040) SANA SALUD	$ 234.081	$ 5.400	6,960	$ 234.081	$ 16.290	(CCF34) COMFAMA	$ 234.081	$ 5.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 72.600
N ALVEY LONDOÑO URIBE	01	00		(23)[redacted] PORVENIR	$ 263.341	$ 42.200	(EPS044) MEDIMAS EPS	$ 263.341	$ 0	0,000	$ 263.341	$ 0	(CCF34) COMFAMA	$ 263.341	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 42.200
N ALVEY LONDOÑO URIBE	01	00		(23)[redacted] PORVENIR	$ 263.341	$ 46.800	(EPS044) MEDIMAS EPS	$ 263.341	$ 11.400	1,044	$ 263.341	$ 3.190	(CCF34) COMFAMA	$ 263.341	$ 11.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 73.600
MEY AVENDAÑO GARCIA	01	00		(25-14) COLPENSIONES	$ 29.261	$ 4.700	(EPS037) NUEVA EPS	$ 29.261	$ 1.200	6,960	$ 29.261	$ 3.190	(CCF34) COMFAMA	$ 29.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.290
IDO ALIRIO ESPINOSA DON	01	00		(23)[redacted] PORVENIR	$ 29.261	$ 4.700	(EPS037) NUEVA EPS	$ 29.261	$ 1.200	6,960	$ 29.261	$ 3.190	(CCF34) COMFAMA	$ 29.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.290
RIEL ARCANGEL PUERTA AREZ	01	00		(23)[redacted] PORVENIR	$ 87.781	$ 14.100	(EPS040) SANA SALUD	$ 87.781	$ 0	0,000	$ 87.781	$ 0	(CCF34) COMFAMA	$ 87.781	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 14.100
RIEL ARCANGEL PUERTA AREZ	01	00		(23)[redacted] PORVENIR	$ 234.081	$ 37.500	(EPS040) SANA SALUD	$ 234.081	$ 5.400	6,960	$ 234.081	$ 16.290	(CCF34) COMFAMA	$ 234.081	$ 5.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 72.600
RICIO GRACIO BLANDON	01	00		(23)[redacted] PORVENIR	$ 29.261	$ 4.700	(EPS040) SANA SALUD	$ 29.261	$ 1.200	1,044	$ 29.261	$ 490	(CCF34) COMFAMA	$ 29.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7.590
D ALBERTO RAMIREZ BANEZ	01	00		(23)[redacted] PORVENIR	$ 234.821	$ 33.800	(EPS040) SANA SALUD	$ 234.821	$ 0	0,000	$ 234.821	$ 0	(CCF34) COMFAMA	$ 234.821	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 33.800
D ALBERTO RAMIREZ BANEZ	01	00		(23)[redacted] PORVENIR	$ 351.122	$ 56.300	(EPS040) SANA SALUD	$ 351.122	$ 14.100	1,044	$ 351.122	$ 3.190	(CCF34) COMFAMA	$ 351.122	$ 14.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 88.190
ON ANTONIO ALVAREZ TORIA	01	00		(25-14) COLPENSIONES	$ 351.122	$ 56.300	(EPS040) SANA SALUD	$ 351.122	$ 0	0,000	$ 351.122	$ 0	(CCF34) COMFAMA	$ 351.122	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 56.300
ON ANTONIO ALVAREZ TORIA	01	00		(25-14) COLPENSIONES	$ 146.301	$ 23.500	(EPS040) SANA SALUD	$ 146.301	$ 5.400	1,044	$ 146.301	$ 1.690	(CCF34) COMFAMA	$ 146.301	$ 5.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 36.900
F DAVID MONTOYA ALDO	01	00		(25-14) COLPENSIONES	$ 29.261	$ 4.700	(EPS010) EPS SURA	$ 29.261	$ 1.200	6,960	$ 29.261	$ 3.190	(CCF34) COMFAMA	$ 29.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.290
N FRANCISCO ROJAS EZ	01	00		(23)[redacted] PORVENIR	$ 29.261	$ 4.700	(EPS040) SANA SALUD	$ 29.261	$ 1.200	6,960	$ 29.261	$ 3.190	(CCF34) COMFAMA	$ 29.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.290
AR JAI RAMON GONZALEZ NCO	01	00		(23)[redacted] PORVENIR	$ 324.821	$ 33.800	(EPS037) NUEVA EPS	$ 234.821	$ 0	0,000	$ 234.821	$ 0	(CCF34) COMFAMA	$ 324.821	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 33.800
AR JAI RAMON GONZALEZ NCO	01	00		(23)[redacted] PORVENIR	$ 87.781	$ 14.100	(EPS037) NUEVA EPS	$ 87.781	$ 3.600	6,960	$ 87.781	$ 6.200	(CCF34) COMFAMA	$ 87.781	$ 3.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 27.500
DER ISMAEL MARULANDA ZALEZ	01	00		(23)[redacted] PORVENIR	$ 29.261	$ 4.700	(EPS037) NUEVA EPS	$ 29.261	$ 1.200	0,960	$ 29.261	$ 2.190	(CCF34) COMFAMA	$ 29.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.300

.LES

ín	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, Salidas a Pavar) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
,300	$ 5.861.300	$ 5.861.300	$ 5.861.300	$ 942.500	$ 146.800	$ 173.500	$ 140.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.415.700	$ 0	$ 1.415.700

nes 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: 882 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77, Línea Ética: 018000 517808.

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

RUS

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-12-23, 09:08:19 AM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Número Planilla:** 46913455

Periodo Cotización: octubre de 2020 **Periodo Servicio:** noviembre de 2020

PAGADO 09/12/2020

EL APORTANTE

al	JEAG INGENIERIA SAS		
	NI900642828	**Dirección**	CR 43 B No 12-133
presa	EMPLEADOR	**Teléfono**	2668608
na	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
	MEDELLIN	**Departamento**	ANTIOQUIA
nte Legal	ARCILA GUERRERO JUAN ESTEBAN	**Identificación**	CC 98564460
dos	17	**ARP**	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.

E DEL APORTANTE

tos del Afiliado			Novedades																						Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	SubTipo Cotizante	Ing	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VTE	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Dias IRP	Dias EPS	Dias ARP	Dias CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducación	Total
ON STIVEN RAMIREZ LVEDA	01	00	X																0	1	1	1	1	(230301) PROTECCION SMLV + PROTECCION	$ 20.261	$ 4.730	(ESSC91) ECOOPSOS	$ 20.261	$ 1.200	0,960	$ 20.261	$ 2.100	(CCF04) COMFAMA	$ 20.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 29.300
RED FELIPE SOTERO EZ	01	00	X																0	4	4	4	4	(230301) PORVENIR	$ 117.041	$ 19.600	(EPS037) NUEVA EPS	$ 117.041	$ 4.700	0,960	$ 117.041	$ 5.200	(CCF04) COMFAMA	$ 117.041	$ 4.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 36.400
SON HERNANDO ROLDAN DAM	01	00	X	X															0	4	4	4	4	(28-14) COLPENSIONES	$ 111.041	$ 19.500	(EPS044) MEDIMAS EPS	$ 111.041	$ 4.700	0,960	$ 117.041	$ 5.200	(CCF04) COMFAMA	$ 117.041	$ 4.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 36.400
TAN ALEXIS OSORIO A	01	00	X																0	4	4	4	4	(230301) PORVENIR	$ 117.041	$ 19.600	(EPS037) NUEVA EPS	$ 117.041	$ 4.700	0,960	$ 117.041	$ 5.200	(CCF04) COMFAMA	$ 117.041	$ 4.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 36.400
ON RICARDO ARENAS REZ	01	00	X																0	4	4	4	4	(230301) PORVENIR	$ 117.041	$ 19.600	(EPS046) SANITAS EPS	$ 117.041	$ 4.700	0,960	$ 117.041	$ 5.200	(CCF04) COMFAMA	$ 117.041	$ 4.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 36.400
BEL CASTAÑEDA ALES	01	00	X	X															0	4	4	4	4	(230301) PORVENIR	$ 117.041	$ 19.600	(EPS044) MEDIMAS EPS	$ 111.041	$ 4.700	0,960	$ 117.041	$ 5.200	(CCF04) COMFAMA	$ 117.041	$ 4.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 36.400
ON ALDEMAR GIRALDO UE	01	00	X	X															0	1	1	1	1	(28-14) COLPENSIONES	$ 20.261	$ 4.730	(EPS046) SANITAS EPS	$ 20.261	$ 1.200	0,960	$ 20.261	$ 2.100	(CCF04) COMFAMA	$ 20.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.200
OS ALBERTO CANO RA	01	00	X																0	1	1	1	1	(230301) PROTECCION SMLV + PROTECCION	$ 20.261	$ 4.730	(ESSC91) ECOOPSOS	$ 20.261	$ 1.200	0,960	$ 20.261	$ 2.100	(CCF04) COMFAMA	$ 20.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.200
O HERNAN PARRA STAÑO	01	00	X	X															0	1	1	1	1	(28-14) COLPENSIONES	$ 20.261	$ 4.730	(ESSC91) ECOOPSOS	$ 20.261	$ 1.200	0,960	$ 20.261	$ 2.100	(CCF04) COMFAMA	$ 20.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.200
SCO ENRIQUE ALVAREZ DAS	01	00	X																0	4	4	4	4	(28-14) COLPENSIONES	$ 117.041	$ 19.600	(EPS050) SALUD TOTAL EPS	$ 117.041	$ 4.700	0,960	$ 117.041	$ 5.200	(CCF04) COMFAMA	$ 117.041	$ 4.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 36.400
DO DE JESUS HINCAPIE AULT	01	00	X	X															0	1	1	1	1	(28-14) COLPENSIONES	$ 20.261	$ 4.730	(ESSC91) ECOOPSOS	$ 20.261	$ 1.200	0,960	$ 20.261	$ 2.100	(CCF04) COMFAMA	$ 20.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.200
ALFONSO SOTERO SPA	01	00	X	X															0	1	1	1	1	(28-14) COLPENSIONES	$ 20.261	$ 4.730	(EPS037) NUEVA EPS	$ 20.261	$ 1.200	0,960	$ 20.261	$ 2.100	(CCF04) COMFAMA	$ 20.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.200
OLDO HUARO BAENO	01	00	X																0	4	4	4	4	(230301) PORVENIR	$ 117.041	$ 19.600	(EPS046) SANITAS EPS	$ 117.041	$ 4.700	0,960	$ 117.041	$ 5.200	(CCF04) COMFAMA	$ 117.041	$ 4.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 36.400
1026 DE JESUS GIRALDO DONA	01	00	X																0	4	4	4	4	(230301) PORVENIR	$ 117.041	$ 19.600	(EPS046) SANITAS EPS	$ 117.041	$ 4.700	0,960	$ 117.041	$ 5.200	(CCF04) COMFAMA	$ 117.041	$ 4.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 36.400
SEFA MARIA LONDOÑO	01	00	X	X															0	1	1	1	1	(230301) PORVENIR	$ 20.261	$ 4.730	(ESSC24) EPS-S COOSALUD MUVICOAO	$ 20.261	$ 1.200	0,960	$ 20.261	$ 2.100	(CCF04) COMFAMA	$ 20.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.200
E ALEJANDRO OSORIO NA	01	00	X																0	4	4	4	4	(230301) PORVENIR	$ 117.041	$ 19.600	(EPS046) SANITAS EPS	$ 117.041	$ 4.700	0,960	$ 117.041	$ 5.200	(CCF04) COMFAMA	$ 117.041	$ 4.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 36.400
VELASCO JAVIER TREFO CALLE	01	00	X																0	4	4	4	4	(28-14) COLPENSIONES	$ 117.041	$ 19.600	(EPS037) NUEVA EPS	$ 117.041	$ 4.700	0,960	$ 117.041	$ 5.200	(CCF04) COMFAMA	$ 117.041	$ 4.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 36.400

ea 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 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77, Línea Ética: 018000 517805.

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

152

LES

n	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
1.237	$ 1.375.237	$ 1.375.237	$ 1.375.237	$ 220.900	$ 55.400	$ 96.700	$ 55.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 428.400	$ 0	$ 428.400

RUS

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-12-23, 09:22:15 AM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Número Planilla:** 47251790

Periodo Cotización: noviembre de 2020 **Periodo Servicio:** diciembre de 2020

PAGADO 10/12/2020

EL APORTANTE

ial	JEAG INGENIERIA SAS		
	NI900642828	**Dirección**	CR 43 B No 12-133
presa	EMPLEADOR	**Teléfono**	2668608
na	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
	MEDELLIN	**Departamento**	ANTIOQUIA
nte Legal	ARCILA GUERRERO JUAN ESTEBAN	**Identificación**	CC 98564460
dos	14	**ARP**	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.

E DEL APORTANTE

atos del Afiliado			Novedades																						Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IRG	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VST	SUS	INC	ING	Días APO	Días ERP	Días ERT	Días CDT	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
JULIO ALBERTO CIRO ARCILLO	01	00	X										0	1	1	1	(230301) PORVENIR	$ 23.261	$ 4.700	(EPS040) SANITAS (SALUD	$ 28.261	$ 1.200	0,960	$ 28.261	$ 0.100	(CCF04) COMFAMA	$ 28.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.200
EDIO ALBERTO CABALLERO JIMENEZ	01	00									X		0	15	15	15	(230301) PORVENIR	$ 350.001	$ 66.500	(ESS024) ECOOPSOS	$ 350.001	$ 0	0,000	$ 350.001	$ 0	(CCF04) COMFAMA	$ 350.001	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 66.500
NO ALBERTO CABALLERO JIMENEZ	01	00											0	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 595.000	$ 85.750	(ESS024) ECOOPSOS	$ 595.000	$ 23.500	0,000	$ 595.000	$ 49.000	(CCF04) COMFAMA	$ 595.000	$ 23.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 181.500
NEL ALEJANDRO URIBE SIERRA	01	00	X										0	1	1	1	(230301) PORVENIR	$ 23.261	$ 4.700	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 23.261	$ 1.200	0,960	$ 23.261	$ 0.100	(CCF04) COMFAMA	$ 23.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.200
ER ENRIQUE RAMIREZ ARBALLO	01	00									X		0	15	15	15	(230301) PORVENIR	$ 350.001	$ 66.500	(ESS224) EPS-S COOSALUD MOVIL (CAJ	$ 350.001	$ 0	0,000	$ 350.001	$ 0	(CCF04) COMFAMA	$ 350.001	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 66.500
ER ENRIQUE RAMIREZ ARBALLO	01	00											0	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 595.000	$ 85.750	(ESS224) EPS-S COOSALUD MOVIL (CAJ	$ 595.000	$ 23.500	0,000	$ 595.000	$ 49.000	(CCF04) COMFAMA	$ 595.000	$ 23.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 181.500
EY ANTONIO SALAZAR VELEZ	01	00	X										0	1	1	1	(230301) PORVENIR	$ 23.261	$ 4.700	(ESS024) ECOOPSOS	$ 23.261	$ 1.200	1,044	$ 23.261	$ 0.100	(CCF04) COMFAMA	$ 23.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7.500
HONY LONDOÑO MURILLO	01	00									X		0	15	15	15	(230301) PORVENIR	$ 438.002	$ 73.500	(EPS016) EPS SURA	$ 438.002	$ 0	0,000	$ 438.002	$ 0	(CCF04) COMFAMA	$ 438.002	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 73.500
HONY LONDOÑO MURILLO	01	00											0	15	15	15	(230301) PORVENIR	$ 438.002	$ 73.500	(EPS016) EPS SURA	$ 438.002	$ 17.600	0,960	$ 438.002	$ 20.600	(CCF04) COMFAMA	$ 438.002	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 129.100
ON AMORES MONSALVE RTA	01	00									X		0	15	15	15	(28-14) COLPENSIONES	$ 438.002	$ 73.500	(EPS040) SANITAS (SALUD	$ 438.002	$ 0	0,000	$ 438.002	$ 0	(CCF04) COMFAMA	$ 438.002	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 73.500
ON AMORES MONSALVE RTA	01	00											0	15	15	15	(28-14) COLPENSIONES	$ 438.002	$ 73.500	(EPS040) SANITAS (SALUD	$ 438.002	$ 17.600	1,044	$ 438.002	$ 0.000	(CCF04) COMFAMA	$ 438.002	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 110.100
ON DE JESUS ARENAS ALZATE	01	00									X		0	15	15	15	(230301) PROTECCION (AFO + PROTECCION	$ 350.001	$ 66.500	(EPS037) NUEVA EPS	$ 350.001	$ 0	0,000	$ 350.001	$ 0	(CCF04) COMFAMA	$ 350.001	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 66.500
ON DE JESUS ARENAS ALZATE	01	00											0	30	30	30	(230301) PROTECCION (AFO + PROTECCION	$ 595.000	$ 85.750	(EPS037) NUEVA EPS	$ 595.000	$ 23.500	0,000	$ 595.000	$ 49.000	(CCF04) COMFAMA	$ 595.000	$ 23.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 181.500
BERTO DE JESUS ALZATE LOPEZ	01	00									X		0	15	15	15	(230301) PORVENIR	$ 350.001	$ 66.500	(EPS040) SANITAS (SALUD	$ 350.001	$ 0	0,000	$ 350.001	$ 0	(CCF04) COMFAMA	$ 350.001	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 66.500
BERTO DE JESUS ALZATE LOPEZ	01	00											0	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 595.000	$ 85.750	(EPS040) SANITAS (SALUD	$ 595.000	$ 23.500	0,000	$ 595.000	$ 49.000	(CCF04) COMFAMA	$ 595.000	$ 23.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 181.500
N ALVEY LONDOÑO URIBE	01	00									X		0	15	15	15	(230301) PORVENIR	$ 350.001	$ 66.500	(EPS037) NUEVA EPS	$ 350.001	$ 0	0,000	$ 350.001	$ 0	(CCF04) COMFAMA	$ 350.001	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 66.500
N ALVEY LONDOÑO URIBE	01	00											0	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 595.000	$ 85.750	(EPS037) NUEVA EPS	$ 595.000	$ 23.500	1,044	$ 595.000	$ 0.000	(CCF04) COMFAMA	$ 595.000	$ 23.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 146.500
BIEL ARCANGEL PUERTA RUIZ	01	00	X										0	1	1	1	(230301) PORVENIR	$ 23.261	$ 4.700	(EPS040) SANITAS (SALUD	$ 28.261	$ 1.200	0,960	$ 28.261	$ 0.100	(CCF04) COMFAMA	$ 28.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.200
O ALBERTO RAMIREZ SUAREZ	01	00									X		0	15	15	15	(230301) PORVENIR	$ 438.002	$ 73.500	(EPS040) SANITAS (SALUD	$ 438.002	$ 0	0,000	$ 438.002	$ 0	(CCF04) COMFAMA	$ 438.002	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 73.500

Línea 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 90 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517886.

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

154

Pagado: 10/12/2020 Empresa Nl900642828 JEAG INGENIERIA SAS [redacted] Planilla Nro: 47251790 Periodo Cotización: [redacted]embre de 2020 Periodo Servicio: diciembre de 2020

E DEL APORTANTE

atos del Afiliado			Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IRL	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VST	VSP	COR	VTE	Días ARP	Días ERL	Días AFP	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
[redacted]	01	00																	0	15	15	[redacted]	$ 439,900	$ 70,300	[redacted]	$ 439,900	$ 17,600	1,044	$ 439,900	$ 4,600	[redacted]	$ 439,900	$ 17,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 170,100
[redacted]	01	00	X																0	1	1	[redacted]	$ 39,261	$ 4,700	[redacted]	$ 39,261	$ 1,200	1,044	$ 39,261	$ 400	[redacted]	$ 39,261	$ 1,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7,900
[redacted]	01	00												X					0	10	10	[redacted]	$ 252,631	$ 40,500	[redacted]	$ 252,631	$ 0	5,000	$ 252,631	$ 0	[redacted]	$ 252,631	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 96,000
[redacted]	01	00																	0	20	20	[redacted]	$ 895,000	$ 83,700	[redacted]	$ 895,200	$ 23,500	0,963	$ 895,200	$ 48,600	[redacted]	$ 895,200	$ 23,500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 181,900

ALES

ón	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, Salidas a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
1,535	$ 8,046,535	$ 8,046,535	$ 8,046,535	$ 1,268,000	$ 199,800	$ 257,500	$ 199,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1,945,836	$ 0	$ 1,945,800

nea 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 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77, Línea Ética: 018000 517806.

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

RUS

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-12-23, 09:19:06 AM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 47251798

Periodo Cotización: noviembre de 2020 **Periodo Servicio:** diciembre de 2020

PAGADO 16/12/2020

EL APORTANTE

ial	JEAG INGENIERIA SAS		
	NI900642828	**Dirección**	CR 43 B No 12-133
presa	EMPLEADOR	**Teléfono**	2668608
na	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
	MEDELLIN	**Departamento**	ANTIOQUIA
nte Legal	ARCILA GUERRERO JUAN ESTEBAN	**Identificación**	CC 98564460
dos	14	**ARP**	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.

E DEL APORTANTE

tos del Afiliado			Novedades																													Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDP	TAE	VSP	VAP	VTE	VTI	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días ERE	Días AGP	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
EL STIVEN PELEZ RES	01	00	X															0	1	1	1	1	(230301) PORVENIR	$ 20.261	$ 4.700	(EPS016) COOMEVA EPS	$ 20.261	$ 1.200	1,044	$ 20.261	$ 400	CCF104) COMFAMA	$ 20.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7.500
EL ESTEVEN HERNANDEZ OR	01	00																0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 877.803	$ 140.600	(EPS040) SANITAS	$ 877.803	$ 35.200	1,044	$ 877.803	$ 9.200	CCF104) COMFAMA	$ 877.803	$ 35.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 220.100
ASTIAN RINCHACO REZ	01	00																0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 877.803	$ 140.600	(EPS016) EPS SURA	$ 877.803	$ 35.200	1,044	$ 877.803	$ 9.200	CCF104) COMFAMA	$ 877.803	$ 35.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 220.100
ER DE JESUS GARCIA LES	01	00									X							0	15	15	15	15	(231301) COLFONDOS	$ 438.902	$ 70.300	(EPS016) EPS SURA	$ 438.902	$ 0	0,000	$ 438.902	$ 0	CCF104) COMFAMA	$ 438.902	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 70.300
ER DE JESUS GARCIA LES	01	00																0	15	15	15	15	(231301) COLFONDOS	$ 438.902	$ 70.300	(EPS016) EPS SURA	$ 438.902	$ 17.600	1,044	$ 438.902	$ 4.600	CCF104) COMFAMA	$ 438.902	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 110.100
TIAN CAMILO GALEANO REZ	01	00									X							0	15	15	15	15	(230301) PORVENIR	$ 438.902	$ 70.300	(EPS040) SANITAS	$ 438.902	$ 0	0,000	$ 438.902	$ 0	CCF104) COMFAMA	$ 438.902	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 70.300
TIAN CAMILO GALEANO REZ	01	00																0	15	15	15	15	(230301) PORVENIR	$ 438.902	$ 70.300	(EPS040) SANITAS	$ 438.902	$ 17.600	1,044	$ 438.902	$ 4.600	CCF104) COMFAMA	$ 438.902	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 110.100
AN MARIO TABOADA BELLO	01	00									X							0	15	15	15	15	(230301) PORVENIR	$ 438.902	$ 70.300	(EPS037) MUTUAL EPS	$ 438.902	$ 0	0,000	$ 438.902	$ 0	CCF104) COMFAMA	$ 438.902	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 70.300
AN MARIO TABOADA BELLO	01	00																0	15	15	15	15	(230301) PORVENIR	$ 438.902	$ 70.300	(EPS037) MUTUAL EPS	$ 438.902	$ 17.600	1,044	$ 438.902	$ 4.600	CCF104) COMFAMA	$ 438.902	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 110.100
LOS MACHADO GIRALDO	01	00	X															0	1	1	1	1	(230301) PROTECCION (AM) + PROTECCION	$ 20.261	$ 4.700	(EPS016) EPS SURA	$ 20.261	$ 1.200	1,044	$ 20.261	$ 400	CCF104) COMFAMA	$ 20.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7.500
OS DE JESUS NANDEZ	01	00																0	30	30	30	30	(230301) PROTECCION (AM) + PROTECCION	$ 877.803	$ 140.600	(EPS040) SANITAS	$ 877.803	$ 35.200	1,044	$ 877.803	$ 9.200	CCF104) COMFAMA	$ 877.803	$ 35.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 220.100
URA JOSE LOPEZ ALZATE	01	00																0	30	30	30	30	(230301) PROTECCION (AM) + PROTECCION	$ 877.803	$ 140.600	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 877.803	$ 35.200	1,044	$ 877.803	$ 9.200	CCF104) COMFAMA	$ 877.803	$ 35.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 220.100
ON ANTONIO ORTIZ SENAS	01	00									X							0	10	10	10	10	(230301) PROTECCION (AM) + PROTECCION	$ 292.601	$ 46.800	(EPS016) COOMEVA EPS	$ 292.601	$ 0	0,000	$ 292.601	$ 0	CCF104) COMFAMA	$ 292.601	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 46.800
ON ANTONIO ORTIZ SENAS	01	00																0	20	20	20	20	(230301) PROTECCION (AM) + PROTECCION	$ 585.202	$ 93.700	(EPS016) COOMEVA EPS	$ 585.202	$ 23.000	0,394	$ 585.202	$ 60.800	CCF104) COMFAMA	$ 585.202	$ 23.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 183.500
ES ALONSO PARRA EZ	01	00	X															0	1	1	1	1	(25-14) COLPENSIONES	$ 20.261	$ 4.700	(EPS040) SANITAS	$ 20.261	$ 1.200	1,044	$ 20.261	$ 400	CCF104) COMFAMA	$ 20.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7.500
N JAIRO CUARTAS GGAS	01	00									X							0	10	10	10	10	(230301) PORVENIR	$ 292.601	$ 46.800	(EPS040) SANITAS	$ 292.601	$ 0	0,000	$ 292.601	$ 0	CCF104) COMFAMA	$ 292.601	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 46.800
N JAIRO CUARTAS GGAS	01	00																0	20	20	20	20	(230301) PORVENIR	$ 585.202	$ 93.700	(EPS040) SANITAS	$ 585.202	$ 23.000	1,044	$ 585.202	$ 60.800	CCF104) COMFAMA	$ 585.202	$ 23.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 183.500
OS BARQUERO ARBOLEDA NANDEZ	01	00									X							0	15	15	15	15	(230301) PORVENIR	$ 438.902	$ 70.300	(EPS040) SANITAS	$ 438.902	$ 0	0,000	$ 438.902	$ 0	CCF104) COMFAMA	$ 438.902	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 70.300
OS PARQUER ARBOLEDA NANDEZ	01	00																0	15	15	15	15	(230301) PORVENIR	$ 438.902	$ 70.300	(EPS040) SANITAS	$ 438.902	$ 17.600	1,044	$ 438.902	$ 4.600	CCF104) COMFAMA	$ 438.902	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 110.100

ree Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 587 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 882 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77, Línea Ética: 018000 517806.

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

EXPERTOS en PILA

156

Pagado: 16/12/2020 | Empresa NI900642828 JEAG INGENIERIA SAS [redacted] | Planilla Nro: 47251798 | Periodo Cotización: [redacted]embre de 2020 | Periodo Servicio: diciembre de 2020

E DEL APORTANTE

tos del Afiliado			Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IBC	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días IRP	Días PEN	Días ADP	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 Min Educación	Total
ALBERTO FUENTES LOPEZ	01	00		X																0	1	1	1	(25-14) COLPENSIONES	$ 29.261	$ 4.700	(EB62CH) EPS-S COOSALUD MONTELIBANO	$ 29.261	$ 1.200	1.044	$ 29.261	$ 480	(CCF04) COMFAMA	$ 29.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7.580

LES

or	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
1.070	$ 5.895.070	$ 5.895.070	$ 5.895.070	$ 1.424.400	$ 263.000	$ 103.800	$ 263.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.054.200	$ 0	$ 2.054.200

ee 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: 882 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77, Línea Ética: 018000 517886.

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

EXPERTOS en PILA

RUS

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-12-23, 09:15:32 AM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 47252501

Periodo Cotización: noviembre de 2020 **Periodo Servicio:** diciembre de 2020

PAGADO 16/12/2020

EL APORTANTE

ial	JEAG INGENIERIA SAS		
	NI900642828	**Dirección**	CR 43 B No 12-133
presa	EMPLEADOR	**Teléfono**	2668608
na	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
	MEDELLIN	**Departamento**	ANTIOQUIA
nte Legal	ARCILA GUERRERO JUAN ESTEBAN	**Identificación**	CC 98564460
dos	10	**ARP**	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.

E DEL APORTANTE

atos del Afiliado			Novedades																								Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante																									Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
ON STIVEN RAMIREZ ULVEDA	01	00																																							
ON STIVEN RAMIREZ ULVEDA	01	00																																							
ES FELIPE SOTERO EZ	01	00																																							
ES FELIPE SOTERO EZ	01	00																																							
ATAN ALEXIS OSORIO A	01	00	X																																						
ION RICARDO ARENAS EZ	01	00	X																																						
OS ALBERTO CANO A	01	00	X																																						
EXIS ENRIQUE ALVAREZ AS	01	00																																							
EXIS ENRIQUE ALVAREZ AS	01	00																																							
OLDO HERNAN BUBANO	01	00																																							
OLDO HERNAN BUBANO	01	00																																							
ESON DE JESUS GIRALDO OSORIA	01	00																																							
ON DE JESUS GIRALDO OSORIA	01	00																																							
AR ALEJANDRO OSORIO TEGA	01	00	X																																						
NESCO JAVIER TEMPO CALLE	01	00	X																																						

nea 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 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 89 77, Línea Ética: 018003 517896.

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

LES

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
$ 4.535.321	$ 4.535.321	$ 4.535.321	$ 726.300	$ 70.800	$ 122.700	$ 70.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 950.800	$ 0	$ 950.800

RUS

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-12-23, 09:17:58 AM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 47253626

Periodo Cotización: noviembre de 2020 **Periodo Servicio:** diciembre de 2020

PAGADO 16/12/2020

EL APORTANTE

al	JEAG INGENIERIA SAS		
	NI900642828	**Dirección**	CR 43 B No 12-133
presa	EMPLEADOR	**Teléfono**	2668608
na	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
	MEDELLIN	**Departamento**	ANTIOQUIA
nte Legal	ARCILA GUERRERO JUAN ESTEBAN	**Identificación**	CC 98564460
dos	16	**ARP**	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.

E DEL APORTANTE

tos del Afiliado			Novedades																								Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante																									Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
LUIS ARTURO VASQUEZ LAMEDA	01	00	X	X																							(250301) PORVENIR	$ 20.261	$ 4.700	(EPS040) SAVIA SALUD	$ 20.261	$ 1.200	0,522	$ 20.261	$ 2.159	(CCF04) COMFAMA	$ 20.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.200
SION ERNESER ARRIAGA ARISTIZABAL	01	00																							X		(250301) PORVENIR	$ 536.682	$ 84.300	(EPS010) ECOOPSOS	$ 536.682	$ 0	3,000	$ 536.682	$ 0	(CCF04) COMFAMA	$ 536.682	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 84.300
SION ERNESER ARRIAGA ARISTIZABAL	01	00	X																								(250301) PORVENIR	$ 363.341	$ 42.200	(EPS010) ECOOPSOS	$ 363.341	$ 19.600	0,000	$ 363.341	$ 19.400	(CCF04) COMFAMA	$ 363.341	$ 19.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 61.800
O SANTIAGO SCHNEIDER EZ	01	00	X	X																							(250301) PORVENIR	$ 20.261	$ 4.700	(EPS040) SAVIA SALUD	$ 20.261	$ 1.200	0,522	$ 20.261	$ 2.159	(CCF04) COMFAMA	$ 20.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.200
ARDO DE JESUS RIVERA A	01	00	X	X																							(231301) COLFONDOS	$ 20.261	$ 4.700	(ESS224) EPS-S COOSALUD MOVILIZADO	$ 20.261	$ 1.200	0,522	$ 20.261	$ 2.159	(CCF04) COMFAMA	$ 20.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.200
ET ELKEVEN VALENCIA NDIA	01	00	X	X																							(250301) PORVENIR	$ 20.261	$ 4.700	(EPS010) ECOOPSOS	$ 20.261	$ 1.200	0,522	$ 20.261	$ 2.159	(CCF04) COMFAMA	$ 20.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.200
ON CAMILO CEBALLOS	01	00	X	X																							(25-14) COLPENSIONES	$ 20.261	$ 4.700	(EPS040) SAVIA SALUD	$ 20.261	$ 1.200	0,522	$ 20.261	$ 2.159	(CCF04) COMFAMA	$ 20.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.200
R ALBERTO GARCIA EZ	01	00	X	X																							(25-14) COLPENSIONES	$ 20.261	$ 4.700	(EPS060) SALUD TOTAL EPS	$ 20.261	$ 1.200	0,522	$ 20.261	$ 2.159	(CCF04) COMFAMA	$ 20.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.200
JOSE RIOA GOARIN EZ	01	00	X	X																							(231301) COLFONDOS	$ 20.261	$ 4.700	(EPS040) SAVIA SALUD	$ 20.261	$ 1.200	0,522	$ 20.261	$ 2.159	(CCF04) COMFAMA	$ 20.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.200
AR DARIO RUIZ HERRERA	01	00	X	X																							(25-14) COLPENSIONES	$ 20.261	$ 4.700	(ESS224) ECOOPSOS	$ 20.261	$ 1.200	0,522	$ 20.261	$ 2.159	(CCF04) COMFAMA	$ 20.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.200
N DE JESUS BERRIO AYO	01	00	X	X																							(250301) PORVENIR	$ 20.261	$ 4.700	(EPS037) NUEVA EPS	$ 20.261	$ 1.200	0,522	$ 20.261	$ 2.159	(CCF04) COMFAMA	$ 20.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.200
O ALVEIRO GALEANO ALDAS	01	00																							X		(250301) PORVENIR	$ 468.162	$ 75.800	(EPS040) SAVIA SALUD	$ 468.162	$ 0	0,000	$ 468.162	$ 0	(CCF04) COMFAMA	$ 468.162	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 75.800
O ALVEIRO GALEANO ALDAS	01	00	X																								(250301) PORVENIR	$ 263.341	$ 42.200	(EPS040) SAVIA SALUD	$ 263.341	$ 19.600	0,000	$ 263.341	$ 19.400	(CCF04) COMFAMA	$ 263.341	$ 19.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 61.800
RO DE JESUS MONTOYA TE	01	00	X	X																							(250301) PORVENIR	$ 20.261	$ 4.700	(EPS016) COOMEVA EPS	$ 20.261	$ 1.200	0,522	$ 20.261	$ 2.159	(CCF04) COMFAMA	$ 20.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.200
NETON PIEDRAHITA ENO	01	00	X	X																							(250301) PORVENIR	$ 20.261	$ 4.700	(EPS041) MEDIMAS UPE	$ 20.261	$ 1.200	0,522	$ 20.261	$ 2.159	(CCF04) COMFAMA	$ 20.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.200
LOS MARIO ZAPATA RUIZ	01	00																							X		(230201) PROTECCION (IAG + PROTECCION)	$ 234.581	$ 37.500	(EPS037) NUEVA EPS	$ 234.581	$ 0	0,000	$ 234.581	$ 0	(CCF04) COMFAMA	$ 234.581	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 37.500
LOS MARIO ZAPATA RUIZ	01	00	X																								(230201) PROTECCION (IAG + PROTECCION)	$ 146.301	$ 23.500	(EPS037) NUEVA EPS	$ 146.301	$ 19.600	0,000	$ 146.301	$ 19.400	(CCF04) COMFAMA	$ 146.301	$ 19.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 42.500
O DE JESUS ALVAREZ TA	01	00	X	X																							(25-14) COLPENSIONES	$ 20.261	$ 4.700	(ESS224) EPS-S COOSALUD MOVILIZADO	$ 20.261	$ 1.200	0,522	$ 20.261	$ 2.159	(CCF04) COMFAMA	$ 20.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.200
N DE JESUS SANCHEZ A	01	01	X	X																							(48-47) HORIZONTE AFP	$ 0	$ 0	(EPS010) EPS SURA	$ 20.261	$ 1.200	0,522	$ 20.261	$ 2.159	(CCF04) COMFAMA	$ 20.261	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.900

ee Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 486 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 99 77. Línea Ética: 018000 517866.

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

EXPERTOS en PILA

ALES

ón	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
3.040	$ 2.282.301	$ 2.282.301	$ 2.282.301	$ 361.100	$ 42.700	$ 74.300	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 520.800	$ 0	$ 520.800

RUS

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-12-23, 09:19:44 AM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Número Planilla:** 47315347

Periodo Cotización: noviembre de 2020 **Periodo Servicio:** diciembre de 2020

PAGADO 16/12/2020

EL APORTANTE

ial	JEAG INGENIERIA SAS		
	NI900642828	**Dirección**	CR 43 B No 12-133
npresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	2668608
na	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
	MEDELLIN	**Departamento**	ANTIOQUIA
nte Legal	ARCILA GUERRERO JUAN ESTEBAN	**Identificación**	CC 98564460
dos	2	**ARP**	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.

E DEL APORTANTE

atos del Afiliado			Novedades																					Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IGE	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	CDE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días IRP	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	
GE ELIECER ALVAREZ ROVA	01	00		X																0	0	0	0	(25178) COLFONDOS	$ 175.561	$ 20.100	(EPS037) NUEVA EPS	$ 175.561	$ 7.100	1,044	$ 175.561	$ 1.900	CCF24) COMFAMA	$ 175.561	$ 7.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 44.200
AN ALBERTO ORTEGA OSA	01	00		X																0	0	0	0	(25178) COLFONDOS	$ 175.561	$ 20.100	(EPS037) NUEVA EPS	$ 175.561	$ 7.100	1,044	$ 175.561	$ 1.900	CCF24) COMFAMA	$ 175.561	$ 7.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 44.200

LES

n	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Caja	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Subsidios a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
1.122	$ 351.122	$ 351.122	$ 351.122	$ 50.200	$ 14.200	$ 3.800	$ 14.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 88.400	$ 0	$ 88.400

Línea 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 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77, Línea Ética: 018000 517866.

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

EXPERTOS en PILA

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

OSCAR ZAPATA.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			CONSTRUCCIONES ARENAS Y TRITURADOS SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:			ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	SUARE	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
	CL 51 50 22	TELÉFONO:	8855814
TIPO APORTANTE:	21-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		7773588855	TIPO DE PLANILLA:				E-MAPLICACIÓN
PERIODO DE PAGO:	MES	anterior AÑO	2020	PERIODO DE APORTE SALUD:	MES	anterior AÑO	2020
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2020/12/16	NUMERO AUTORIZACIÓN:			82497434

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	AFILIADO	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	[illegible]	1	$ 87.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 87.000	$ 0	$ 234.900
25-01	[illegible]	1	$ 87.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 87.000	$ 0	$ 93.500
25-07	[illegible]	10	$ 1.131.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.131.000	$ 0	$ 1.221.300
25-02	[illegible]	2	$ 261.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 261.000	$ 0	$ 281.900
SUBTOTALES										$ 1.566.000	$ 0	$ 1.764.400

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR MATERNIDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LICENCIAS		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	[illegible]	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 87.000		$ 0		$ 87.000	$ 0	$ 0	$ 87.000
EPS034	[illegible]	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 87.000		$ 0		$ 174.000	$ 0	$ 0	$ 174.000
EPS016	[illegible]	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 87.000		$ 0		$ 87.000	$ 0	$ 0	$ 87.000
EPS037	[illegible]	10		$ 0		$ 0		$ 0	$ 1.131.000		$ 0		$ 1.131.000	$ 0	$ 0	$ 1.131.000
EPS037	[illegible]	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 87.000		$ 0		$ 87.000	$ 0	$ 0	$ 87.000
EPS016	[illegible]	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 87.000		$ 0		$ 87.000	$ 0	$ 0	$ 87.000
EPS037	[illegible]	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 87.000		$ 0		$ 87.000	$ 0	$ 0	$ 87.000
SUBTOTALES													$ 1.740.000	$ 0	$ 0	$ 1.740.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD		SALDO A FAVOR		LICENCIAS		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN		APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	[illegible]	10		$ 0		$ 0		$ 174.000	$ 174.000	$ 0	$ 0	$ 174.000
SUBTOTALES									$ 174.000	$ 0	$ 0	$ 174.000

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
14-08	[illegible]	10	$ 437.000	$ 0	$ 437.000
SUBTOTALES			$ 437.000	$ 0	$ 437.000

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | | | |

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

TOTAL	$ 3.454.700

Planilla Pagada

Escaneado con CamScanner

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporta 2020-12-07, 12:57:20 p. m. Tipo Planilla E Número Planilla 47175771

Periodo Cotización 202011 Periodo Servicio 202012

PAGADA 2020-12-06 21:52:39.0 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SERVICIOS INMEDATOS ALMAX SAS				
Documento	NI 901404996	Dirección	CR 48 #50 - 55		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	Teléfono	5316403		
Tipo Persona	JURÍDICA	Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	61
Ciudad	RIONEGRO	Departamento	ANTIOQUIA		
Representante Legal	RAMIREZ PATIÑO LIDA JULIETH	Identificación	CC 39191607		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 70755971		Residente		Exonerado	S	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	01	00					MUÑETON OSPINA ALEJANDRO	5376000 - 05		ANTIOQUIA

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

| Novedades | | | | |

PERSONAL SUBCONTRATADO (OSCAR ZAPATA)

ARUS

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-12-01, 06:22:09 PM Tipo Planilla: E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS Número Planilla: 47094171

Periodo Cotización: noviembre de 2020 Periodo Servicio: diciembre de 2020

PAGADO 01/12/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DISTRISUCOM LTDA		
Documento	NI900195700	**Dirección**	CRA 32 C 28 60
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3137933874
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	GUATAPE	**Departamento**	ANTIOQUIA
Representante Legal	GALLEGO GOMEZ ALDEMAR	**Identificación**	CC 98512471
Total Afiliados	24	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																										Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante																											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 Mineduc
CC 1021457185	ALEX PATIÑO GALLEGO	01	00																																								
CC 1216	DIANO ANTONIO VILLADA GIRALDO	01	00																																							
CC 1035011830	ROBINSON ANDRES GOMEZ ZULUAGA	01	00	X																																							
CC 1035013402	CRISTIAN EUGENIO BURITICA GOMEZ	01	00																																							
CC 1035238566	DIANA CRISTINA GIRALDO CUARTERO	01	00																																							
CC 1035237435	SEBASTIAN ANCAPE LOPEZ	01	00																																							
CC 1037236368	JUAN PABLO MARTINEZ LOPEZ	01	00																																							
CC 1038212833	FREY ARLES LOPEZ	01	00																																							
CC 1038212175	JHORES FELIPE CARDERO ZULUAGA	01	00																																							
CC 1038013267	LUIS GUILLERMO FRANCO RAMIREZ	01	00																																							
CC 1038013408	EDWIN FERNANDO RESTREPO SALVO	01	00																																							
CC 1038015586	JULIAN ANDRES AVENA GARCIA	01	00																																							
CC 1041	JULIO CESAR GIRALDO MAYO	01	03	X																																						
CC 1040	JHON FREDY HENDRIX CALDERON	01	00	X																																						
CC 9	IVAN DARIO HENAO FRANCO	01	00																																							
CC 9	RAMIRO ANTONIO SERNA MIRELA	01	00																																							
CC 9	JHON JAIME HENAO CASTAÑEDA	01	00																																							
CC 9	ERNESTO ANTONIO RESTREPO CASTAÑO	01	00																																							
CC 9	WILLIAM DE JESUS GARCIA AHUMADA	01	00	X																																						

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 488 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 348 13 37 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517808.

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

Escaneado con CamScanner

Pagado: 01/12/2020 | Empresa NI900195[redacted] DISTRISUCOM LTDA | Planilla Nro: 47094171 | Periodo Cotiza[redacted]: noviembre de 2020 | Periodo Servicio: diciembre de 2020

DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos		Cajas			Parafiscales			
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IGE	IRET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días PTD	Días PTD	Días SMLV	Días IGE	Días LMA	Días VAC	Días VCT	Días IRP	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 Mineria
8941435	JHON JAIRO LOPEZ CEBALLOS	01	03		X															0	30	30	30	30	30	30	30	23 PORVENIR	$ 634.000	$ 104.761	EPS037 NUEVA EPS	$ 904.000	$ 91.800	0,600	$ 894.000	$ 45.600	CCF043 COMFAMA	$ 894.000	$ 35.200	$ 13.100	$ 19.700	$ 0	$ 0
9947 9008	JORGE IVAN ARBELAEZ	01	00	X	X															0	6	6	6	6	6	6	6	23 PROTECCION (IND + PROTEGIDA)	$ 598.600	$ 94.359	EPS044 SURAMIS EPS	$ 598.600	$ 33.600	0,600	$ 598.600	$ 41.500	CCF043 COMFAMA	$ 598.600	$ 23.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
9947 4342	OSCAR OVIDIO FRANCO CARDONA	VP	00	X																0	1	1	1	1	1	1	1	23 PROTECCION (IND + PROTEGIDA)	$ 32.700	$ 5.153	EPS034 SANITAS EPS	$ 32.700	$ 1.400	0,600	$ 32.700	$ 1.400	CCF043 COMFAMA	$ 32.700	$ 1.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
9951 2128	ALBERO DE JESUS NIXON BOTERO	01	00																	0	30	30	30	30	30	30	30	24 NO COTIZA PENSIONES	$ 1.300.000	$ 156.000	EPS016 SOS EPS	$ 1.300.000	$ 45.000	0,600	$ 1.300.000	$ 69.600	CCF043 COMFAMA	$ 1.300.000	$ 46.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
9979944	YEISON FERNANDO CEBALLOS CHAVERRA	01	00		X															0	30	30	30	30	30	30	30	23 PORVENIR	$ 664.000	$ 104.776	EPS037 NUEVA EPS	$ 904.000	$ 91.800	0,600	$ 894.000	$ 45.600	CCF043 COMFAMA	$ 894.000	$ 35.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

IIITOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Mín Educación	[Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor] EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 21.386.500	$ 21.386.500	$ 21.386.500	$ 21.386.500	$ 3.422.600	$ 1.162.400	$ 1.496.360	$ 856.600	$ 72.330	$ 106.206	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7.111.300	$ 0	$ 7.111.300

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 486 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 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

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

Escaneado con CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

DIA..	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	901214680
		CONSTRUCCIONES ARENAS Y TRITURADOS SAS	
	SUCURSAL	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
	EL 01 DE JU	TELÉFONO:	5875374
	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	N-APORTES DE 200 COTIZANTES
	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA	Actividades de extracciones, rifas y similares excepto
3084.	UNICO		
GO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			30

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7773355832	TIPO DE PLANILLA:					E-EMPLEADOS
PERÍODO COTIZACIÓN (1/TRIS	MES	noviembre	AÑO 2020	PERÍODO COTIZACIÓN SALUD	MES	diciembre	AÑO		2020
DÍAS DE MORA:			0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2020/12/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:					835477454

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA / NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS: EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS: COTIZANTE	FSP: SOLIDARIDAD	FSP: SUBSISTENCIA	MORA: COTIZACIÓN	MORA: FSP	TOTALES: APORTES	TOTALES: MORA	TOTALES: VALOR PAGADO
6-14 COLPENSIONES	2	$ 238.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 238.800	$ 0	$ 238.800
36061- PROTECCION	1	$ 60.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 60.000	$ 0	$ 60.000
39061-PORVENIR	10	$ 1.205.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.205.600	$ 0	$ 1.205.600
51061-COLFONDOS	2	$ 291.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 291.000	$ 0	$ 291.000
									$ 1.794.400	$ 0	$ 1.794.400

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA / NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD: NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD: VALOR	LICENCIA MATERNIDAD: NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD: VALOR	SALDO A FAVOR: PLANILLA	SALDO A FAVOR: VALOR	LIQUIDACIÓN: COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN: UPC	MORA: COTIZACIÓN	MORA: UPC	TOTALES: APORTES	TOTALES: MORA	TOTALES: DESCUENTO	TOTALES: VALOR PAGADO
39024-ECOOPSOS EPS	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 50.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 50.800	$ 0	$ 0	$ 50.800
P5040 - SAVIA SALUD EPS	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 70.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 70.400	$ 0	$ 0	$ 70.400
SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 70.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 70.400	$ 0	$ 0	$ 70.400
P5057-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 134.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 134.800	$ 0	$ 0	$ 134.800
P5015-COSAMPA S.A.	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 68.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 68.400	$ 0	$ 0	$ 68.400
P5060-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 12.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 12.800	$ 0	$ 0	$ 12.800
												$ 407.600	$ 0	$ 0	$ 407.600

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA / NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP: NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP: VALOR	INCAPACIDAD IRP: PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR: PLANILLA	SALDO A FAVOR: VALOR	LIQUIDACIÓN: COTIZACIÓN	TOTALES: APORTES	TOTALES: MORA	TOTALES: DESCUENTO	TOTALES: VALOR PAGADO
6-11 - ARL SURA	15		$ 0	$ 0		$ 0	$ 776.300	$ 776.300	$ 0	$ 0	$ 776.300
								$ 776.300	$ 0	$ 0	$ 776.300

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA / NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES: APORTES	TOTALES: MORA	TOTALES: VALOR PAGADO
CF04-CCF DE ANTIOQUIA	15	$ 447.000	$ 0	$ 447.000
		$ 447.000	$ 0	$ 447.000

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE: TIPO COTIZANTE	SUBTIPO	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	NOVEDADES: VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INT	VAC	DIA	SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN: ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP: SUBSISTENCIA	FSP: SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS: EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS: EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD: ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VR UPC	TOTAL APORTE	ARP: ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES: DIAS COT	IBC	CCF: ADMIN	CCF: TOTAL APORTE	SENA: TOTAL APORTE	ICBF: TOTAL APORTE	ESAP: TOTAL APORTE	MEN: TOTAL APORTE
0		$ 877.803	FIJO											30	39061-PORVENIR	30	$ 877.803	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 140.500	P5057-NUEVA EPS	30	$ 877.803	$ 35.200	$ 0	$ 35.300	14-11 - ARL SURA	30	$ 877.803		$ 61.100	$ 877.803	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 35.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0			
0		$ 877.803	FIJO											30	39061-PORVENIR	30	$ 877.803	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 140.500	P5015-COSAMPA S.A.	30	$ 877.803	$ 35.200	$ 0	$ 35.300	14-11 - ARL SURA	30	$ 877.803		$ 61.100	$ 877.803	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 35.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0			
0		$ 877.803	FIJO											11	36061-PROTECCION	11	$ 360.300	$ 60.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 60.000	P5015-COSAMPA S.A.	11	$ 360.300	$ 15.200	$ 0	$ 15.300	14-11 - ARL SURA	11	$ 360.300		$ 26.300	$ 360.300	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 15.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0			
0		$ 877.803	FIJO											30	51061-COLFONDOS	30	$ 877.803	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 140.500	P5015-COSAMPA S.A.	30	$ 877.803	$ 35.200	$ 0	$ 35.300	14-11 - ARL SURA	30	$ 877.803		$ 61.100	$ 877.803	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 35.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0			
0		$ 877.803	FIJO											30	39061-PORVENIR	30	$ 731.503	$ 117.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 117.100	P5057-NUEVA EPS	30	$ 731.503	$ 29.300	$ 0	$ 29.300	14-11 - ARL SURA	30	$ 731.503		$ 51.000	$ 731.503	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 29.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0			
0		$ 877.803	FIJO											30	39061-PORVENIR	30	$ 877.803	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 140.500	P5040 - SAVIA SALUD EPS	30	$ 877.803	$ 35.200	$ 0	$ 35.300	14-11 - ARL SURA	30	$ 877.803		$ 61.100	$ 877.803	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 35.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0			
0		$ 877.803	FIJO											30	39061-PORVENIR	30	$ 877.803	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 140.500	P5024-ECOOPSOS EPS	30	$ 877.803	$ 35.200	$ 0	$ 35.300	14-11 - ARL SURA	30	$ 877.803		$ 61.100	$ 877.803	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 35.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0			
0		$ 877.803	FIJO											30	25-14 COLPENSIONES	30	$ 877.803	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 140.500	P5040 - SAVIA SALUD EPS	30	$ 877.803	$ 35.200	$ 0	$ 35.300	14-11 - ARL SURA	30	$ 877.803		$ 61.100	$ 877.803	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 35.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0			

[redacted]NILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

AN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901214691
			CONSTRUCCIONES ARENAS Y TRITURADOS SAS
	SUCURSAL	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
	CL 51 50 20	TELÉFONO:	3575314
	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	1-AMENOS DE 300 COTIZANTES
	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Actividades de asesorías, ntas y servicios compl
	OMEO		

IÓN:
DO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7773385532	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN ETRETS	MES	noviembre AÑO	2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	diciembre AÑO	2023
DÍAS DE MORA:			3				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)			2023/12/19	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			939471464

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

aportes en línea

Certificados Aportes

l certifica que PAVIMENTAR S.A identificado(a) con NI 800040014 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para HUGO ALEXANDER /ENDAÑO MUÑOZ identificado(a) con CC 71174290

ve Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Codigo	Administradora	Concepto	Periodo	Dias	Novedades																		IBC	Tarifa	Cotizacion
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vlp			
13604270	820250729	E	2020-12-03	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-12	29									X										$951,411	4%	$38,100
13604270	820250729	E	2020-12-03	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-12	1																X			$34,670	4%	$1,400
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	29									X										$951,411	16%	$152,300
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	1																X			$34,670	16%	$5,600
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2020-11	29									X										$951,411		$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2020-11	1																X			$34,670		$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2020-11	29									X										$951,411		$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2020-11	1																X			$34,670		$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2020-11	29									X										$0	0%	$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2020-11	1																X			$0	0%	$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2020-11	29									X										$0	0%	$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2020-11	1																X			$0	0%	$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	29									X										$951,411	6.96%	$66,300
13604270	820250729	E	2020-12-03	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	1																X			$34,670	0%	$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	CCF	CCF04	COMFAMA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	29									X										$951,411	4%	$38,100
13604270	820250729	E	2020-12-03	CCF	CCF04	COMFAMA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	1																X			$34,670	4%	$1,400

te certificado se expide el día 2020-12-07 a las 08:30.

aportes en línea

Certificados Aportes

: certifica que PAVIMENTAR S.A identificado(a) con NI 800040014 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para WILFRIDO BARRIOS CAREY
entificado(a) con CC 72177839

ve Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Dias	Novedades																	IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
13604270	820250729	E	2020-12-03	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-12	30									X									$3,038,495	4%	$121,600
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X									$3,038,495	16%	$486,200
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	25-14	COLPENSIONES	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2020-11	30									X									$3,038,495		$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	25-14	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2020-11	30									X									$3,038,495		$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2020-11	30									X									$0	0%	$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2020-11	30									X									$0	0%	$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X									$3,038,495	6.96%	$211,500
13604270	820250729	E	2020-12-03	CCF	CCF04	COMFAMA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X									$3,038,495	4%	$121,600

te certificado se expide el día 2020-12-07 a las 08:30.

aportes en línea

Certificados Aportes

certifica que PAVIMENTAR S.A identificado(a) con NI 800040014 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para ALVARO JAVIER CAUSIL RTEGA identificado(a) con CC 1003504063

e Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
13604270	820250729	E	2020-12-03	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-12	30									X									$1,432,697	4%	$57,400
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X									$1,432,697	16%	$229,300
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2020-11	30									X									$1,432,697		$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2020-11	30									X									$1,432,697		$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2020-11	30									X									$0	0%	$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2020-11	30									X									$0	0%	$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X									$1,432,697	6.96%	$99,800
13604270	820250729	E	2020-12-03	CCF	CCF04	COMFAMA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X									$1,432,697	4%	$57,400

te certificado se expide el día 2020-12-07 a las 08:30.

aportes en línea

Certificados Aportes

certifica que PAVIMENTAR S.A identificado(a) con NI 800040014 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para JOSE EMILIO HENAO PATIÑO
ntificado(a) con CC 71690571

o Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip		
13604270	820250729	E	2020-12-03	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-12	14	X								X									$861,159	4%	$34,500
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	14	X								X									$861,159	16%	$137,800
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	25-14	COLPENSIONES	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2020-11	14	X								X									$861,159		$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	25-14	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2020-11	14	X								X									$861,159		$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2020-11	14	X								X									$0	0%	$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2020-11	14	X								X									$0	0%	$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	14	X								X									$861,159	6.96%	$60,000
13604270	820250729	E	2020-12-03	CCF	CCF04	COMFAMA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	14	X								X									$861,159	4%	$34,500

te certificado se expide el día 2020-12-07 a las 08:30.

aportes en línea

Certificados Aportes

e certifica que PAVIMENTAR S.A identificado(a) con NI 800040014 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para ELQUIN DAVID HERNANDEZ JAREZ identificado(a) con CC 1101380746

ve Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																		IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vly			
413604270	820250729	E	2020-12-03	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-12	30									X										$985,243	4%	$39,500
413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X										$985,243	16%	$157,700
413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	231001	COLFONDOS	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2020-11	30									X										$985,243		$0
413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	231001	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2020-11	30									X										$985,243		$0
413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2020-11	30									X										$0	0%	$0
413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2020-11	30									X										$0	0%	$0
413604270	820250729	E	2020-12-03	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X										$985,243	6.96%	$68,600
413604270	820250729	E	2020-12-03	CCF	CCF04	COMFAMA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X										$985,243	4%	$39,500

ste certificado se expide el día 2020-12-07 a las 08:30.

PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

aportes en línea

Certificados Aportes

s certifica que PAVIMENTAR S.A identificado(a) con NI 800040014 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para EDGAR DE JESUS MANCO JRANGO identificado(a) con CC 8438383

ve Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																	IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
113604270	820250729	E	2020-12-03	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-12	30									X									$1,966,595	4%	$78,700
113604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X									$1,966,595	16%	$314,700
113604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	231001	COLFONDOS	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2020-11	30									X									$1,966,595		$0
113604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	231001	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2020-11	30									X									$1,966,595		$0
113604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2020-11	30									X									$0	0%	$0
113604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2020-11	30									X									$0	0%	$0
113604270	820250729	E	2020-12-03	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X									$1,966,595	6.96%	$136,900
113604270	820250729	E	2020-12-03	CCF	CCF04	COMFAMA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X									$1,966,595	4%	$78,700

ste certificado se expide el día 2020-12-07 a las 08:30.

aportes en línea

Certificados Aportes

certifica que PAVIMENTAR S.A identificado(a) con NI 800040014 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para ARACELLY MARULANDA PEZ identificado(a) con CC 43633071

e Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Codigo	Administradora	Concepto	Periodo	Dias	Novedades																		IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
13604270	820250729	E	2020-12-03	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-12	27									X										$2,822,916	4%	$113,000
13604270	820250729	E	2020-12-03	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-12	3											X								$262,457	4%	$10,500
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	27									X										$2,822,916	16%	$451,700
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	3											X								$262,457	16%	$42,000
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2020-11	27									X										$2,822,916		$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2020-11	3											X								$262,457		$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2020-11	27									X										$2,822,916		$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2020-11	3											X								$262,457		$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2020-11	27									X										$0	0%	$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2020-11	3											X								$0	0%	$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2020-11	27									X										$0	0%	$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2020-11	3											X								$0	0%	$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	27									X										$2,822,916	6.96%	$196,500
13604270	820250729	E	2020-12-03	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	3											X								$262,457	0%	$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	CCF	CCF04	COMFAMA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	27									X										$2,822,916	4%	$113,000
13604270	820250729	E	2020-12-03	CCF	CCF04	COMFAMA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	3											X								$262,457	4%	$10,500

te certificado se expide el día 2020-12-07 a las 08:30.

aportes en línea

Certificados [redacted] Aportes [redacted]

e certifica que PAVIMENTAR S.A identificado(a) con NI 800040014 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para ALBEIRO LUIS MENDOZA RAVO identificado(a) con CC 1063136648

ve Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																		IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
413604270	820250729	E	2020-12-03	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-12	30									X										$889,815	4%	$39,600
413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X										$889,815	16%	$158,400
413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2020-11	30									X										$889,815		$0
413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2020-11	30									X										$889,815		$0
413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2020-11	30									X										$0	0%	$0
413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2020-11	30									X										$0	0%	$0
413604270	820250729	E	2020-12-03	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X										$889,815	0.96%	$68,900
413604270	820250729	E	2020-12-03	CCF	CCF04	COMFAMA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X										$889,815	4%	$39,600

ste certificado se expide el día 2020-12-07 a las 08:30.

aportes en línea

Certificados de Aportes

l certifica que PAVIMENTAR S.A identificado(a) con NI 800040014 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para JUAN DAVID MOLINA PUERTA
ntificado(a) con CC 1038821468

e Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																		IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
13604270	820250729	E	2020-12-03	EPS	EPS016	COOMEVA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-12	14	X								X										$437,073	4%	$17,500
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	14	X								X										$437,073	16%	$70,000
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2020-11	14	X								X										$437,073		$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2020-11	14	X								X										$437,073		$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2020-11	14	X								X										$0	0%	$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2020-11	14	X								X										$0	0%	$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	14	X								X										$437,073	6.96%	$30,500
13604270	820250729	E	2020-12-03	CCF	CCF04	COMFAMA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	14	X								X										$437,073	4%	$17,500

te certificado se expide el día 2020-12-07 a las 08:30.

126

aportes en línea

Certificados de Aportes

: certifica que PAVIMENTAR S.A identificado(a) con NI 800040014 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para JHOJAN ESTIBER MORENO)PEZ identificado(a) con CC 1066529769

...e Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																	IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
13604270	820250729	E	2020-12-03	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-12	30									X									$989,815	4%	$39,600
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X									$989,815	16%	$158,400
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2020-11	30									X									$989,815		$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2020-11	30									X									$989,815		$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2020-11	30									X									$0	0%	$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILIADO	2020-11	30									X									$0	0%	$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X									$989,815	0.96%	$68,900
13604270	820250729	E	2020-12-03	CCF	CCF04	COMFAMA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X									$989,815	4%	$39,600

...te certificado se expide el día 2020-12-07 a las 08:30.

aportes en línea

Certificados de Aportes

certifica que PAVIMENTAR S.A identificado(a) con NI 800040014 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para HUMBERTO DE JESUS QUENDO JARAMILLO identificado(a) con CC 3506710

de Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																		IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
13604270	820250729	E	2020-12-03	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-12	30									X										$1,358,438	4%	$54,400
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X										$1,358,438	16%	$217,400
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2020-11	30									X										$1,358,438		$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2020-11	30									X										$1,358,438		$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2020-11	30									X										$0	0%	$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2020-11	30									X										$0	0%	$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X										$1,358,438	6.96%	$94,600
13604270	820250729	E	2020-12-03	CCF	CCF04	COMFAMA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X										$1,358,438	4%	$54,400

te certificado se expide el día 2020-12-07 a las 08:30.

aportes en línea

Certificados de Aportes

· certifica que PAVIMENTAR S.A identificado(a) con NI 800040014 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para DANILO OSPINA LONDOÑO
ntificado(a) con CC 15332941

e Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																	IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
13604270	820250729	E	2020-12-03	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-12	30									X									$1,274,807	4%	$51,000
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X									$1,274,807	16%	$204,000
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2020-11	30									X									$1,274,807		$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2020-11	30									X									$1,274,807		$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2020-11	30									X									$0	0%	$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2020-11	30									X									$0	0%	$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X									$1,274,807	6.96%	$88,800
13604270	820250729	E	2020-12-03	CCF	CCF04	COMFAMA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X									$1,274,807	4%	$51,000

te certificado se expide el día 2020-12-07 a las 08:30.

aportes en línea

Certificados Aportes

› certifica que PAVIMENTAR S.A identificado(a) con NI 800040014 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para DEIMER MANUEL OVIEDO MANCA identificado(a) con CC 1193044969

ve Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																	IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
113604270	820250729	E	2020-12-03	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-12	27									X									$908,892	4%	$36,400
113604270	820250729	E	2020-12-03	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-12	3											X							$94,882	4%	$3,800
113604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	27									X									$908,892	16%	$145,500
113604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	3											X							$94,882	16%	$15,200
113604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2020-11	27									X									$908,892		$0
113604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2020-11	3											X							$94,882		$0
113604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2020-11	27									X									$908,892		$0
113604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2020-11	3											X							$94,882		$0
113604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2020-11	27									X									$0	0%	$0
113604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2020-11	3											X							$0	0%	$0
113604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2020-11	27									X									$0	0%	$0
113604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2020-11	3											X							$0	0%	$0
113604270	820250729	E	2020-12-03	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	27									X									$908,892	6.96%	$63,300
113604270	820250729	E	2020-12-03	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	3											X							$94,882	0%	$0
113604270	820250729	E	2020-12-03	CCF	CCF04	COMFAMA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	27									X									$908,892	4%	$36,400
113604270	820250729	E	2020-12-03	CCF	CCF04	COMFAMA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	3											X							$94,882	4%	$3,800

ste certificado se expide el día 2020-12-07 a las 08:30.

aportes en línea

Certificados de Aportes

e certifica que PAVIMENTAR S.A identificado(a) con NI 800040014 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para ALONSO DE JESUS PANIAGUA APATA identificado(a) con CC 71709895

ero Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																		IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vtp			
113604270	820250729	E	2020-12-03	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-12	30									X										$1,017,520	4%	$40,800
113604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X										$1,017,520	16%	$162,900
113604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	231001	COLFONDOS	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2020-11	30									X										$1,017,520		$0
113604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	231001	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2020-11	30									X										$1,017,520		$0
113604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2020-11	30									X										$0	0%	$0
113604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2020-11	30									X										$0	0%	$0
113604270	820250729	E	2020-12-03	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X										$1,017,520	6.96%	$70,900
113604270	820250729	E	2020-12-03	CCF	CCF04	COMFAMA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X										$1,017,520	4%	$40,800

ste certificado se expide el día 2020-12-07 a las 08:30.

aportes en línea

Certificados Aportes

certifica que PAVIMENTAR S.A identificado(a) con NI 800040014 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para RICARDO IVAN REINA MEJIA
ntificado(a) con CC 98357534

e Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																		EBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
13604270	820250729	E	2020-12-03	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-12	30									X										$2,623,281	4%	$105,000
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X										$2,623,281	16%	$419,800
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	25-14	COLPENSIONES	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2020-11	30									X										$2,623,281		$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	25-14	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2020-11	30									X										$2,623,281		$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2020-11	30									X										$0	0%	$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2020-11	30									X										$0	0%	$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X										$2,623,281	6.96%	$182,600
13604270	820250729	E	2020-12-03	CCF	CCF04	COMFAMA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X										$2,623,281	4%	$105,000

te certificado se expide el día 2020-12-07 a las 08:30.

aportes en línea

Certificados de Aportes

certifica que PAVIMENTAR S.A identificado(a) con NI 800040014 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para SIMON SANTA ZAPATA
ntificado(a) con CC 1040325548

e Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
13604270	820250729	E	2020-12-03	EPS	EPS016	COOMEVA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-12	30																		$2,808,000	4%	$112,400
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30																		$2,808,000	16%	$449,300
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2020-11	30																		$2,808,000		$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2020-11	30																		$2,808,000		$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2020-11	30																		$0	0%	$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2020-11	30																		$0	0%	$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30																		$2,808,000	6.96%	$195,500
13604270	820250729	E	2020-12-03	CCF	CCF04	COMFAMA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30																		$2,808,000	4%	$112,400

te certificado se expide el día 2020-12-07 a las 08:30.

aportes en línea

Certificados de Aportes

› certifica que PAVIMENTAR S.A identificado(a) con NI 800040014 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para EVERARDO USUGA DUARTE
ntificado(a) con CC 11442774

e Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																	IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
13604270	820250729	E	2020-12-03	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-12	30									X									$1,313,350	4%	$52,600
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X									$1,313,350	16%	$210,200
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2020-11	30									X									$1,313,350		$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2020-11	30									X									$1,313,350		$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2020-11	30									X									$0	0%	$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2020-11	30									X									$0	0%	$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X									$1,313,350	6.96%	$91,500
13604270	820250729	E	2020-12-03	CCF	CCF04	COMFAMA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X									$1,313,350	4%	$52,600

te certificado se expide el día 2020-12-07 a las 08:30.

aportes en línea

Certificados de Aportes

: certifica que PAVIMENTAR S.A identificado(a) con NI 800040014 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para ELIAS EMILIO VALDERRAMA \RMIENTO identificado(a) con CC 84082977

ve Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Dias	Novedades																		IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
13604270	820250729	E	2020-12-03	EPS	EPS018	COOMEVA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-12	30									X										$1,342,715	4%	$53,800
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X										$1,342,715	16%	$214,900
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	25-14	COLPENSIONES	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2020-11	30									X										$1,342,715		$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	25-14	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2020-11	30									X										$1,342,715		$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2020-11	30									X										$0	0%	$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2020-11	30									X										$0	0%	$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X										$1,342,715	6.96%	$93,500
13604270	820250729	E	2020-12-03	CCF	CCF04	COMFAMA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X										$1,342,715	4%	$53,800

te certificado se expide el día 2020-12-07 a las 08:30.

aportes en línea

Certificados de Aportes

· certifica que PAVIMENTAR S.A identificado(a) con NI 800040014 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para JUAN MANUEL ZAPATA RAMILLO identificado(a) con CC 71713332

ue Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																		IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
13604270	820250729	E	2020-12-03	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-12	30									X										$985,243	4%	$39,500
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X										$985,243	16%	$157,700
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	231001	COLFONDOS	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2020-11	30									X										$985,243		$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	231001	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2020-11	30									X										$985,243		$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2020-11	30									X										$0	0%	$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2020-11	30									X										$0	0%	$0
13604270	820250729	E	2020-12-03	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X										$985,243	6.96%	$68,600
13604270	820250729	E	2020-12-03	CCF	CCF04	COMFAMA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X										$985,243	4%	$39,500

te certificado se expide el día 2020-12-07 a las 08:30.

aportes en línea

Certificado de Aportes PAVIMENTAR

Se certifica que PAVIMENTAR S.A identificado(a) con NI 800040014 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para HUGO ALEXANDER AVENDAÑO MUÑOZ identificado(a) con CC 71174290

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																	IBC	Tarifa	Cotización
										Cor	Tar	Inc	Lma	Vsp	Vst	Sln	Ige	Lma	Vac	Irp	Avp	Vct	Irl	Cue	Ap				
9413604270	820250729	E	2020-12-03	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-12	29									X									$951,411	4%	$38,100
9413604270	820250729	E	2020-12-03	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-12	1																X		$34,670	4%	$1,400
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	29									X									$951,411	16%	$152,300
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	1																X		$34,670	16%	$5,600
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2020-11	29									X									$951,411		$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2020-11	1																X		$34,670		$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2020-11	29									X									$951,411		$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2020-11	1																X		$34,670		$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2020-11	29									X									$0	0%	$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2020-11	1																X		$0	0%	$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2020-11	29									X									$0	0%	$
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2020-11	1																X		$0	0%	
9413604270	820250729	E	2020-12-03	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	29									X									$951,411	6.96%	$66.
9413604270	820250729	E	2020-12-03	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	1																X		$34,670	0%	
9413604270	820250729	E	2020-12-03	CCF	CCF04	COMFAMA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	29									X									$951,411	4%	$3
9413604270	820250729	E	2020-12-03	CCF	CCF04	COMFAMA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	1																X		$34,670	4%	$

Este certificado se expide el dia 2020-12-07 a las 08:30.

Escaneado con CamScanner

aportes en línea

Certificados de Aportes

Se certifica que PAVIMENTAR S.A identificado(a) con NI 800040014 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para WILFRIDO BARRIOS CAREY identificado(a) con CC 72177839

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Codigo	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	vsp	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	vhe	sup	inha	cor	amp	rel			
9413604270	820250729	E	2020-12-03	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-12	30										X								$3,038,495	4%	$121,600
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30										X								$3,038,495	16%	$486,200
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	25-14	COLPENSIONES	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2020-11	30										X								$3,038,495		$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	25-14	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2020-11	30										X								$3,038,495		$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2020-11	30										X								$0	0%	$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILIADO	2020-11	30										X								$0	0%	$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30										X								$3,038,495	6.96%	$211,500
9413604270	820250729	E	2020-12-03	CCF	CCF04	COMFAMA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30										X								$3,038,495	4%	$121,600

Este certificado se expide el día 2020-12-07 a las 08:30.

Escaneado con CamScanner

aportes en línea

Certificados de Aportes

Se certifica que PAVIMENTAR S.A identificado(a) con NI 800040014 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para ALVARO JAVIER CAUSIL ORTEGA identificado(a) con CC 1003504063

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Modalidad	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades	IBC	Tarifa	Cotización
9413604270	820250729	E	2020-12-03	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-12	30	X	$1,432,697	4%	$57,400
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30	X	$1,432,697	16%	$229,300
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2020-11	30	X	$1,432,697		$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2020-11	30	X	$1,432,697		$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2020-11	30	X	$0	0%	$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2020-11	30	X	$0	0%	$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30	X	$1,432,697	6.96%	$99,800
9413604270	820250729	E	2020-12-03	CCF	CCF04	COMFAMA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30	X	$1,432,697	4%	$57,400

Este certificado se expide el dia 2020-12-07 a las 08:30.

Escaneado con CamScanner

aportes en línea

Certificados de Aportes

Se certifica que PAVIMENTAR S.A identificado(a) con NI 800040014 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para JOSE EMILIO HENAO PATIÑO identificado(a) con CC 71690571

Planilla	Planilla Asoc.	Tipo Planilla	Fecha Pago	Aportante	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	SUS			
9413604270	820250729	E	2020-12-03	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-12	14	X								X								$661,159	4%	$34,500
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	14	X								X								$661,159	16%	$137,800
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	25-14	COLPENSIONES	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2020-11	14	X								X								$661,159		$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	25-14	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2020-11	14	X								X								$661,159		$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2020-11	14	X								X								$0	0%	$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILIADO	2020-11	14	X								X								$0	0%	$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	14	X								X								$661,159	6.96%	$60,000
9413604270	820250729	E	2020-12-03	CCF	CCF04	COMFAMA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	14	X								X								$661,159	4%	$34,500

Este certificado se expide el día 2020-12-07 a las 08:30.

aportes en línea

Certificados de Aportes

Se certifica que PAVIMENTAR S A identificado(a) con NI 800040014 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para ELQUIN DAVID HERNANDEZ SUAREZ identificado(a) con CC 1101380745

Planilla	Fecha Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																		IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	vst	sln	ige	lma	vac	avp	avt	vio	cor					
94136042		1	2020-12-01	ERL	ERS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-12	30									X										$985,243	4%	$39,500
94136042		1	2020-12-03	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X										$985,243	16%	$157,700
94136042		1	2020-12-03	AFP	231001	COLFONDOS	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2020-11	30									X										$985,243		$0
94136042		1	2020-12-03	AFP	231001	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2020-11	30									X										$985,243		$0
94136042		1	2020-12-03	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2020-11	30									X										$0	0%	$0
94136042		1	2020-12-03	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILIADO	2020-11	30									X										$0	0%	$0
94136042		1	2020-12-03	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X										$985,243	0.96%	$68,600
94136042		1	2020-12-03	CCF	CCF04	COMFAMA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X										$985,243	4%	$39,500

Este certificado se expide el día 2020-12-07 a las 08:30.

Escaneado con CamScanner

aportes en línea

Certificados de Aportes

Se certifica que PAVIMENTAR S.A identificado(a) con NI 800040014 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para EDGAR DE JESUS MANCO DURANGO identificado(a) con CC 8438383

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Codigo	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										IGE	LMA	LPD	VAC	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	LPD	VAC	VSP	VST	SLN					
9413604270	820250729	E	2020-12-03	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-12	30									X								$1,966,595	4%	$78,700
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X								$1,966,595	16%	$314,700
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	231001	COLFONDOS	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2020-11	30									X								$1,966,595		$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	231001	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2020-11	30									X								$1,966,595		$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2020-11	30									X								$0	0%	$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2020-11	30									X								$0	0%	$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X								$1,966,595	6.96%	$136,900
9413604270	820250729	E	2020-12-03	CCF	CCF04	COMFAMA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X								$1,966,595	4%	$78,700

Este certificado se expide el día 2020-12-07 a las 08:30.

Escaneado con CamScanner

aportes en línea

Certificados de Aportes

Se certifica que PAVIMENTAR S.A identificado(a) con NI 800040014 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para ARACELLY MARULANDA LOPEZ identificado(a) con CC 43633071

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																		IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	vsp	sln	lma	lpa	vac	irp	vst	sln	ige	lma	lpa	vac	avp	vct	ler	cbn			
9413604270	820250729	E	2020-12-03	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-12	27									X										$2,822,916	4%	$113,000
9413604270	820250729	E	2020-12-03	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-12	3											X								$262,457	4%	$10,500
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	27									X										$2,822,916	16%	$451,700
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	3											X								$262,457	16%	$42,000
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2020-11	27									X										$2,822,916		$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2020-11	3											X								$262,457		$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2020-11	27									X										$2,822,916		$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2020-11	3											X								$262,457		$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2020-11	27									X										$0	0%	$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2020-11	3											X								$0	0%	$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2020-11	27									X										$0	0%	$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2020-11	3											X								$0	0%	$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	27									X										$2,822,916	6.96%	$196,500
9413604270	820250729	E	2020-12-03	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	3											X								$262,457	0%	$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	CCF	CCF04	COMFAMA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	27									X										$2,822,916	4%	$113,000
9413604270	820250729	E	2020-12-03	CCF	CCF04	COMFAMA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	3											X								$262,457	4%	$10,500

Este certificado se expide el día 2020-12-07 a las 08:30.

Escaneado con CamScanner

aportes en línea

Certificados de Aportes

Se certifica que PAVIMENTAR S A identificado(a) con NI 800040014 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para ALBEIRO LUIS MENDOZA BRAVO identificado(a) con CC 1063136648

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Número	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																		IBC	Tarifa	Cotización
										Reg	Ret	Sln	Sus	Vac	Lic	Fig	Inc	Ing	Vsp	Cor	Vst	Sue	Avp	Vct	Irl	Ige				
9413604270	820250729	E	2020-12-03	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-12	30										X									$909,815	4%	$39,600
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30										X									$909,815	16%	$156,400
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2020-11	30										X									$909,815		$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2020-11	30										X									$909,815		$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2020-11	30										X									$0	0%	$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILIADO	2020-11	30										X									$0	0%	$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30										X									$909,815	6.96%	$66,900
9413604270	820250729	E	2020-12-03	CCF	CCF04	COMFAMA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30										X									$909,815	4%	$39,600

Este certificado se expide el día 2020-12-07 a las 08:30.

Escaneado con CamScanner

aportes en línea

Certificados de Aportes

Se certifica que PAVIMENTAR S.A identificado(a) con NI 800040014 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para JUAN DAVID MOLINA PUERTA identificado(a) con CC 1038821468

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Pensión	Codigo	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																		IBC	Tarifa	Cotización
										Ing	Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Cor	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP					
9413604270	820250729	E	2020-12-03	EPS	EPS016	COOMEVA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-12	14	X								X										$437,073	4%	$17,500
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	14	X								X										$437,073	16%	$70,000
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2020-11	14	X								X										$437,073		$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2020-11	14	X								X										$437,073		$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2020-11	14	X								X										$0	0%	$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2020-11	14	X								X										$0	0%	$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	14	X								X										$437,073	6.96%	$30,500
9413604270	820250729	E	2020-12-03	CCF	CCF04	COMFAMA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	14	X								X										$437,073	4%	$17,500

Este certificado se expide el día 2020-12-07 a las 08:30.

Escaneado con CamScanner

aportes en línea

Certificados de Aportes

Se certifica que PAVIMENTAR S.A identificado(a) con NI 800040014 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para JHOJAN ESTIBER MORENO LOPEZ identificado(a) con CC 1066529769

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Nombre	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																	IBC	Tarifa	Cotización
										Vsp	Vst	Sln	Lan	Ige	Lma	Vsp	Cor	Vst	Sln	Ige	Lma	Avp	Vct	Irl	Sln	Vac			
9413604270	620250729	E	2020-12-03	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-12	30									X									$369,815	4%	$39,600
9413604270	620250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X									$369,815	16%	$158,400
9413604270	620250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2020-11	30									X									$369,815		$0
9413604270	620250729	E	2020-12-03	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2020-11	30									X									$369,815		$0
9413604270	620250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2020-11	30									X									$0	0%	$0
9413604270	620250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILIADO	2020-11	30									X									$0	0%	$0
9413604270	620250729	E	2020-12-03	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X									$369,815	6.96%	$66,900
9413604270	620250729	E	2020-12-03	CCF	CCF04	COMFAMA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X									$369,815	4%	$33,600

Este certificado se expide el día 2020-12-07 a las 08:30.

Escaneado con CamScanner

aportes en línea

Certificados de Aportes

Se certifica que PAVIMENTAR S.A identificado(a) con NI 800040014 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para HUMBERTO DE JESUS OQUENDO JARAMILLO identificado(a) con CC 3506710

Clase Planilla	Clase Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Entidad	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																		IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cun	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	mp				
9413604270	820250729	E	2020-12-03	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-12	30									X										$1,358,438	4%	$54,400
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X										$1,358,438	16%	$217,400
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2020-11	30									X										$1,358,438		$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2020-11	30									X										$1,358,438		$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2020-11	30									X										$0	0%	$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2020-11	30									X										$0	0%	$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X										$1,358,438	6.96%	$94,600
9413604270	820250729	E	2020-12-03	CCF	CCF04	COMFAMA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X										$1,358,438	4%	$54,400

Este certificado se expide el día 2020-12-07 a las 08:30.

Escaneado con CamScanner

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que PAVIMENTAR S.A identificado(a) con NI 800040014 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para DANILO OSPINA LONDOÑO identificado(a) con CC 15332941

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										TDE	TAE	TDP	TAP	TDS	TAS	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	LR	VST	SLE	IGE	LMA			
9413604270	820250729	E	2020-12-03	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-12	30											X								$1,274,807	4%	$51,000
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30											X								$1,274,807	16%	$204,000
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2020-11	30											X								$1,274,807		$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2020-11	30											X								$1,274,807		$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2020-11	30											X								$0	0%	$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2020-11	30											X								$0	0%	$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30											X								$1,274,807	6.96%	$88,800
9413604270	820250729	E	2020-12-03	CCF	CCF04	COMFAMA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30											X								$1,274,807	4%	$51,000

Este certificado se expide el día 2020-12-07 a las 08:30.

Escaneado con CamScanner

ACTA No.3
INFORME SST Y COVID 19

Tomo No.2 de 3

"CONSERVACIÓN, MANTENIMIENTO Y REHABILITACIÓN DE LAS VÍAS A CARGO DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA EN LA SUBREGIÓN ORIENTE".

CONSORCIO VIAL SCS ORIENTE

CONTRATO DE OBRA Nº. 4600010855 DE 2020

INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, AMBIENTAL, FINANCIERA Y LEGAL PARA LA CONSERVACIÓN, MANTENIMIENTO Y REHABILITACIÓN DE LAS VÍAS A CARGO DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA EN LA SUBREGIÓN ORIENTE, DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA.

SERVICIOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA
CONSTRUCCIONES INGEVAL S.A.S

CONTRATO DE INTERVENTORÍA Nº. 4600010852 de 2020

PERIODO: DICIEMBRE 2020

INGEVAL S.A.S
Calle 38 N° 32 – 41 Edificio Parque Santander -
E-mail: info@ingevalsas.com.co
Villavicencio - Meta

aportes en línea

Certificados de Aportes

Se certifica que PAVIMENTAR S.A identificado(a) con NI 800040014 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para DEIMER MANUEL OVIEDO SIMANCA identificado(a) con CC 1193044969

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades	IBC	Tarifa	Cotización
9413604270	820250729	E	2020-12-03	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-12	27	X	$908,892	4%	$36,400
9413604270	820250729	E	2020-12-03	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-12	3	X	$94,882	4%	$3,800
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	27	X	$908,892	16%	$145,500
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	3	X	$94,882	16%	$15,200
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2020-11	27	X	$908,892		$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2020-11	3	X	$94,882		$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2020-11	27	X	$908,892		$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2020-11	3	X	$94,882		$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2020-11	27	X	$0	0%	$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2020-11	3	X	$0	0%	$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2020-11	27	X	$0	0%	$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2020-11	3	X	$0	0%	$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	27	X	$908,892	6.96%	$63,300
9413604270	820250729	E	2020-12-03	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	3	X	$94,882	0%	$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	CCF	CCF04	COMFAMA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	27	X	$908,892	4%	$36,400
9413604270	820250729	E	2020-12-03	CCF	CCF04	COMFAMA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	3	X	$94,882	4%	$3,800

te certificado se expide el día 2020-12-07 a las 08:30.

Escaneado con CamScanner

aportes en línea

Certificados de Aportes

Se certifica que PAVIMENTAR S.A identificado(a) con NI 800040014 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para SIMON SANTA ZAPATA identificado(a) con CC 1040325548

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										Ing	Ret	Tde	Tae	Tdp	Tap	Vsp	Cor	Vst	Sln	Ige	Lma	Vac	Avp	Vct	Irl	Vip			
9413604270	820250729	E	2020-12-03	EPS	EPS016	COOMEVA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-12	30																		$2,808,000	4%	$112,400
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30																		$2,808,000	16%	$449,300
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCIÓN	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2020-11	30																		$2,808,000		$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2020-11	30																		$2,808,000		$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2020-11	30																		$0	0%	$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2020-11	30																		$0	0%	$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30																		$2,808,000	6.96%	$195,500
9413604270	820250729	E	2020-12-03	CCF	CCF04	COMFAMA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30																		$2,808,000	4%	$112,400

Este certificado se expide el día 2020-12-07 a las 08:30.

Escaneado con CamScanner

aportes en línea

Certificados de Aportes

Se certifica que PAVIMENTAR S.A identificado(a) con NI 800040014 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para EVERARDO USUGA DUARTE identificado(a) con CC 11442774

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																		IBC	Tarifa	Cotización
										Irp	Cat	Sln	Ige	Lma	Vac	Vsp	Cor	vst	Ivl	Lbr	Ige	Rtw	Vac	avp	vct	irl	ige			
9413604270	620250729	E	2020-12-03	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-12	30										X									$1,313,350	4%	$52,600
9413604270	620250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30										X									$1,313,350	16%	$210,200
9413604270	620250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2020-11	30										X									$1,313,350		$0
9413604270	620250729	E	2020-12-03	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2020-11	30										X									$1,313,350		$0
9413604270	620250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2020-11	30										X									$0	0%	$0
9413604270	620250729	E	2020-12-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2020-11	30										X									$0	0%	$0
9413604270	620250729	E	2020-12-03	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30										X									$1,313,350	6.96%	$91,500
9413604270	620250729	E	2020-12-03	CCF	CCF04	COMFAMA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30										X									$1,313,350	4%	$52,600

Este certificado se expide el día 2020-12-07 a las 08:30.

Escaneado con CamScanner

aportes en línea

Certificados de Aportes

Se certifica que PAVIMENTAR S.A identificado(a) con NI 800040014 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para ELIAS EMILIO VALDERRAMA SARMIENTO identificado(a) con CC 84082977

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Ramo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	SUS	LPA	CLM	DNL	RLT	AUS	LNR			
9413604270	820250729	E	2020-12-03	EPS	EPS016	COOMEVA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-12	30									X								$1,342,715	4%	$53,800
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X								$1,342,715	16%	$214,900
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	25-14	COLPENSIONES	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2020-11	30									X								$1,342,715		$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	25-14	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2020-11	30									X								$1,342,715		$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2020-11	30									X								$0	0%	$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2020-11	30									X								$0	0%	$0
9413604270	820250729	E	2020-12-03	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X								$1,342,715	6.96%	$93,500
9413604270	820250729	E	2020-12-03	CCF	CCF04	COMFAMA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X								$1,342,715	4%	$53,809

Este certificado se expide el día 2020-12-07 a las 08:30.

Escaneado con CamScanner

aportes en línea

Certificado de Aportes

e certifica que PAVIMENTAR S.A identificado(a) con NI 800040014 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para JUAN MANUEL ZAPATA ARAMILLO identificado(a) con CC 71713332

...e Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Recaja	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																	IBC	Tarifa	Cotización
										ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	SUS	INC	LPA			
13604270	820250729	E	2020-12-03	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-12	30									X									$985,243	4%	$39,500
3604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X									$985,243	16%	$157,700
3604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	231001	COLFONDOS	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2020-11	30									X									$985,243		$0
604270	820250729	E	2020-12-03	AFP	231001	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2020-11	30									X									$985,243		$0
04270	820250729	E	2020-12-03	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2020-11	30									X									$0	0%	$0
4270	820250729	E	2020-12-03	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILIADO	2020-11	30									X									$0	0%	$0
270	820250729	E	2020-12-03	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X									$985,243	6.96%	$68,600
270	820250729	E	2020-12-03	CCF	CCF04	COMFAMA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30									X									$985,243	4%	$39,500

ertificado se expide el día 2020-12-07 a las 08:30.

Escaneado con CamScanner

	PERMISO DE TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS CONTRATISTA JDA S.A.S	SST-PEC
CONTRATISTA JDA SAS NIT 900000000-1		Versión:02
		Fecha: Diciembre 2020

OBRA O CENTRO DE TRABAJO: Autopista Granada

CONTRATISTA: Contratista JDA S.A.S. UBICACIÓN: Kilometro 5 +500 EMISOR: Diego Ochoa

Cedula: 43911294.

Fecha de Inicio de la tarea: 21-12-20 Fecha de terminación de la tarea 24-12-20 HORA DE INICIO: 7:00AM HORA FINAL: 5:00 PM.

ACTIVIDAD:	DESCRIPCION DE LA TAREA:	ALTURA APROXIMADA
Excavacion de pilas manual armado y vaciado de anillos	Excavar pilas manualmente armar anillos para excavar cada y metro con las herramientas requeridas	9 Metros

	Nombre del trabajador:	Cédula	Firma:
1	Marco Fidel Gonzalez	1038105391	Marco
2	Adalberto Sanchez	71936.961	Adalberto
3	Edwin Alberto Montoya	70.420591	Edwin
4	Joel Mora Duran	1116493129	
5			

	ALTURAS	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domin	
		SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO
1	El personal que realiza la actividad cuenta con capacitacion especifica para trabajos en Espacios confinados?	✓			✓			✓													
2	Los encargados de realizar las labores se encuentran en condiciones anímicas y físicas saludables?	✓			✓			✓													
3	Los equipos de proleccion personal usados tienen certificacion y se encuentran en buen estado?	✓			✓			✓													
4	Los equipos a utilizar han sido revisados previo al inicio de la actividad y estos se encuentran en buen estado?	✓			✓			✓													
5	La linea de vida se encuentra libre de empates o añadiduras?	✓			✓			✓													
	La linea de vida se encuentra fijada a un punto de anclaje estructural?	✓			✓			✓													
7	El sitio donde se realiza el trabajo se encuentra libre de riesgo eléctrico?	✓			✓			✓													
	e encuentra señalizada y/o demarcada la zona de trabajo?	✓			✓			✓													
9	El sistema de prevención de caidas se encuentra protegido de aristas u otros factores que puedan comprometer su resistencia?	✓			✓			✓													

	DATOS GENERALES	Lunes			Martes			Miércole			Jueves			Viernes			Sábado			Domin	
		SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO
10	La(s) persona(s) encargada(s) de ejecutar la tarea ha(n) recibido instrucciones de seguridad especificas para la labor a realizar?	✓			✓			✓													
11	Se cuenta con brigada, botiquin de primeros auxilios, inmovilizadores y camillas?	✓			✓			✓													
12	La seguridad social de las personas que realizan la actividad esta disponible y se encuentra vigente?	✓			✓			✓													
13	Quien va a realizar la tarea cuenta con certificado para realizar trabajo seguro en Espacios Confinados?	✓			✓			✓													
14	Se encuentra libre del efecto de sustancias sicoactivas que puedan alterar su estado de conciencia (medicamentos, drogas, licor...)?	✓			✓			✓													
15	El trabajador afirma que se encuentra libre de problemas que afecten su concetración (familiares, personales o laborales)?	✓			✓			✓													

REGISTRO DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD

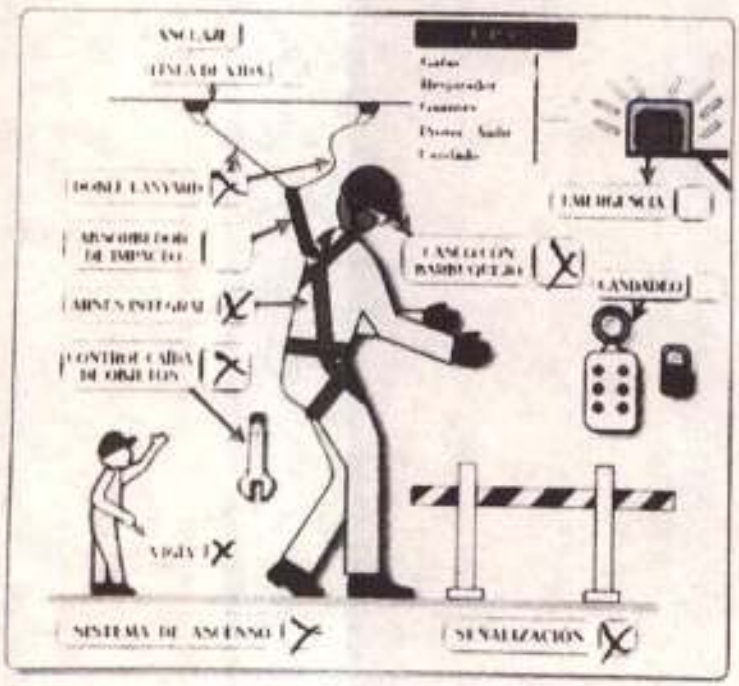
	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Nº DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA DE LOS TRABAJADORES						
			Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1	Adalberto Sanchez.	71936961							
2	Marco Tiol Gonzalez	1038105372							
3	Alexis Monoya	70920571							
4	Joel Mora Duran	1116493429							
5									

Vo.Bo. Emisor del Permiso

Firma del Emisor del permiso: Dennis Johanna Orrego Cédula: 43911.294

Observaciones Siempre estar en compañia del ayudante usar las herramientas correctas para la actividad uso correcto del equipo de protección contra caidas Arnes Eslingas en Y, Linea de vida, Mosquetones, Freno uso correcto de EPP. Para realizar la actividad, Buena comunicación con el compañero de la parte superior, si suspenden actividades si se presentan lluvias o una tormenta electrica

Señale en la siguiente figura los elementos de protección personal requeridos para realizar la actividad



SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

1. Sin la respuesta afirmativa a todos los puntos que aplica este permiso de trabajo, no se podrá AUTORIZAR la ejecución del trabajo.
2. El permiso aplica únicamente para un turno de trabajo (12 horas máximo).
3. Si las condiciones iniciales bajo las cuales se autoriza este permiso de trabajo cambian, se debe suspender el trabajo y realizar las acciones correctivas pertinentes, para poder continuar con la labor.(Resolución 1409 de 2012).

1. INFORMACION GENERAL DEL TRABAJO

EMPRESA (registrar razón social de la empresa): Contratista JOA S.A.S

FECHA DE EXPEDICIÓ Desde: 7.12.2020 Hasta 12.12.2020 TURNO DIURNO [✓] NOCTURNO [ ] HORA INICIO 7:00pm HORA FINALIZACION 5:00PM

FRENTE O AREA: Autopista Granada ALTURA APROXIMADA A LA QUE SE EJECUTA LABOR: 5 Metros LOCALIZACIÓN EXACTA: KM 5+300

DESCRIPCIÒN DEL TRABAJO A REALIZAR : Excavacion de pilas Manual, Armada y Vaciado de Anillos Armada de Tramo, Transporte de Material y Arona de pilas

2. PERSONAL AUTORIZADO Y CONDICIONES DE LOS EPI Y EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL CONTRA CAIDAS REQUERIDOS

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	CEDULA	¿El trabajador cuenta con la afiliación a la seguridad social vigente y carnet de identificación? SI	NO	¿El trabajador manifiesta estar en condición física y psíquica apta, para trabajar? SI	NO	¿Esta certificado en trabajo seguro en alturas y tiene conocimiento claro de los riesgos de su trabajo? SI	NO	¿Dispone de casco con barbuquejo y en buen estado? SI	NO	¿Dispone de guantes de seguridad y en buen estado? SI	NO	¿Dispone de gafas de seguridad y en buen estado? SI	NO	¿Dispone de botas de seguridad y en buen estado? SI	NO	¿Dispone de arnés de cuerpo completo, eslinga y línea de vida en buen estado? SI	NO	¿El empleado informa que NO esta bajo los efectos de sustancias alucinogenas, alcohol y otras drogas? SI	NO	FIRMA
1	Adalberto Sanchez	Pilero	71936961	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
2	Marco Fidel Gonzalez	Pilero	1038105371	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
3	Alberto Montoya	Pilero	70120571	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
4	Joel Mora Duran	Ayud.	1116493421	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

	3. ANALISIS DEL ENTORNO DE TRABAJO	SI	NA	OBSERVACIONES
1	¿El sitio de trabajo está libre de lluvia, tormenta eléctrica, vientos fuertes o cualquier condición adversa?			Se Suspenden Actividades Si Se Presentan
2	¿El lugar de trabajo se encuentra en condiciones de orden y aseo, requerido para ejecutar la labor?	✓		
3	¿Se han identificado, ubicado las salidas de evacuación y los equipos de emergencia, y están disponibles para su uso?	✓		
4	¿Se ha instalado la señalización adecuada y delimitado el área de trabajo?	✓		
5	¿Se ha informado al personal autorizado, sobre las otras actividades que se ejecutan en la misma área de trabajo (ejemplo: izaje de carga, trabajos en caliente, trabajo eléctrico, de excavación, etc.)?	✓		

	4. EQUIPOS DE PROTECCION CONTRA CAIDA REQUERIDOS (señale con una "X" los equipos requeridos)	SI	NA	OBSERVACIONES
ANCLAJES	Punto de anclaje fijo (mínimo de 5000 Libras) en condiciones de uso y operación.	✓		
	Punto de anclaje portátil (mínimo de 5000 Libras) en condiciones de uso y operación.		✓	
LINEAS DE VIDA	Línea de vida horizontal en condiciones de uso y operación.		✓	
	Línea de vida vertical en condiciones de uso y operación.	✓		
ESLINGAS	Eslingas de posicionamiento en condiciones de uso y operación.		✓	
	Eslingas de absorbedor sencilla en condiciones de uso y operación.		✓	
	Eslingas de absorbedor en "Y" en condiciones de uso y operación.	✓		
OTROS	Ascendedor en condiciones de uso y operación.		✓	
	Descendedor en condiciones de uso y operación.	✓		
	Arrestador de Caidas en condiciones de uso y operación.		✓	
	Mosquetón en condiciones de uso y operación.	✓		
	Cuerdas en condiciones de uso y operación.		✓	

5. SISTEMAS DE ACCESO REQUERIDOS (señale con una "X" los equipos requeridos, los sistemas de acceso requeridos para la realización de la labor deben estar en adecuados condiciones de uso y operación)

	DESCRIPCION	SI	NA
ESCALERAS	Escalera armada y amarrada extremo superior		✓
	Zapatas de seguridad		✓
	Peldaños y larguero en buen estado		✓
	Inclinación (4:1)		✓
BARANDAS	DESCRIPCION	SI	NA
	Resistencia estructural 200 lb (mín.)		✓
	Altura baranda entre 1 m y 1,20 m (máx.)		✓
	Travesaño intermedio ubicación a 40 cm		✓
	Separación entre soportes verticales 1 m (mín)		✓
	Altura de los rodapiés de 15 a 20 cm		✓

	DESCRIPCION	SI	NA
POSTES	Desenergizado		✓
	Base en buen estado		✓
	Ausencia de vectores (abejas o avispas)		✓
	Ausencia grietas / fisuras		✓
OTROS	DESCRIPCION	SI	NA
	Grúas con canasta (certificada)		✓
	Winches o polipastos con canasta (certificada)		✓
	Equipo telescópico o articulado con canasta		✓

	DESCRIPCION	SI	NA
ANDAMIOS	Asegurado y nivelado		✓
	Módulos en buen estado		✓
	Tablones o plataformas en buen estado y asegurados		✓
	Superficie de la base estable		✓
	CRITERIO	SI	NA
	Chequeo pre operacional	✓	
	Chequeo pre operacional		
	Chequeo pre operacional		

6. HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS REQUERIDOS PARA HACER LA TAREA (Los herramientas y/o equipos requeridos para la realización de la labor deben estar en adecuados condiciones de uso y operación)

Malinete, pala, Barra, Canecas, Arnes, Eslinga en Y, Freno, Mosqueton, Linea de vida.

7. REQUERIMIENTO ADICIONALES

1. SE REQUIRE SUPERVISION PERMANENTE? SI ✓ NO ☐ NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN SUPERVISA: Yojana Andrea Gallego.

2. SE REQUIERE DE PERMISOS ADICIONALES? Trabajo en caliente ☐ Trabajo en espacios confinados ✓ Trabajo en electrico ☐

8. OBSERVACIONES

9. AUTORIZACION DEL PERMISO (Los responsables de la autorización de este permiso confirman haber verificados las condiciones anteriormente descritas y autorizan la ejecución del mismo)

RESPONSABLE DEL TRABAJO (capataz, asistente, supervisor)		SEGURIDAD INDUSTRIAL (vigia, inspector, coordinador)	
NOMBRE Y APELLIDOS	Yhon Mario A	NOMBRE Y APELLIDOS	Yojana Andrea Gallego
CARGO	Contratista	CARGO	SST
FIRMA	Yhon Mario	FIRMA	Yojana Gallego N.

Observaciones: El dia 11/12/20 Se anulan actividades por la residente sst consorcio vial scs oriente por no presencia de la residente Aux SST.

012

CONTRATISTA JDA S.A.S	PERMISO DE TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	SST- PEC Version 01 2020-Noviembre

OBRA O CENTRO DE TRABAJO: Autopista Granada

CONTRATISTA: Contratista JDA S.A.S UBICACIÓN: Kilometro 5+500 EMISOR: Yorguin Gallego Cedula: 1017229164

Fecha de inicio de la tarea: 7.12.2020 Fecha de terminación de la tarea 12.12.2020 HORA DE INICIO 7:00am HORA FINAL: 5:00pm

ACTIVIDAD:	DESCRIPCION DE LA TAREA:	ALTURA APROXIMADA
Excavacion de alcantarillado Armada y Vaciado de Anillos.	Excavar pozos Manualmente, Armar Anillos para fundir Grada y Metro con los herramientas Requeridas	9 Metros.

	Nombre del trabajador:	Cédula	Firma:
1	Abalberto Sanchez	71.936.961	
2	Marco Fidel Gonzalez	1.038.105.371	
3	Edgar Alberto Montoya	70.120.571	
4	Joel Mora Duran	1116413421	
5			

	ALTURAS	Lunes SI	Lunes NO	Lunes NA	Martes SI	Martes NO	Martes NA	Miércoles SI	Miércoles NO	Miércoles NA	Jueves SI	Jueves NO	Jueves NA	Viernes SI	Viernes NO	Viernes NA	Sábado SI	Sábado NO	Sábado NA	Domingo SI	Domingo NO	Domingo NA
1	El personal que realiza la actividad cuenta con capacitacion especifica para trabajos en Espacios confinados?	✓						✓			✓											
2	Los encargados de realizar las labores se encuentran en condiciones anímicas y físicas saludables?	✓						✓			✓											
3	Los equipos de proteccion personal usados tienen certificacion y se encuentran en buen estado?	✓						✓			✓											
4	Los equipos a utilizar han sido revisados previo al inicio de la actividad y estos se encuentran en buen estado?	✓						✓			✓											
5	La linea de vida se encuentra libre de empates o añadiduras?	✓						✓			✓											
6	La linea de vida se encuentra fijada a un punto de anclaje estructural?	✓						✓			✓											
7	El sitio donde se realiza el trabajo se encuentra libre de riesgo eléctrico?	✓						✓			✓											
8	Se encuentra señalizada y/o demarcada la zona de trabajo?	✓						✓			✓											
9	El sistema de prevención de caidas se encuentra protegido de aristas u otros factores que puedan comprometer su resistencia?	✓						✓			✓											

	DATOS GENERALES	Lunes SI	Lunes NO	Lunes NA	Martes SI	Martes NO	Martes NA	Miércole SI	Miércole NO	Miércole NA	Jueves SI	Jueves NO	Jueves NA	Viernes SI	Viernes NO	Viernes NA	Sábado SI	Sábado NO	Sábado NA	Domingo SI	Domingo NO	Domingo NA
10	La(s) persona(s) encargada(s) de ejecutar la tarea ha(n) recibido instrucciones de seguridad especificas para la labor a realizar?	✓						✓			✓											
11	Se cuenta con brigada, botiquín de primeros auxilios, inmovilizadores y camillas?	✓						✓			✓											
12	La seguridad social de las personas que realizan la actividad esta disponible y se encuentra vigente?	✓						✓			✓											
13	Quien va a realizar la tarea cuenta con certificado para realizar trabajo seguro en Espacios Confinados?	✓						✓			✓											
14	Se encuentra libre del efecto de sustancias sicoactivas que puedan alterar su estado de conciencia (medicamentos, drogas, licor...)?	✓						✓			✓											
15	El trabajador afirma que se encuentra libre de problemas que afecten su concentración (familiares, personales o laborales)?	✓						✓			✓											
16	Quien va a realizar la labor tiene vigente el certificado de **aptitud médica para trabajos en Espacios Confinados?**	✓						✓			✓											
17	En caso de que exista interferencia o simultaneidad con otras actividades se han tomado las medidas de prevención necesarias (procedimiento de comunicación, protecciones perimetrales, entre otros)?	✓						✓			✓											

REGISTRO DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD

	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Nº DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA DE LOS TRABAJADORES						
			Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1	Adalberto Sanchez.	71936961		/					
2	Marco Fidel Gonzalez.	1038105371		/					
3	Alberto Montoya	70420571		/					
4	Joel Mora Ocampo	1116493429	/	/	/	/			
5	/	/							

Vo.Bo. Emisor del Permiso: Yojana / Yojana Yojana Yojana Yojana Yojana

Firma del Emisor del permiso: Yojana Andrea Grillego Cédula: (10170)1017209699

Observaciones: Siempre estar en Compañia del Ayudante, Usar las Herramientas Correctas para la Actividad, Uso Correcto del Equipo de Protección Contra Caidas Arnes, Eslinga en Y, Linea de Vida, Mosqueton, freno, Uso Correcto de los Epp para Ventilar la Actividad, Buena comunicación con el Compañero de la parte Superior, Se Suspenden Actividades si se presentan lluvias o Tormenta Eléctrica.

Señale en la siguiente figura los elementos de protección personal requeridos para realizar la actividad



CONTRATISTA JDM SAS
NIT: 1067003314

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

3. ANALISIS DEL ENTORNO DE TRABAJO		SI	NA	OBSERVACIONES
1	¿El sitio de trabajo está libre de lluvia, tormenta eléctrica, vientos fuertes o cualquier condición adversa?			Se suspenden Actividades en caso.
2	¿El lugar de trabajo se encuentra en condiciones de orden y aseo, requerido para ejecutar la labor?	✓		
3	¿Se han identificado, ubicado las salidas de evacuación y los equipos de emergencia, y están disponibles para su uso?	✓		
4	¿Se ha instalado la señalización adecuada y delimitado el área de trabajo?	✓		
5	¿Se ha informado al personal autorizado, sobre las otras actividades que se ejecutan en la misma área de trabajo (ejemplo: izaje de carga, trabajos en caliente, trabajo eléctrico, de excavación, etc.)?	✓		

4. EQUIPOS DE PROTECCION CONTRA CAIDA REQUERIDOS (señale con una "X" los equipos requeridos)		SI	NA	OBSERVACIONES
ANCLAJES	Punto de anclaje fijo (mínimo de 5000 Libras) en condiciones de uso y operación.	✓		
	Punto de anclaje portátil (mínimo de 5000 Libras) en condiciones de uso y operación.		X	
LINEAS DE VIDA	Línea de vida horizontal en condiciones de uso y operación.		X	
	Línea de vida vertical en condiciones de uso y operación.	✓		
ESLINGAS	Eslingas de posicionamiento en condiciones de uso y operación.		X	
	Eslingas de absorbedor sencilla en condiciones de uso y operación.		X	
	Eslingas de absorbedor en "Y" en condiciones de uso y operación.	✓		
OTROS	Ascendedor en condiciones de uso y operación.		X	
	Descendedor en condiciones de uso y operación.	✓		
	Arrestador de Caídas en condiciones de uso y operación.		X	
	Mosquetón en condiciones de uso y operación.	✓		
	Cuerdas en condiciones de uso y operación.		X	

5. SISTEMAS DE ACCESO REQUERIDOS (señale con una "X" los equipos requeridos, los sistemas de acceso requeridos para la realización de la labor deben estar en adecuados condiciones de uso y operación)

	DESCRIPCION	SI	NA
ESCALERAS	Escalera armada y amarrada extremo superior		✓
	Zapatas de seguridad		✓
	Peldaños y largueros en buen estado		✓
	Inclinación (4:1)		✓
BARANDAS	Resistencia estructural 200 lb (mín.)		✓
	Altura baranda entre 1 m y 1,20 m (máx.)		✓
	Travesaño intermedio ubicación a 40 cm		✓
	Separación entre soportes verticales 1 m (mín)		✓
	Altura de los rodapiés de 15 a 20 cm		✓

POSTES	DESCRIPCION	SI	NA
	Desenergizado		✓
	Base en buen estado		✓
	Ausencia de vectores (abejas o avispas)		✓
	Ausencia grietas / fisuras		✓

OTROS	DESCRIPCION	SI	NA
	Grúas con canasta (certificada)		✓
	Winches o polipastos con canaste (certificada)		✓
	Equipo telescópico o articulado con canasta		✓

ANDAMIOS	DESCRIPCION	SI	NA
	Asegurado y nivelado		✓
	Módulos en buen estado		✓
	Tablones o plataformas en buen estado y asegurados		✓
	Superficie de la base estable		✓

CRITERIO	SI	NA
Chequeo pre operacional	✓	
Chequeo pre operacional		
Chequeo pre operacional		

6. HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS REQUERIDOS PARA HACER LA TAREA (Las herramientas y/o equipos requeridos para la realización de la labor deben estar en adecuados condiciones de uso y operación)

Machete, Pala, Barra, Canecas, Arnes, Eslinga tN y, Freno, Mosqueton, Linea de Vida

7. REQUERIMIENTO ADICIONALES

1. SE REQUIRE SUPERVISION PERMANENTE? SI [✓] NO [ ] NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN SUPERVISA: Dennis Johanna Ortego B

2. SE REQUIERE DE PERMISOS ADICIONALES? Trabajo en caliente [ ] Trabajo en espacios confinados [✓] Trabajo en eléctrico [ ]

8. OBSERVACIONES

9. AUTORIZACION DEL PERMISO (Los responsables de la autorización de este permiso confirman haber verificados las condiciones anteriormente descritas y autorizan la ejecución del mismo)

RESPONSABLE DEL TRABAJO (capataz, asistente, supervisor)

NOMBRE Y APELLIDOS Jhon Pardo. A
CARGO Encargado
FIRMA Jhon Pardo

SEGURIDAD INDUSTRIAL (vigía, inspector, coordinador)

NOMBRE Y APELLIDOS Dennis Johanna Ortego B
CARGO SST.
FIRMA

CONTRATISTA JOA SAS
NIT: 900700363-6

SISTEMA DE [redacted] DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRAB[redacted]

PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

1. Sin la respuesta afirmativa a todos los puntos que aplica este permiso de trabajo, no se podrá AUTORIZAR la ejecución del trabajo.
2. El permiso aplica únicamente para un turno de trabajo (12 horas máximo).
3. Si las condiciones iniciales bajo las cuales se autoriza este permiso de trabajo cambian, se debe suspender el trabajo y realizar las acciones correctivas pertinentes, para poder continuar con la labor.(Resolución 1409 de 2012).

1. INFORMACION GENERAL DEL TRABAJO

EMPRESA (registrar razón social de la empresa): CONTRATISTA JOA S.A.S

FECHA DE EXPEDICIÓ Desde: 7.12.2020 Hasta: 18.12.2020 **TURNO** DIURNO [X] NOCTURNO [ ] **HORA INICIO** 7:00 AM **HORA FINALIZACION** 5:00 PM.

FRENTE O AREA: Autopista Bramon **ALTURA APROXIMADA A LA QUE SE EJECUTA LABOR:** 6 **Metros** LOCALIZACIÓN EXACTA: Km 5+500.

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR : Excavacion de pilas Manual Armada y Vaciado de Anillo Armado a Trincho, Transporte Material y Retiro de Pilas

2. PERSONAL AUTORIZADO Y CONDICIONES DE LOS EPI Y EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL CONTRA CAIDAS REQUERIDOS

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	CEDULA	¿El trabajador cuenta con la afiliación a la seguridad social vigente y carnet de identificación? SI	NO	¿El trabajador manifiesta estar en condición física y psíquica apta, para trabajar? SI	NO	¿Esta certificado en trabajo seguro en alturas y tiene conocimiento claro de los riesgos de su trabajo? SI	NO	¿Dispone de casco con barbuquejo y en buen estado? SI	NO	¿Dispone de guantes de seguridad y en buen estado? SI	NO	¿Dispone de gafas de seguridad y en buen estado? SI	NO	¿Dispone de botas de seguridad y en buen estado? SI	NO	¿Dispone de arnés de cuerpo completo, eslinga y línea de vida en buen estado? SI	NO	¿El empleado informa que NO esta bajo los efectos de sustancias psicoactivas, alcohol y otras drogas? SI	NO	FIRMA
1	Marco Fidel Gonzalez	Pilero	[redacted]	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		MARCO E
2	Alberto Moreno	Pilero	70420571	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		Alberto
3	Adalberto Sanchez	Pilero	71936961	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		Adalberto
4	Joel Mora Ovani	Ayudante	1116493419	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						

	PERMISO DE TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS CONTRATISTA JDA S.A.S	SST-PEC
		Versión:02
		Fecha: Diciembre 2020

OBRA O CENTRO DE TRABAJO: Avenida Granada
CONTRATISTA: Contratista JDA. SAS UBICACIÓN: Kilometro 51500 ENVIOR: Diomedes Arroyo
Cedula: 43911.294.
Fecha de Inicio de la tarea: 17-12-2020 Fecha de terminación de la tarea: 18-12-2020 HORA DE INICIO: 7:00AM HORA FINAL: 5:00pm

ACTIVIDAD:	DESCRIPCION DE LA TAREA:	ALTURA APROXIMADA
Excavacion de pilas Mantenimiento Aereos y de Antenas	Excavar pilas manualmente Arreglar antenas para trabajar con 1 metro. con las especificaciones requeridas	6 Metros

	Nombre del trabajador:	Cédula	Firma:
1	Adalberto Sanchez	71936962	
2	Mario Jose Gonzalez	1038105391	
3	Edwar Alberto Montoya	70420571	
4	Joel Mora Duran	1116.493429	
5			

	ALTURAS	Lunes SI	Lunes NO	Lunes NA	Martes SI	Martes NO	Martes NA	Miércoles SI	Miércoles NO	Miércoles NA	Jueves SI	Jueves NO	Jueves NA	Viernes SI	Viernes NO	Viernes NA	Sábado SI	Sábado NO	Sábado NA	Domingo SI	Domingo NO	Domingo NA
1	El personal que realiza el trabajo cuenta con equipo de protección personal para trabajo en alturas?										✓			✓								
2	Los trabajadores de las tareas descritas se encuentran en optimas condiciones físicas para laborar?										✓			✓								
3	Los equipos de protección personal usados tienen certificación y se encuentran en buen estado?										✓			✓								
4	Está cerca a un sitio donde trabajadores realizan trabajo en alturas y están encuentran en buen estado?										✓			✓								
5	La línea de vida se encuentra libre de empalmes o nudos?										✓			✓								
6	La línea de vida se encuentra fijada a un punto de anclaje estructural?										✓			✓								
7	El área donde se ejecuta el trabajo se encuentra libre de riesgo eléctrico?										✓			✓								
8	Se encuentra señalizada y/o demarcada la zona de trabajo?										✓			✓								
9	El sistema de prevención de caídas se encuentra protegido de orificios o aberturas que puedan comprometer su integridad?										✓			✓								

	DATOS GENERALES	Lunes SI	Lunes NO	Lunes NA	Martes SI	Martes NO	Martes NA	Miércole SI	Miércole NO	Miércole NA	Jueves SI	Jueves NO	Jueves NA	Viernes SI	Viernes NO	Viernes NA	Sábado SI	Sábado NO	Sábado NA	Domingo SI	Domingo NO	Domingo NA
10	El personal encargado de ejecutar la tarea recibió charlas de seguridad específicas para laborar la tarea?										✓			✓								
11	Se cuenta con brigada contra incendios, primeros auxilios y comunal?										✓			✓								
12	La seguridad social de las personas que realizan la actividad está cubierta y se encuentra vigente?										✓			✓								
13	Quien va a realizar la tarea cuenta con certificado para realizar trabajo seguro en Espacios Confinados?										✓			✓								
14	Se encuentra libre de efecto de sustancias psicoactivas que puedan alterar su estado de consciencia (medicamentos, drogas, licor...)?										✓			✓								
15	El trabajador afirma que se encuentra libre de problemas que afecten su concentración (familiares, personales o laborales)?										✓			✓								
16	Quien va a realizar la labor tiene vigente el certificado de **aptitud médica para trabajos en Espacios Confinados**?										✓			✓								
17	En caso de que exista interferencia o simultaneidad con otras actividades se han tomado las medidas de prevención necesarias (procedimiento de comunicación, cronograma, permisos, entre otros)?										✓			✓								

CONTRATISTA JOA SAS
NIT: 900700283-6

REGISTRO DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD

	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Nº DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA DE LOS TRABAJADORES						
			Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1	Adalberto Sanchez	71936961	✓	✓	✓				
2	Marco Fidel Gonzalez	1088105371	✓	✓	✓				
3	Arbey Hoyos	70420597	✓	✓	✓				
4	Joel Mora Duran	1116493429	✓	✓	✓				
5									
	Vo.Bo. Emisor del Permiso		✓	✓	✓				

Firma del Emisor del permiso: Dennis Johanna O. Cédula: 43911294

Observaciones: Se Recomienda siempre estar en compañia del Ayudante, usar las herramientas Correctas para la actividad, uso Correcto de las Barreras de protección contra caidas, Arnes Eslinga en buen estado, Tener uso Correcto de los EPP para Realizar la actividad, Mantener Comunicación con el Vigia de la obra para suspender actividades si se presenta Lluvias Tormenta Electrica

Señale en la siguiente figura los elementos de protección personal requeridos para realizar la actividad



Marinilla, 17 de diciembre del 2020

C.I-40- 4600010852-2020-006

Señores
CONSORCIO VIAL SCS ORIENTE
Atn. Dr. LUIS CARLOS TORRES
Representante Legal

La ciudad.

REFERENCIA: Contrato de interventoría No.4600010852 del 2020 "Interventoría Técnica, administrativa, ambiental, financiera y legal, para la conservación, mantenimiento y rehabilitación de las vías a cargo del Departamento de Antioquia en la subregión de Oriente".
Contrato de Obra N° 4600010855 "Conservación, mantenimiento y rehabilitación de las vías a cargo del departamento de Antioquia en la subregión oriente".

ASUNTO: Observaciones SST.

Cordial saludo,

Dentro del marco de nuestras obligaciones relacionadas con el seguimiento a las actividades realizadas por el Consorcio Constructor y sus compromisos contractuales plasmados en la minuta suscrita con la Gobernación de Antioquia y documentos complementarios, se han evidenciado las siguientes falencias reiterativas, que deberán ser corregidas de inmediato, so pena por parte de la interventoría de ordenar la suspensión de actividades o no autorizar el inicio de las mismas hasta tener la información básica para permitir el inicio de las mismas:

- Se sigue evidenciando en campo personal sin dotación de seguridad para la ejecución de actividades de manera segura.

- Las actividades que se están planificando nuevas a corto plazo deberán previamente verificar las condiciones de ambiente, logística y de personal para posteriormente ser validados y aprobados por interventoría.

- Para las actividades de alto riesgo excavación de pilas, está pendiente por la entrega de los procedimientos de espacios confinados, y procedimiento de rescate en alturas.

NOTA: Las próximas actividades no podrán dar inicio si no se entrega previamente los procedimientos para previa revisión y aprobación por parte de interventoría.

- En los controles viales se observan falencias con las personas responsables del mismo control, debido que nos están siendo eficientes acordes a la actividad a realizar, teniendo en cuenta el deber ser minimizar el riesgo de transito en las vías de intervención.

NOTA: Esta condición es reiterativo y plasmado en oficios anteriores, intervenir inmediatamente al personal responsable para su corrección.

- Se evidencia faltante de señalización en los diferentes frentes, para dar cobertura y prevención al momento de ejecución de actividades.

- REGISTRO FOTOGRAFICO:

	
FOTO1: Personal en obra sin portar los elementos de protección apropiados para la labor.	FOTO2: Personal en obra sin portar los elementos de protección apropiados para la labor.

	
FOTO3: Actividades nuevas verificación de condiciones y adecuación de ambientes de trabajo.	FOTO4 Actividades nuevas verificación de condiciones y adecuación de ambientes de trabajo.
	
FOTO5: Ejecución de actividades sin autorización documental.	FOTO6: Ejecución de actividades sin autorización documental.

	
FOTO7: Control de tráfico no funcional.	FOTO8: Control de tráfico no funcional.

Atentamente,

ING. WILLIAM VALENCIA
DIRECTOR DE INTERVENTORÍA
INGEVAL S.A.S

Proyectado	Revisado
Ing. Diana Toro	Ing. Yasshir Said Yaya Garzón
Cargo: Profesional SST	Cargo: Residente de Interventoría

Marinilla, 18 de diciembre del 2020

C.I-40- 4600010852-2020-006

Señores
CONSORCIO VIAL SCS ORIENTE
Atn. Dr. LUIS CARLOS TORRES
Representante Legal

La ciudad.

REFERENCIA: Contrato de interventoría No.4600010852 del 2020 "Interventoría Técnica, administrativa, ambiental, financiera y legal, para la conservación, mantenimiento y rehabilitación de las vías a cargo del Departamento de Antioquia en la subregión de Oriente".
Contrato de Obra N° 4600010855 "Conservación, mantenimiento y rehabilitación de las vías a cargo del departamento de Antioquia en la subregión oriente".

ASUNTO: Observaciones SST.

Cordial saludo,

Dentro del marco de nuestras obligaciones relacionadas con el seguimiento a las actividades realizadas por el Consorcio Constructor y sus compromisos contractuales plasmados en la minuta suscrita con la Gobernación de Antioquia y documentos complementarios, se han evidenciado las siguientes falencias reiterativas, que deberán ser corregidas de inmediato, so pena por parte de la interventoría de ordenar la suspensión de actividades o no autorizar el inicio de las mismas hasta tener la información básica para permitir el inicio de las mismas:

- En cumplimiento verificación en campo, el día de ayer 17/12/2020, se observa realizando actividades de excavación manual de pilas cuando esta se encontraba suspendida por no contar con una persona competente (SST- Coordinadora) que acompañe verifique y autorice las actividades entendiéndose actividades de alto riesgo, se procede a la suspensión de la actividad debido que no se contaba con la documentación al día y completa de la persona a cargo y responsable de la vigilancia y control de las actividad. Dicha documentación fue enviada a la interventoría el día de hoy 18/12/2020 8:52 am.

- Es reiterativo esta falta de que se dan inicio actividades oh ingresa personal sin previa revisión y aprobación por parte de la interventoría.

Atentamente,

ING. WILLIAM VALENCIA
DIRECTOR DE INTERVENTORÍA
INGEVAL S.A.S

Proyectado	Revisado
Ing. Diana Toro	Ing. Yasshir Said Yaya Garzón
Cargo: Profesional SST	Cargo: Residente de Interventoría

Marinilla, 19 de noviembre del 2020

C.I-40- 4600010852-2020-006

Señores
CONSORCIO VIAL SCS ORIENTE
Atn. Dr. LUIS CARLOS TORRES
Representante Legal

La ciudad.

REFERENCIA: Contrato de interventoría No.4600010852 del 2020 "Interventoría Técnica, administrativa, ambiental, financiera y legal, para la conservación, mantenimiento y rehabilitación de las vías a cargo del Departamento de Antioquia en la subregión de Oriente".
Contrato de Obra N° 4600010855 "Conservación, mantenimiento y rehabilitación de las vías a cargo del departamento de Antioquia en la subregión oriente".

ASUNTO: Observaciones SST- Protocolo de bioseguridad.

Cordial saludo,

Con el fin de garantizar las buenas prácticas de seguridad y salud de los trabajadores en su labor de la empresa se realizan observaciones y se solicita de manera inmediata al contratista tomar medidas urgentes o se procederá a la suspensión de actividades el día de mañana, teniendo en cuenta el comité efectuado el día 12/11/2020, con presencia del Profesional Alcides de la Gobernación, donde se estipula un acta dejando claro que la información se deberá ser entregada previa antes de ejecutar actividades en campo, el área SST contratante debe tener previo conocimiento de todas las actividades que generen los subcontratistas y a su ves realizar verificaciones en campo que si estén cumpliendo con los parámetros SST y protocolo de bioseguridad, ser muy estricta en exigir el cumplimiento por parte de los ejecutores.

- En el frente de Granada, excavaciones de pilas para muro de contención evidencio, lo siguiente:

- La persona responsable del área SST del contratista comenta que solo va estar una vez por semana, teniendo en cuenta la actividad de alto riesgo que se ejecuta debe permanecer una persona de tiempo completo responsable del personal y de sus actividades diarias, lo dicta la resolución 1409/2012 no es posible que la SST firme un permiso semanal y cado 8 días se verifique, supuestamente queda en campo otra persona que se encarga de la validación de condiciones y diligenciamiento de la lista de verificación, al parecer esta persona es la encargada del área de nómina y no sé hasta qué punto sea conveniente sin conocer las capacidades y la formación y si cuenta con el curso de 50 horas y certificado como coordinadora de entrenamiento seguro en alturas, por favor validar esta información hasta qué punto llega.

- Se iniciaron las actividades de excavación manual de pilas, hasta el momento no cuento con los procedimientos para trabajo seguro en alturas, procedimiento para excavaciones, procedimiento de rescate en alturas, no cuento con las hojas de vida de los equipos de anti caída, ni las fichas técnicas.

- Aún falta por instalar señalización vertical sobre la vida en ambos sentidos, es importante hacer esta actividad lo más urgente posible, para que cumplamos de acuerdo al PMT presentado y podamos tener argumentos en caso de que se presente un accidente de tránsito. falta señalización en campo de salidas de emergencia, obligatoriedad.

- Adecuar el punto de emergencia Camilla, botiquín y extintor en una zona visible y señalizada.

- La zona de desinfección y lavado de manos debe estar con sus respectivas señalización acorde y visible.

NOTA: Esta información se la di a conocer a la persona encargada del área SST del contratista.

- En el frente autopista Santo Vicente evidencia muchas falencias que son:

  - Personal en frente de obra, el contratista envía la documentación de ingreso de 6 colaboradores de las cuales 3 no cumplían con la documentación, se intervine en campo al personal uno por uno para validar la información entregada con la realidad en campo y se encuentra con un panorama que hay otras personas realizando actividades que no estaban en el listado anteriormente relacionado, SERGIO LONDOÑO, WILLIAM LONDOÑO, OSCAR LONDOÑO, LUIS OMAR MOSQUERA, ELBER SANCHEZ MOSQUERA, se concertó con el encargado del frente manifestando el suceso, esto no puede pasar personal en obra sin previa autorización, solicitar al contratista la planilla de seguridad del personal restante.

- Se evidencia que el contratista tiene a cargo maquinas, vehículos en los frentes sin estar aprobados por Interventoría, cuenta con una pajarita, un vibro, 3 volquetas, una buseta, una camioneta de estacas, ninguno de estos automotores cuenta con la documentación previa, tanto como del operador o conductor, muy grave esta situación llega a pasar algún evento y vamos estar seriamente afectados.

El día miércoles 17/11/2020 se emite un correo manifestando cual es la documentación requerida para este tipo de equipos.

NOTA: Se solicita la documentación de todo el parque automotor que se encuentra en obra con su respectiva matriz de maquinaria y vehículos actualizada.

- -El personal no cuenta con los EPP apropiados para la labor a ejecuta, (operación de maquina cortadora de pavimento)

- Falta de señalización vertical en la vía en ambos costados dando cumplimiento al PMT, antes de iniciar cualquier actividad en vías primero aseguremos el área de trabajo esta medida nos libra a futuro responsabilidades administrativas.

- Seguimiento al protocolo de bioseguridad del personal, que acaten las medidas preventivas y que en campo si la ejecuten como es la encuesta de síntomas, toma de temperatura, lavado de manos y desinfección tanto en personas máquinas equipos y herramientas.

- Frente vía Aurora-Sonadora-Guatapé, personal ejecutando labores sin tener ningún tipo de señalización en la vía, teniendo en cuenta el alto grado de exposición que se enfrenta el personal al riesgo de tránsito.

- REGISTRO FOTOGRAFICO:

	
FOTO1: Inicio De excavación manual de pilas, requerimiento tiempo completo SST	FOTO2 Inicio De excavación manual de pilas, requerimiento tiempo completo SST
	
FOTO3: Socialización del protocolo de bioseguridad al personal nuevo.	FOTO4: Socialización del protocolo de bioseguridad al personal nuevo.
	
FOTO5: Buseta que transporta al personal sin aprobación por parte de interventoría.	FOTO6: Camioneta que realiza movimientos internos del contratista sin ser aprobada por interventoría.

	
FOTO7: Volquetas En función del contratista sin ser aprobadas por interventoría.	FOTO8: Volquetas En función del contratista sin ser aprobadas por interventoría.
	
FOTO9: Volquetas En función del contratista sin ser aprobadas por interventoría.	FOTO10: Personal operando una maquina sin portar los elementos de protección adecuados, (protector auditivo de copa; gafas de seguridad)
	
FOTO11: Elaboración De cunetas sin implementación de señalización en vía.	FOTO12: Elaboración De cunetas sin implementación de señalización en vía.

Atentamente,

ING. WILLIAM VALENCIA
DIRECTOR DE INTERVENTORÍA
INGEVAL S.A.S

Proyectado	Revisado
Ing. Diana Toro	Ing. Yasshir Said Yaya Garzón
Cargo: Profesional SST	Cargo: Residente de Interventoría

Marinilla, 30 de diciembre del 2020

C.I-40- 4600010852-2020-006

Señores
CONSORCIO VIAL SCS ORIENTE
Atn. Dr. LUIS CARLOS TORRES
Representante Legal

La ciudad.

REFERENCIA: Contrato de interventoría No.4600010852 del 2020 "Interventoría Técnica, administrativa, ambiental, financiera y legal, para la conservación, mantenimiento y rehabilitación de las vías a cargo del Departamento de Antioquia en la subregión de Oriente".
Contrato de Obra N° 4600010855 "Conservación, mantenimiento y rehabilitación de las vías a cargo del departamento de Antioquia en la subregión oriente".

ASUNTO: Cumplimiento inmediato área SST.

Cordial saludo,

Dentro del marco de nuestras obligaciones relacionadas con el seguimiento a las actividades realizadas por el Consorcio Constructor y sus compromisos contractuales plasmados en la minuta suscrita con la Gobernación de Antioquia y documentos complementarios, se han evidenciado el incumplimiento por parte del **CONSORCIO VIAL SCS ORIENTE**, al permitir inicio de actividades sin contar con la aprobación por parte de la interventoría específicamente área SST , so pena por parte de la interventoría de ordenar la suspensión de actividades o no autorizar el inicio de las mismas hasta tener la información básica para permitir el inicio de las mismas, teniendo en cuenta que se emite un oficio el día 17 de Dic argumentando que toda actividad nueva a ejecutar debe contar con las garantías mínimas tanto documental, personal competente, ambientes de trabajo seguros para poder dar inicio de forma segura y posteriormente su aprobación, hasta la fecha no se dio ninguna respuesta por parte del consorcio al oficio antes mencionado.

- Se sigue evidenciando en campo frente Santo Domingo muro de contención excavación manual de pilas, personal sin previa documentación enviada a la interventoría, se trata de la coordinadora de trabajo seguro en alturas Jhoana Soto que ingreso a labores el día 24 del presente mes.

- Las actividades que se están planificando nuevas a corto plazo deberán previamente verificar las condiciones de ambiente, logística y de personal para posteriormente ser validados y aprobados por interventoría.

- Para las actividades de alto riesgo excavación de pilas, está pendiente por la entrega del procedimiento de rescate en alturas.

- No están realizando mediciones de atmosferas peligrosas en las excavaciones de pilas.

- La persona encargada de realizar la actividad (Pilero), no cuenta con un anti caída para su seguridad al momento de descender y ascender de la excavación.

- Se requiere realizar senderos peatonales debido a las condiciones locativas que presenta el área de trabajo.

- Es deficiente la parte de señalización en el frente de obra teniendo en cuenta el tipo de actividad denominada de alto riesgo y más si se tiene en cuenta la ubicación del frente en una zona residencial con presencia de personal menor, y riesgo de tránsito.

- Para la interventora es preocupante la falta de control y seguimiento por parte del consorcio en permitir que se realicen actividades sin tener ninguna garantía de seguridad para los colaboradores y permitir tener personal en campo sin previa autorización, se esta dando pie para que un evento se materialice y un evento que lamentar.

- **VALIDACION DOCUMENTAL COORDINADORA TRABAJO SEGUERO EN ALTURAS, FRENTE SANTO DOMINGO:**

- Validando la documentación enviada por la residente SST no se evidencia certificado de afiliación a la ARL, el examen de ingreso se realizo de manera particular y se entiende que ingresa bajo contrato de la empresa del contratista Jorge Orozco, el cargo especifica tecnóloga en seguridad y salud en el trabajo, cuando en realidad es Tecnóloga en obras civiles.

NOTA: Las próximas actividades no podrán dar inicio si no se entrega previamente los procedimientos para previa revisión y aprobación por parte de interventoría.

- REGISTRO FOTOGRAFICO:

	
FOTO1: Personal en obra sin estar previamente autorizado por parte de la interventoría.	FOTO2: Áreas de trabajo con un alto riesgo locativo, no cuentan con ningún tipo de señalización informativa y preventiva.
	
FOTO3: Personal no cuenta con el equipo completo para trabajo seguro en alturas, requiere de un anti caída, para descenso y ascenso de la excavación.	FOTO4 Se requiere realizar un acceso peatonal de manera inmediata, con sus respectivos pasamanos.

	
FOTO5: Falta de instalación de señalización en la vía.	FOTO6: Encerramiento perimetral más funcional y completo.

Atentamente,

ING. WILLIAM VALENCIA
DIRECTOR DE INTERVENTORÍA
INGEVAL S.A.S

Proyectado	Revisado
Ing. Diana Toro	Ing. Yasshir Said Yaya Garzón
Cargo: Profesional SST	Cargo: Residente de Interventoría

REGIONAL ANTIOQUIA
CENTRO TEXTIL Y DE GESTIÓN INDUSTRIAL

ACTA DE GRADO

No Y FECHA REGISTRO 3039854 - 22/11/2018

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

Que: JUAN DIEGO ECHEVERRI VASQUEZ, Con Cedula de Ciudadania No. 1152437529

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR EL SENA, RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

TECNÓLOGO EN GESTIÓN INTEGRADA DE LA CALIDAD, MEDIO AMBIENTE, SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL

En constancia de lo anterior se firma la presente en Medellín, a los veintidos (22) días del mes de noviembre de dos mil dieciocho (2018)

Firmado Digitalmente por
OLGA LUCIA LOPERA LOPERA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

OLGA LUCIA LOPERA LOPERA
SUBDIRECTORA CENTRO TEXTIL Y DE GESTIÓN INDUSTRIAL

Colmena Seguros

Colmena Formación Virtual

La República de Colombia y en su nombre

Colmena Seguros
NIT. 800226175-3

Debidamente autorizada y habilitada por el Ministerio de Trabajo bajo el número de registro RCO 0001, otorga la certificación correspondiente a la capacitación virtual en el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) a:

JUAN DIEGO ECHEVERRI VASQUEZ
Identificado con CC 1152437529

Número de horas cursadas: 50 Horas

De acuerdo a lo establecido en la resolución Número 4927 del 2016
El presente certificado se expide el 25 de octubre de 2019, en la ciudad de Bogotá, D. C.

Luz Stella Rodriguez Rincón

Gerente Técnico Médica de Riesgos Laborales
Colmena Seguros

GOBERNACION DEL VALLE DEL CAUCA
SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD

RESOLUCION 1.220.68 Nro. 1267 - 15 JULIO 2019

Por la cual se concede una licencia para prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo.

LA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL VALLE DEL CAUCA, en uso de sus facultades legales y en especial la que confiere la Resolución No.0004502 del 28 de Diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social y

CONSIDERANDO

Que **JUAN DIEGO ECHEVERRI VASQUEZ**, identificado(a) con la cedula de ciudadanía No. 1152437529 expedida en Medellín (A) con título **TECNOLOGO EN GESTION INTEGRADA DE LA CALIDAD, MEDIO AMBIENTE, SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL** otorgado por el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, Acta de Grado No. 39388934 del 22 de Noviembre de 2018, ha solicitado a la Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca, a través de la Unidad Ejecutora de Saneamiento del Valle del Cauca, expedición de la Licencia para prestar servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo.

Que el peticionario ha presentado debidamente la documentación necesaria para la expedición de la Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo, en los siguientes campos de accion como TECNOLOGO EN GESTION INTEGRADA DE LA CALIDAD, MEDIO AMBIENTE, SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL: **Apoyo en actividades de Higiene Industrial, Apoyo en actividades de Seguridad Industrial, Acompañamiento en la investigación del Accidente de Trabajo, Educación, Capacitación, Ejecución del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.**

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: Expedir por el término de Diez (10) años, contados a partir de la fecha de ejecutoria de la presente Resolución, Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo como TECNOLOGO EN GESTION INTEGRADA DE LA CALIDAD, MEDIO AMBIENTE, SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL en los campos de acción de: **Apoyo en actividades de Higiene Industrial, Apoyo en actividades de Seguridad Industrial, Acompañamiento en la investigación del Accidente de Trabajo, Educación, Capacitación, Ejecución del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo** a **JUAN DIEGO ECHEVERRI VASQUEZ**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 1152437529 expedida en Medellín (A) y con domicilio en Medellín.

ARTICULO SEGUNDO: Esta licencia tiene carácter personal e intransferible y validez en todo el territorio nacional.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente Resolución proceden los recursos de reposición y de apelación en los términos establecidos en la Ley 1437 de 2011.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en la Ciudad de Santiago de Cali a los 15 días del mes de JULIO 2019

MARIA CRISTINA LESMES DUQUE
Secretaria Departamental de Salud

NOTIFICACION PERSONAL:

Hoy 19 JUL 2019 se presentó **JUAN DIEGO ECHEVERRI VASQUEZ**, con Cédula de Ciudadanía No. 1152437529 expedida en Medellín (A), para notificarse de la presente Resolución.

Juan Diego Echeverri 1152437529

EL NOTIFICADO **EL NOTIFICADOR**

Elaboró: Sandra Liliana Jaimes Vera, Profesional Universitario UEA Valle del Cauca

390-12.27-7078



El empleo es de todos | Mintrabajo

Bogotá D.C., diciembre 2 de 2020

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que JUAN DIEGO ECHEVERRI VASQUEZ, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1152437529, registra la siguiente información vocacional :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO
EMPRESA FORMADORA: CONSTRUALTURA SAS
ENTRENADOR FORMADOR: DIEGO ALEXANDER DELGADO JARAMILLO
SEDE DONDE SE FORMO: CONSTRUALTURA
FECHAS DE FORMACIÓN: 24/11/2020 12:00:00 a. m. a 25/11/2020 12:00:00 a. m.
INTENSIDAD HORARIA: 20 horas

El empleo es de todos | Mintrabajo

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día diciembre 2 de 2020


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.152.437.529
ECHEVERRI VASQUEZ
JUAN DIEGO
Juan diego Echeverri


FECHA DE NACIMIENTO 17-ENE-1991
ENVIGADO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.74
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
05-MAY-2009 MEDELLIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

Omnisalud
Para toda la vida

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Dando cumplimiento a la Resolución 2346 del Ministerio de Protección Social,a la empresa solo se le enviará el informe con el

Nombre de la Empresa		Empresa en Misión		
CONSORCIO VIAL SCS ORIENTE				
NIT	**Dirección Empresa**	**Teléfono Empresa**	**Ciudad**	
901398120	CRA 49 B 104 A 17	3002698 - 3163655746	Medellin	

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	Documento de Identidad	Edad	Género
ECHEVERRI VASQUEZ JUAN DIEGO	CC 1152437529	29 AÑOS	MASCULINO

Lugar de Nacimiento	Lugar de Residencia	Estado Civil
Medellin	Medellin	SOLTERO (A)

Teléfono Fijo	Dirección	Celular
3128011989	CALLE 18 BN39 A N 235	3128011989

Correo Electrónico	Grado de Escolaridad	Hemoclasificación
[redacted]andechevas@hotmail.com	TECNÓLOGO	O+

IMC	Hijos	EPS
25.83	0	SAVIA SALUD EPS

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Cargo	Fecha	Hora Ingreso	Hora Salida
Inspector en bioseguridad	2020-11-30	08:06	08:45

Lugar de realización examen	Medellin

EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL

Tipo de examen realizado
DE PREINGRESO OCUPACIONAL - OSTEOMUSCULAR

Concepto	MOTIVO
CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO	

EXÀMENES COMPLEMENTARIOS

- **EXAMEN FISICO:** SE REALIZA
- **ANAMNESIS DE HC :** SE REALIZA
- **CONCEPTO EVALUACION MEDICA CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR:** SE REALIZA

ANEXO EXAMENES COMPLEMENTARIOS
- MEDICAS PERSONALES
Se Explica Y Se Fomenta Asistir U/O Continuar En Controles Con Medico De Su Eps Tratante Frente A Los Problemas Y Síntomas Musculoesqueleticos/
CONDUCTAS (OCUPACIONALES - RESTRICTIVAS)
Ninguna/
CONDUCTAS (OCUPACIONALES PREVENTIVAS)
Capacitar En La Prevención De Los Riesgos Propios Del Oficio A Realizar/
Se Indica Hábitos Saludables De Vida (Dieta Baja En Sal Y, Azúcar) Realizar Actividades Deportivas Y Controles Preventivos Con Su Médico./
Se Le Informa Y Se Le Recomienda Cumplir Con Todas Las Medidas De Prevención Contra Contagio De Covid-19, Según Directriz De Minsalud Como: Distanciamiento Social, Lavado Frecuente De Manos, Uso De Tapabocas, Evitar Asistir A Sitios Concurridos Y Cuando Este Laborando Seguir La Indicaciones Entregadas Por El Área De Seguridad Y Salud En El Trabajo, Utilizar Los Epp Indicados Y Lo Cuidados Pertinentes En El Área De Trabajo. También Se Entregan Signos De Alarma , En Caso De Tener Exposición O Presentar Síntomas Relacionados Con Covid-19, Comunicarse O Consultar A Su Eps / Secretaria Seccional De Salud, En Las Líneas Habilitadas Y Entregadas Por El Gobierno Nacional. /
Cuando Vayas A Manipular Un Producto Químico, Solicita Y Consulta Su Ficha De Datos De Seguridad. Lee La Etiqueta. Manejalo Siguiendo Las Indicaciones Contenidas En Ellas. Utilizar Los Epp./
CONDUCTAS - GENERALES (ocupación laboral)
Utilizar La Dotación Y Los Elementos De Protección Personal Suministrados Por El Empleador. Cumplir Con Los Procedimientos Para El Trabajo Seguro En Zona. Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Dar Aviso A Supervisor O Superior Si Sus Condiciones De Salud Se Han Modificados Y Presenta Alguna Limitación O Restricción Para Realizar Su Trabajo. Utilizar Una Adecuada Higiene Postural Y Mecánica Corporal Para La Movilización De Cargas Y Para Realizar Las Demás Tareas De Su Ocupación. Garantizar A Través De Permisos Las Labores Que Se Desarrollen De Manera Segura. Cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas (Hombre O Mujer). Utilizar Medidas De Prevención Y Protección Contra Caídas. Si Va A Estar Expuesto Ocupacionalmente A Ruido Superior A 85 Db Requiere Que Se Le Realice Audiometría Clínica De Ingreso. Utilizar Protección Auditiva Tipo Silicona En Ambientes Ruidosos Tanto Laboral Como Por Fuera Del Trabajo. Seleccionar La Protección Respiratoria Adecuada Teniendo En Cuenta Producto Y Nivel De Exposición, Condiciones Del Trabajador Y Tipo De Trabajo. Realice Ejercicio Y Buenos Hábitos De Vida. Realizar Marcha Segura Para Desplazamientos Por Escaleras, Pisos Irregulares Y Vías Públicas./
Cumplir Con Los Procedimientos Definidos Para Desarrollar Su Trabajo. Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Participar En Las Actividades Que Se Desarrollen En El Sistema De Gestión Y Seguridad Y Salud En El Trabajo. Desplácese En Forma Segura , Si Va Manejar Cargas Cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas, Mantenga Buena Higiene Postural, Ubicando Adecuadamente La Pantalla De Su Monitor, Si Va Estar Expuesto Utilizar Protección Respiratoria Y Auditiva, Utilizar La Dotación Y Los Elementos De Protección Personal Suministrados Por El Empleador./ Dar Aviso A Supervisor O Superior Si Sus Condiciones De Salud Se Han Modificados Y Presenta Alguna Limitación O Restricción Para Realizar La Labor./
OTRAS RECOMENDACIONES
No Presentó Exam Adicionales - Se Recomienda Consultar En Eps De Ser Necesario - /
X- OBSERVACIÓN Y CONCLUSIÓN FINAL
Énfasis Respiratorio: Se Realizó Revisión Del Sistema Respiratorio Mediante Un Interrogatorio A Través Del Nexo Epidemiológico Y Síntomas Relacionados Con Covid-19; Durante Su Evaluación Médica Ocupacional No Se Evidencia Patologías Ni Hallazgos O Sintomatología De Posible Origen Respiratorio Activo./
Enfasis Del Sistema Osteomuscular Y Columna: Este Examen Medico Ocupacional Se Realiza En Condiciones De Reposo Y Está Enfocado En Una Revisión, Buscando Patologías Activas O Secuelas Osteomusculares Extremidades Y Columna, Durante Su Evaluación Se Encontro Alta Sospecha De Patología O Sintomatología De Posible Origen Osteomuscular. Por Lo Que Si Va Estar Expuesto A Riesgos Como: Exposición A Vibraciones Segmentarias, Movimiento Repetitivos Intensos Y Prolongados O Movilización De Cargas Puede Genera A Futuro Limitaciones Para Desempeñar Sus Funciones Laborales./

CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR	**- TIPO : 1**	**- GRUPO : B**
EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS:	OSTEOMUSCULAR	
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO:	OSTEOMUSCULAR	
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS:	MEDICINA GENERAL	
ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL:	NO	

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

Las respuestas dadas por mi en este(os) examenes(es) estan completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas Anteriormente, dando cumpliendo el decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligro y profesiograma.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro), dando cumpliendo con la (Resolución 2346 del 2007 Art 10 y Resolución 1111 del 2017 al ítem 3.1.4),y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Según lo contemplado en las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009,la resolución 839 del 23 de marzo del 2017 y Decreto 1072/2015 - Artículo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social, y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, las evaluaciones médicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador, para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos.Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la Historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma; y el hecho de que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.

LIBARDO DE JESUS GOMEZ ARIAS
CC 19245024
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LIC S.O 058366/2012.
GOMEZ ARIAS LIBARDO DE JESUS
19245024
R.M.: 6863

FIRMA DEL TRABAJADOR

La informacion incluida en este concepto es copia fiel de los datos contenidos en la historia clinica ocupacional.

AXA COLPATRIA

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9001903 correspondiente a la empresa Consorcio Vial Scs Oriente.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
JUAN DIEGO ECHEVERRI VASQUEZ	C.C.	1.152.437.529	01/12/2020	RIESGO V	6.960	CONSORCIO VIAL SCS ORIENTE

Cordialmente,

NANCY SEQUERA VERGARA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el lunes 30 de noviembre de 2020 a las 12:11:16 p.m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

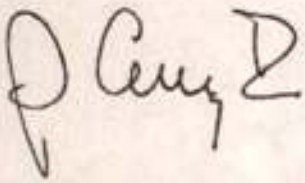
SALUD EPS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS SAVIA SALUD EPS

JUAN DIEGO ECHEVERRI VASQUEZ, identificado con CC 1152437529 aparece registrado(a) en SAVIA SALUD EPS con la siguiente información:

Tipo y nro identificación:	CC 1152437529
Nombres y apellidos:	JUAN DIEGO ECHEVERRI VASQUEZ
Nivel del Sisben:	NIVEL_2
Fecha de afiliación:	2017-07-19 00:00:00
Ciudad:	MEDELLIN
Régimen:	Subsidiado
Estado de afiliación:	ACTIVO
Modelo de liquidación:	CAPITA
Fecha de retiro:	2020-09-15
Semanas afiliación:	175 semanas con 2 días

El presente documento fue generado el 2020-11-27 12:45:13



ANTONIO NICOLÁS CRUZ RIAÑO
Director de Aseguramiento
Fecha de generación:

VIGILADO Supersalud

Protección

Fondo de Cesantías Protección

NIT 800.170.494

Hace constar que:

El(La) Señor(a) **JUAN DIEGO ECHEVERRI VASQUEZ** identificado(a) con **CC** número **1.152.437.529** se encuentra afiliado(a) al FONDO DE CESANTÍAS PROTECCIÓN, desde el 12 de febrero de 2016.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 27 de noviembre de 2020.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **15.377.787**

CARMONA BERNAL

APELLIDOS

JUAN RODRIGO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-SEP-1960**

LA CEJA
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 **O+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

29-NOV-1978 LA CEJA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2402500-00155406-M-0015377787-20080429 **0011**138104A 1 30427557

Omnisalud
Para todo la vida

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Dando cumplimiento a la Resolución 2346 del Ministerio de Protección Social,a la empresa solo se le enviará el informe con el

Nombre de la Empresa		Empresa en Misión		
CONSORCIO VIAL SCS ORIENTE				
NIT	**Dirección Empresa**	**Teléfono Empresa**	**Ciudad**	
901398120	CRA 49 B 104 A 17	3002698 - 3163655746	Bogotá	

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	Documento de Identidad	Edad	Género
CARMONA BERNAL JUAN RODRIGO	CC 15377787	60 AÑOS	MASCULINO

Lugar de Nacimiento	Lugar de Residencia	Estado Civil
Medellin	Medellin	CASADO (A)

Teléfono Fijo	Dirección	Celular
3108319279	CALLE 49 E N 83 A 91	3108319279

Correo Electrónico	Grado de Escolaridad	Hemoclasificación
[redacted]utorizaciones@omnisalud.co	PROFESIONAL	O+

IMC	Hijos	EPS
23.59	3	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Cargo	Fecha	Hora Ingreso	Hora Salida
Residente de Obra	2020-12-07	08:30	08:53

Lugar de realización examen	Medellin

EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL

Tipo de examen realizado

DE PREINGRESO OCUPACIONAL - OSTEOMUSCULAR

Concepto	MOTIVO
CUMPLE PARA EL CARGO / SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- **ANAMNESIS DE HC** : SE REALIZA
- **EXAMEN FISICO**: SE REALIZA
- **CONCEPTO EVALUACION MEDICA CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR**: SE REALIZA

ANEXO EXAMENES COMPLEMENTARIOS

[redacted]MEDICAS PERSONALES

Ninguna/

CONDUCTAS (OCUPACIONALES PREVENTIVAS)

Se Le Informa Y Se Le Recomienda Cumplir Con Todas Las Medidas De Prevención Contra Contagio De Covid-19, Según Directriz De Minsalud Como: Distanciamiento Social, Lavado Frecuente De Manos, Uso De Tapabocas, Evitar Asistir A Sitios Concurridos Y Cuando Este Laborando Seguir La Indicaciones Entregadas Por El Área De Seguridad Y Salud En El Trabajo, Utilizar Los Epp Indicados Y Lo Cuidados Pertinentes En El Área De Trabajo. También Se Entregan Signos De Alarma , En Caso De Tener Exposición O Presentar Síntomas Relacionados Con Covid-19, Comunicarse O Consultar A Su Eps / Secretaria Seccional De Salud, En Las Líneas Habilitadas Y Entregadas Por El Gobierno Nacional. /

CONDUCTAS - GENERALES (ocupación laboral)

Cumplir Con Los Procedimientos Definidos Para Desarrollar Su Trabajo. Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Participar En Las Actividades Que Se Desarrollen En El Sistema De Gestión Y Seguridad Y Salud En El Trabajo. Desplácese En Forma Segura , Si Va Manejar Cargas Cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas, Mantenga Buena Higiene Postural, Ubicando Adecuadamente La Pantalla De Su Monitor, Si Va Estar Expuesto Utilizar Protección Respiratoria Y Auditiva, Utilizar La Dotación Y Los Elementos De Protección Personal Suministrados Por El Empleador./ Dar Aviso A Supervisor O Superior Si Sus Condiciones De Salud Se Han Modificados Y Presenta Alguna Limitación O Restricción Para Realizar La Labor./

X- OBSERVACIÓN Y CONCLUSIÓN FINAL

Énfasis Respiratorio: Se Realizó Revisión Del Sistema Respiratorio Mediante Un Interrogatorio A Través Del Nexo Epidemiológico Y Síntomas Relacionados Con Covid-19; Durante Su Evaluación Médica Ocupacional No Se Evidencia Patologías Ni Hallazgos O Sintomatología De Posible Origen Respiratorio Activo./

Enfasis Del Sistema Osteomuscular Y Columna: Este Examen Médico Ocupacional Se Realiza En Condiciones De Reposo Y Está Enfocado En Una Revisión, Buscando Patologías Activas O Secuelas Osteomusculares Extremidades Y Columna, Durante Su Evaluación No Se Evidencio Patología O Sintomatología De Origen Osteomuscular Que Pudieran Genera Limitaciones O Riesgo Para Desempenar Sus Funciones Laborales/

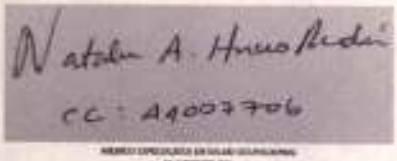
CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR	**- TIPO :** 1	**- GRUPO :** D
EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS:	OSTEOMUSCULAR, RESPIRATORIO	
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO:	NINGUNO	
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS:	NINGUNO	
ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL:	NO	

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

Las respuestas dadas por mi en este(os) examenes(es) estan completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas Anteriormente, dando cumpliendo el decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligro y profesiograma.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro), dando cumpliendo con la (Resolución 2346 del 2007 Art 10 y Resolución 1111 del 2017 al ítem 3.1.4),y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Según lo contemplado en las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009,la resolución 839 del 23 de marzo del 2017 y Decreto 1072/2015 - Artículo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social, y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, las evaluaciones médicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador, para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos.Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la Historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma; y el hecho de que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.



HENAO RENDON NATALIA ANDREA
44007706
R.M.: R.M. 56115-12 LIC. S.O.114345

FIRMA DEL TRABAJADOR

La informacion incluida en este concepto es copia fiel de los datos contenidos en la historia clinica ocupacional.

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901398120
Número Afiliación:	9001903
Razón social:	CONSORCIO VIAL SCS ORIENTE

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	15377787
Nombre:	JUAN RODRIGO CARMONA BERNAL
Fecha Ingreso:	09/12/2020
Salario básico:	4.200.000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	005
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	07/12/2020 09:34:01 a.m.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CARMONA BERNAL JUAN RODRIGO** identificado(a) con **CC** número **15.377.787** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de junio de 1997 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 80% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN CONSERVADOR
2. El 20% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 07 de diciembre de 2020.

Cordialmente,

Laura P. Merchán M.

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.046.953.800
CASTAÑO SALAS
APELLIDOS
DANY ESTEBAN
NOMBRES

Dany Esteba
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 31-MAR-1992
SANTUARIO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 AB+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
23-ABR-2010 URAMITA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-0128200-00271417-M-1046953800-20101216 0025298769A 1 29672670

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor (a): DANI ESTEBAN CASTAÑO SALAS identificado con Cédula Ciudadanía No. 1046953800, de la empresa MANTENIMIENTO Y MEJORAS LIMITADA está afiliado(a) a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS desde el 03/12/2020 con riesgo 5 y se encuentra ACTIVO.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20200102237503.

Dada en Bogotá, a los 2 días del mes de diciembre de 2020

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

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

savia SALUD EPS

No. de Radicación: | Fecha de Radicación: 01 12 2020

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliado	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante
A. Afiliación	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ]	A. Contributivo [ ]	A. Cotizante [ ]	A. Dependiente [ ]
B. Reporte de Novedades [X]	B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. Oficio [ ]	B. Excepción [ ]	B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Código Asignado por la EPS: 9

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

6. Apellidos		7. Nombres	
CASTAÑO	SALAS	DANY	ESTEBAN

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de identidad	9. Sexo: Femenino	Masculino	10. Fecha de nacimiento	
CC	1046953800		X	D D: 03 M M: 11 A A A A: 1991	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo / Condición	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	
1				SURA	PROTECCION

16. Residencia				
AV 45 # 55-61	BELLO	Zona: Urbana [ ] Rural [ ]	3018553112	ANTIOQUIA

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

18. Apellidos y nombres				

19. Tipo de documento de identidad	20. Número de documento de identidad	21. Sexo: Femenino	Masculino	22. Fecha de nacimiento	
				D D M M A A A A	

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

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. Etnia
01							
02							
03							
04							
05							

	31. Discapacidad: Tipo	Condición	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01								
02								
03								
04								
05								

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)
01	BELLOSALUD	1063
02		
03		
04		

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

35. Razón Social	36. Tipo de documento de Identificación	37. Número de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
	NIT	811022647-2	

39. Ubicación: MEDELLIN ANTIOQUIA

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la suscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reconexión 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 [X] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Cónyuge Régimen [ ] 15. Retiro por fallecimiento [ ] 16. Reporte del traslado de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad del Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad del Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo: Femenino	Masculino	Fecha de nacimiento	
				D D M M A A A A	03 12 2020

42. EPS anterior

44. Motivo de traslado: Código

45. Caja de Compensación Familiar a Pagador de Pensiones

savia SALUD EPS 03 DIC 202

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ] 48. Declaración de ocurrencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que legalicen la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios. [ ] 49. Declaración de la no afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]

51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran. [ ]

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

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

VIII. FIRMAS

Nombre	Firma
Danny Esteban	

IX. ANEXOS

55. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] Cert. [ ] RC [ ] Cert. [ ] TI [ ] Cert. [ ] CC [X] Cert. [ ] PA [ ] Cert. [ ] CE [ ] Cert. [ ] CD [ ] Cert. [ ] NE [ ] Cert. [ ] 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 civil certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de custodia de los padres o la declaración juramentada 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 los autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial	67. Dato del SISBÉN	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

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

savia SALUD EPS

No. de Radicación: | Fecha de Radicación: 09 12 29 20

I. DATOS DEL TRAMITE (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 otorgado por la EPS
A. Afiliación: X B. Reporte de Novedades:	A. Cotizante o cabeza de Familia: X Beneficiario o afiliado adicional B. Colectivo: C. Institucional: D. De oficio:	A. Contributivo: X B. Subsidiado:	A. Cotizante: X B. Cabeza de familia: C. Beneficiario:	A. Dependiente: X B. Independiente: C. Pensionado:	09

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

6. Apellidos y nombres				
CASTAÑO	DUQUE	MAURICIO		
7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número de documento de identidad: 1152314597	9. Sexo: Femenino ☐ Masculino X	10. Fecha de nacimiento: 25 01 1991	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo ☐ Condición ☐	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
BAYAMO - IBC	18. Residencia: BRR LOS PARAS CONCEPCION	Zona Urbana ☐ Rural ☐		SURA 3720620	PROTECCION ANTIOQUIA

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

19. Apellidos y nombres				
20. Tipo de documento de identidad ☐	21. Número de documento de identidad	22. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A	

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

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. Etnia
01							
02							
03							
04							
05							

	31. Discapacidad: Tipo	Condición	32. Datos de residencia: Municipio - Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono, fax o e-mail	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (lo registra por la EPS)
01								
02								
03								
04								
05								

Selección de la IPS Privada

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (lo registra por la EPS)
01	HL JOSE MARIA	1022
02		
03		

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

35. Razón Social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (lo registra por la EPS)
	NIT	811022642 2	

35. Ubicación

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación ☐ 3. Actualización 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 otra 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 por fallecimiento ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante ☐ 17. Reporte de la calidad del Pre-pensionado ☐ 18. Reporte de la calidad del Pensionado ☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento: D D M M A A A A	
				09 12 2020

42. EPS anterior	44. Número de Planilla	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. ☐ 47. Declaración de la no cotización de afiliados al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. ☐ 48. Declaración de existencia de recursos de fuente mayor o causa fortuita que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. ☐ 49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. ☐ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. ☐

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

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

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

VIII. FIRMAS

Mauricio Castaño P

IX. ANEXOS

52. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ Cant. ☐ RC ☐ Cant. ☐ TI ☐ Cant. ☐ CC ☐ Cant. ☐ PA ☐ Cant. ☐ CE ☐ Cant. ☐ CD ☐ Cant. ☐ SC ☐ Cant. ☐ 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 decrete la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. ☐

60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. ☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. ☐ 62. Documento en que conste la partida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración escrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. ☐ 63. Copia de la autorización de movilidad 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 SISBEN: Número de la ficha	Puntaje	Área	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

RE

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DANY ESTEBAN CASTAÑO SALAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.046.953.800**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 03 de Diciembre del 2020.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

comfama

Medellín, 4 de Diciembre de 2020

La Caja de Compensación Familiar de Antioquia, Comfama

hace constar que:

Dany Esteban Castaño Salas con cédula 1046953800, se encuentra afiliado(a) a esta Corporación, en calidad de trabajador(a) dependiente por intermedio del empleador Mantenimiento Y Mejoras Ltda con nit. 811022672, desde el 02 de diciembre de 2020. No tiene grupo familiar registrado.

Se expide esta constancia a solicitud del empleador.

Cordialmente,

DEPARTAMENTO DE SUBSIDIO

VIGILADO SuperSubsidio

COLMEDICOS
LA SALUD DE SU EMPRESA

CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2020-12-02

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	MANTENIMIENTO Y MEJORAS LIMITADA	Actividad económica:	Actividades de paisajismo y servicios de mantenimiento conexos.
Nombre:	DANY ESTEBAN CASTAÑO SALAS	Documento:	CC 1046953800
Fecha de nacimiento:	1992-03-31	Lugar de nacimiento:	SANTUARIO (ANTIOQUIA)
Edad:	28 años	Género:	Masculino
Estado civil:	Union_libre	No. hijos vivos:	1
Dirección actual:	BARRIO BALCONES	Municipio:	CONCEPCION
Teléfono:	3235134916	Escolaridad:	Primaria_completa
Ocupación:	AYUDANTE DE OBRA	EPS:	Savia Salud
Responsable**:	NELSON CASTAÑO (PADRE)	Teléfono:	3126072798
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



** La información del responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría: NO APLICA.
Audiometría: NO APLICA.
Espirometría computarizada: NO APLICA.

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a DANY ESTEBAN CASTAÑO SALAS con documento de identificación No. 1046953800 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de AYUDANTE DE OBRA del sector económico Actividades de paisajismo y servicios de mantenimiento conexos.

RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Tenga en cuenta los peligros de fumar para su salud, la de aquellos que le rodean y defina la conveniencia de dejar de fumar. Esta recomendación no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual.

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

OBSERVACIONES FINALES

CONSIDERACIONES SOBRE LA CAPACIDAD VISUAL EVALUADA POR EL MEDICO: Dentro del examen Médico Ocupacional realizado se incluyo una valoración de la capacidad visual, en la que no se encontraron alteraciones que puedan afectar el desempeño de la ocupación.

CONSIDERACIONES OCUPACIONALES ESPECIALES DECRETO 1374 DE 2020 POR COVID 19: Según lineamientos del Ministerio de Salud y de acuerdo a la valoración médica realizada el usuario NO PRESENTA comorbilidades o condiciones que le ponen en riesgo de hacer complicaciones en caso de infección por COVID 19, de acuerdo a lo establecido en el Anexo Técnico del Decreto 1374 de 2020 y la Circular 30 de 2020, en su numeral 4."

Para la emision de este certificado de aptitud laboral se tuvieron en cuenta los siguientes parametros:
- Encuesta de COVID-19
- Declaratoria de estado de salud
- Examenes medicos ocupacionales anteriores realizados en Colmedicos.
- Declaraciones del paciente
- Examen fisico guardando todas las medidas de proteccion y teniendo en cuenta tener un reducido contacto fisico con el paciente para disminuir el riesgo de infeccion que genera la actual pandemia.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

CONSIDERACIONES ESPECIALES DE HISTORIA OCUPACIONAL EN PANDEMIA POR CORONAVIRUS: La presente evaluación médica ocupacional que se realiza durante la pandemia por COVID 19 , Se lleva a cabo de forma integral , teniendo en cuenta la encuesta de síntomas, presencia de signos y síntomas respiratorios agudos y verificación de antecedentes de patologías o condiciones que lo enmarquen en una población de manejo especial o de mayor riesgo de complicación en caso de sufrir la infección, en concordancia con lo que establecen las Resoluciones 464 y 666 de 2020 y lo definido en la Circular No 30 de 2020, del Ministerio de Salud y Protección Social. 'Cualquier hallazgo significativo encontrado en relación a la actual problemática de salud pública se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado e implicaciones ocupacionales. Esta evaluación no garantiza que a futuro el trabajador no padezca la enfermedad. En caso de presentar algún síntoma al respecto, será pertinente que se le haga una nueva valoración médica en su Entidad de Salud. Por todo lo anterior se recomienda implementar las medidas generales y específicas según proceso productivo y sector económico, en el marco del Programa de Bioseguridad de cada empresa y en atención a los

lineamientos de autoridades competentes como Ministerios de Trabajo, Salud y Seguridad Social".

Es de vital importancia para PROTEGERNOS DEL CORONAVIRUS:
- Lavar nuestras manos regularmente con abundante agua y jabón.
- Usar tapabocas convencionales todo el tiempo en espacios donde sea imposible mantener distancias mayores a 2 metros, como: transporte público, taxis, supermercados, bancos, entre otros.
- Si se usa transporte masivo usar siempre tapabocas y lavarse las manos después de usarlo.
- Evitar tocarse la cara, especialmente después de tener contacto con superficies contaminadas o personas enfermas.
- Limpiar constantemente con desinfectante las superficies con las que tenemos contacto.
- Mantener una distancia no inferior a un metro y medio con otras personas en la medida de lo posible: No salude de beso ni de mano y evite el contacto físico.
- Descargue el aplicativo Coronapp-Colombia para recibir información personalizada e Infórmese a través de fuentes confiables.
- SI TIENE LOS SIGUIENTES SINTOMAS: Fiebre, Tos, Dificultad para respirar, dolor para tragar, notifíquelo a su empleador y su EPS, No vaya a lugares públicos, es ideal que se aisle preventivamente.

Juliana Jaramillo

Juliana Marcela Jaramillo García
Médico General
6394-11
Corporación Universitaria Remington
Especialista en Seguridad y Salud en el trabajo
U. CES
Res.S2016060090205

Dany Castaño

DANY ESTEBAN CASTAÑO SALAS
Documento: 1046953800

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MéDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clínica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Impreso por: julieth.cardona
Fecha: 2020-12-02 Hora: 15:58

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.049.020.536

ESPINOSA
APELLIDOS

FREDY
NOMBRES

Fred. Espinosa
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-AGO-1987
SANTA ROSA DEL SUR
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | B+ G.S. RH | M SEXO

10-NOV-2005 SANTA ROSA DEL SUR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

A-2712100-00942723-M-1049020536-20171004 0057789173A 1 48013480

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN DEL DIA 02/12/2020

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	811022672	**Cédula Usuario:**	C 70160833
Nombre:	MANTENIMIENTO Y MEJORAS LIMITADA				
Dirección:	CL 77B N 50A 24AP401				
Departamento:	ANTIOQUIA		**Municipio:**	ITAGUI	
Correo electrónico:	ARLIGNE26@YAHOO.ES				
Teléfono:	3720628		**Tarifa:**	1.044	
Actividad Económica:	2014002 EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE SERVICIOS, AGRICOLAS Y GANADEROS, EXCEPTO LAS VETERINARIAS INCLUYE LOS ESTABLOS SIN AUTO TRANSPORTE Y LAS EMPRESAS DE JARDINERIA Y/O ARREGLOS DE JARDINES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
C 70160833	HERNAN DE JESUS CARDONA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	81	03/12/2020	C 1049020536	ESPINOSA FREDY	5	6.96000	Dependiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

0E74F8119ABB4322E1582B8F83A86B8A

Certificado impreso el día 12/2/2020 8:05:42 PM por el portal de empresas Edesk

REPÚBLICA DE COLOMBIA

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

POSITIVA

www.positiva.gov.co

En caso de Accidente de Trabajo comuníquese sin costo adicional LÍNEA ORO

En Bogotá	Línea Nacional	Desde el celular
6 000 811	01 8000 941 541	#533

Para solicitar asistencia internacional desde USA / Puerto Rico/ Canadá.
786 838 07 55

Llamada por cobrar desde cualquier otro país.
+(571) 743 01 06

LO BUENO DEBE SER PARA TODOS

POSITIVA

FREDY
ESPINOSA
1049026536

MANTENIMIENTO Y MEJORAS LIMITADA
811022672

Este carné no personal e intransferible.

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 02/12/2020, el empleador MANTIMIENTO Y MEJORAS LTDA identificado con NIT número 811022672 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
2978740	02/12/2020	Reingresos

DETALLE

TIPO IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1049020536	FREDY ESPINOSA	877803	AYUDANTE DE JARDINERIA	2020-12-02

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 2 días del mes de Diciembre del año 2020.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva EPS

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

FREDY ESPINOSA , identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.049.020.536**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 03 de Diciembre del 2020.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

comfama

Medellín, 4 de Diciembre de 2020

La Caja de Compensación Familiar de Antioquia, Comfama

hace constar que:

Fredy Espinosa con cédula 1049020536, se encuentra afiliado(a) a esta Corporación, en calidad de trabajador(a) dependiente por intermedio del empleador Mantenimiento Y Mejoras Ltda con nit. 811022672, desde el 02 de diciembre de 2020. No tiene grupo familiar registrado.

Se expide esta constancia a solicitud del empleador.

Cordialmente,

DEPARTAMENTO DE SUBSIDIO

VIGILADO SuperSubsidio

Company Health

NIT: 900.861.108-5
Diagonal 50 # 49 - 84 Edificio Colpatria
Piso 5 - Medellín - Colombia
PBX: 418 18 10
Cel: 310 398 6466
Correo: harol.munoz@companyh.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.388

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
02 DÍA	12 MES	2020 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	MANTENIMIENTO Y MEJORAS LIMITADAS
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)

ESPINOSA FREDY	Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres	MASCULINO	33 AÑOS 4 MESES 2 DÍAS	CC Tipo	1049020536 Número

Cargo	Numero Celular	EPS	AFP	ARL	RH
OFICIOS VARIOS	3128674925	NUEVA EPS	NO REGISTRA	NO REGISTRA	B +

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL NORMAL, PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO PARA EL CUAL VA A SER CONTRATADO

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)	N/A

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL CON TSA	✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES
	SEGÚN VALORACIÓN REALIZADA Y ENCUESTA, LA PERSONA NO PRESENTA SÍNTOMAS DE COVID 19	CONTROL DE PESO
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico		Aspirante o Trabajador
Ocampo R		
Firma:		Firma: F. J. Espinosa
Nombre: OCAMPO RENDON HUGO ALEXANDER	Código de Seguridad	Nombre: ESPINOSA FREDY
R. M.: 05200803 L.S.O.: 104471	U21A1G8388	CC: 1049020536

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.193.231.459

CASTAÑO DUQUE

APELLIDOS

MAURICIO

NOMBRES

Mauricio castaño D

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-MAR-1998

MEDELLIN
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.77 A+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

10-MAY-2016 RIONEGRO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

P<0121400-00896169-M-1193231459-20160604 0050029502A 1• 45531897

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN DEL DIA 02/12/2020

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	811022672	**Cédula Usuario:**	C 70160833
Nombre:	MANTENIMIENTO Y MEJORAS LIMITADA				
Dirección:	CL 77B N 50A 24AP401				
Departamento:	ANTIOQUIA		**Municipio:**	ITAGUI	
Correo electrónico:	ARLIGNE26@YAHOO.ES				
Teléfono:	3720628		**Tarifa:**	1.044	
Actividad Económica:	2014002 EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE SERVICIOS, AGRICOLAS Y GANADEROS, EXCEPTO LAS VETERINARIAS INCLUYE LOS ESTABLOS SIN AUTO TRANSPORTE Y LAS EMPRESAS DE JARDINERIA Y/O ARREGLOS DE JARDINES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
C 70160833	HERNAN DE JESUS CARDONA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	80	03/12/2020	C 1193231459	CASTAÑO DUQUE MAURICIO	5	6.96000	Dependiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

0E74F8119ABB4322E1582B8F83A8BB8A

Certificado impreso el día 12/2/2020 8:00:16 PM por el portal de empresas Edesk

REPÚBLICA DE COLOMBIA

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

POSITIVA

www.positiva.gov.co

En caso de Accidente de Trabajo comuníquese sin costo adicional
LÍNEA ORO

En Bogotá	Línea Nacional	Desde el celular
6 000 811	01 8000 941 541	#533

Para solicitar asistencia internacional desde USA / Puerto Rico/ Canadá.
786 838 07 55

Llamada por cobrar desde cualquier otro país.
+(571) 743 01 06

LO BUENO DEBE SER PARA TODOS

POSITIVA

MAURICIO
CASTAÑO DUQUE
1193231459

MANTENIMIENTO Y MEJORAS LIMITADA
811022672

Este carné es personal e intransferible.

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

savia SALUD EPS

No. de Radicación: | Fecha de Radicación: 03 12 2012

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliado	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante
A. Afiliación	A. Individual: • Cotizante o cabeza de familia	A. Contributivo	A. Cotizante	A. Dependiente
B. Reporte de Novedades: X	• Beneficiario o afiliado adicional	B. Subsidiado	B. Cabeza de familia	B. Independiente
	B. Colectiva		C. Beneficiario	C. Pensionado
	C. Institucional			
	D. De oficio			

Código (Registrar por la EPS): 9

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

6. Apellidos: CASTAÑO	Segundo: SALAS	6. Nombres: DANY	Segundo: ESTEBAN
7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número de identidad: 1046953800	9. Sexo: Femenino ☐ Masculino X	10. Fecha de nacimiento: 31 03 1991 2

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo ☐ Código ☐	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	Administradora de Riesgos Laborales - ARL: SURA	Póliza: PROTECCION
15. Teléfono: 8718895	16. Residencia: AV. 45 # 55-61 BELLO	Zona: Urbana ☐ Rural ☐			Teléfono: 3018553112 ANTIOQUIA

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

18. Apellidos y nombres			
19. Tipo de documento de identidad ☐	21. Número de documento de identidad	22. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

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

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. Etnia
01							
02							
03							
04							
05							

	31. Discapacidad: Tipo	Código	32. Datos de residencia: Municipio - Barrio	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01								
02								
03								
04								
05								

Solicitud de IPS Primaria

34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
01 BELLOSALUD	1063
02	
03	
04	

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

35. Razón Social	36. Tipo de Identificación	37. Número de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
	NIT	811022642	

39. Ubicación: MEDELLIN ANTIOQUIA

VI. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación ☐ 3. Actualización 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 por fallecimiento ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante ☐ 17. Reporte de la calidad del Pre-pensionado ☐ 18. Reporte de la calidad del Pensionado ☐

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación				
Tipo de documento de identidad ☐	Número de documento de identidad	Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento: D D M M A A A A	03 12 2012
42. EPS anterior		44. Motivo de traslado: Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

savia SALUD EP

03 DIC 2012

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. ☐ 49. Declaración de no interrupción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud. ☐ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. ☐

51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por ley lo requieran. ☐

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

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

VIII. FIRMAS

Danny Esteban

IX. ANEXOS

60. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ Cert ☐ RC ☐ Cert ☐ TI ☐ Cert ☐ CC ☐ Cert ☐ PA ☐ Cert ☐ RC ☐ Cert ☐ CE ☐ Cert ☐ SC ☐ Cert ☐ Otro ☐ Cert ☐ Cual ☐

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. ☐

61. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. ☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o no contara 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. Dpto del SISBEN: Número de ficha / Puntaje	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

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

savia SALUD EPS

No. de Radicación: | Fecha de Radicación: 08 | 12 | 29 | 20

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliante	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código de cotizante por la EPS
A. Afiliación	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia	A. Contributivo	A. Cotizante	A. Dependiente	01
B. Reporte de Novedades X	• Beneficiario o afiliado adicional	B. Subsidiado	B. Cabeza de familia	B. Independiente	
	B. Colectivo		C. Beneficiario	C. Pensionado	
	C. Institucional				
	D. De oficio				

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

6. Apellidos y nombres			
CASTAÑO	DUQUE	MAURICIO	
7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número de documento de identidad: 1193231459	9. Sexo: Femenino ☐ Masculino X	10. Fecha de nacimiento: 25 / 03 / 1998

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Zona	12. Discapacidad: Tipo ☐ Condición ☐	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	
8111805 - IDC	16. Residencia	Bqr los Pobres		SURA	PROTECCION 372626
		CONCEPCION	Zona Urbana ☐ Rural ☐		ANTIOQUIA

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

19. Apellidos y nombres			
20. Tipo de documento de identidad ☐	21. Número de documento de identidad	22. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

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

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. Etnia
01							
02							
03							
04							
05							

	31. Discapacidad: Tipo F	M	Condición: V	T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01											
02											
03											
04											
05											

Selección de la IPS Primaria

	34. Diligencie con la habilitación prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
01	H JOSE MARIA	1022
02		
03		
04		

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

35. Razón Social o Institución	Tipo de documento de identificación	Nº.	36. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
	NIT	890102642	
37. Ubicación: Dirección	Teléfono	Municipio	REBELDE ANTIOQUIA

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación ☐ 3. Actualización 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. Movilidad a otra 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. Hacia Régimen ☐ B. Desde Régimen ☐ 15. Reporte por fallecimiento ☐ 16. Reporte del retiro de pensionado al cesante ☐ 17. Reporte de la calidad del Pre-pensionado ☐ 18. Reporte de la calidad del Pensionado ☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Tipo de documento de identidad ☐	Número de documento de identidad	Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento: D D M M A A A A
			08 / 12 / 2020
42. EPS anterior	43. Número de Incapacidad: Código	44. Código de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

40. Declaración de diligenciamiento exclusivo de los beneficiarios y afiliados adicionales. ☐ 42. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. ☐ 45. Declaración de existencia de barreras de tipo físico o cultural tales que impidan la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios. ☐ 46. Declaración de no intervención del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. ☐ 72. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. ☐
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran. ☐
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. ☐
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. ☐

VIII. FIRMAS

Mauricio Castaño P

IX. ANEXOS

55. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ Cert. ☐ RC ☐ Cert. ☐ TI ☐ Cert. ☐ CC ☐ Cert. ☐ PA ☐ Cert. ☐ CE ☐ Cert. ☐ CD ☐ Cert. ☐ SC ☐ Cert. ☐ Total ☐
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. ☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. ☐
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. ☐
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. ☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. ☐ 62. Documento en que conste la partida de la(s) persona, o el certificado de defunción de los padres y la declaración jurada por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. ☐ 63. Copia de la autorización de vinculación 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 de cotizante afiliados 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 SISBEN: 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

Colpensiones
Vas por tu futuro ¡ya!

El futuro es de todos

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MAURICIO CASTAÑO DUQUE** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1193231459,** se encuentra afiliado/a desde **17/07/2017** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 03 de diciembre de 2020.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

comfama

Medellín, 4 de Diciembre de 2020

La Caja de Compensación Familiar de Antioquia, Comfama

hace constar que:

Mauricio Castaño Duque con cédula 1193231459, se encuentra afiliado(a) a esta Corporación, en calidad de trabajador(a) dependiente por intermedio del empleador Mantenimiento Y Mejoras Ltda con nit. 811022672, desde el 02 de diciembre de 2020. No tiene grupo familiar registrado.

Se expide esta constancia a solicitud del empleador.

Cordialmente,

DEPARTAMENTO DE SUBSIDIO

VIGILADO SuperSubsidio

COLMEDICOS
LA SALUD DE SU EMPRESA

CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2020-12-02

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	MANTENIMIENTO Y MEJORAS LIMITADA	Actividad económica:	Actividades de paisajismo y servicios de mantenimiento conexos.
Nombre:	MAURICIO CASTAÑO DUQUE	Documento:	CC 1193231459
Fecha de nacimiento:	1998-03-25	Lugar de nacimiento:	MEDELLIN (ANTIOQUIA)
Edad:	22 años	Género:	Masculino
Estado civil:	Soltero	No. hijos vivos:	0
Dirección actual:	VDA ARANGO SECTOR LOS POMITOS	Municipio:	CONCEPCION
Teléfono:	3114017764	Escolaridad:	Primaria_completa
Ocupación:	MAQUINISTA	EPS:	Savia Salud
Responsable**:	OFELIA CASTAÑO (TIA)	Teléfono:	3217842480
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría: NO APLICA.
Audiometría: NO APLICA.
Espirometría computarizada: NO APLICA.

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a MAURICIO CASTAÑO DUQUE con documento de identificación No. 1193231459 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de MAQUINISTA del sector económico Actividades de paisajismo y servicios de mantenimiento conexos.

RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Se le recomienda continuar en su entidad de salud el plan de manejo de su patologia RESPIRATORIA de origen común. No le genera limitaciones para el desempeño de su trabajo habitual.

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

OBSERVACIONES FINALES

CONSIDERACIONES SOBRE LA CAPACIDAD VISUAL EVALUADA POR EL MEDICO: Dentro del examen Médico Ocupacional realizado se incluyo una valoración de la capacidad visual, en la que no se encontraron alteraciones que puedan afectar el desempeño de la ocupación.

CONSIDERACIONES OCUPACIONALES ESPECIALES DECRETO 1374 DE 2020 POR COVID 19: Según lineamientos del Ministerio de Salud y de acuerdo a la valoración médica realizada el usuario NO PRESENTA comorbilidades o condiciones que le ponen en riesgo de hacer complicaciones en caso de infección por COVID 19, de acuerdo a lo establecido en el Anexo Técnico del Decreto 1374 de 2020 y la Circular 30 de 2020, en su numeral 4.°

Para la emision de este certificado de aptitud laboral se tuvieron en cuenta los siguientes parametros:
- Encuesta de COVID-19
- Declaratoria de estado de salud
- Examenes medicos ocupacionales anteriores realizados en Colmedicos.
- Declaraciones del paciente
- Examen fisico guardando todas las medidas de proteccion y teniendo en cuenta tener un reducido contacto fisico con el paciente para disminuir el riesgo de infeccion que genera la actual pandemia.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

CONSIDERACIONES ESPECIALES DE HISTORIA OCUPACIONAL EN PANDEMIA POR CORONAVIRUS: La presente evaluación médica ocupacional que se realiza durante la pandemia por COVID 19 , Se lleva a cabo de forma integral , teniendo en cuenta la encuesta de síntomas, presencia de signos y síntomas respiratorios agudos y verificación de antecedentes de patologías o condiciones que lo enmarquen en una población de manejo especial o de mayor riesgo de complicación en caso de sufrir la infección, en concordancia con lo que establecen las Resoluciones 464 y 666 de 2020 y lo definido en la Circular No 30 de 2020, del Ministerio de Salud y Protección Social. 'Cualquier hallazgo significativo encontrado en relación a la actual problemática de salud pública se ampliará en el Certificado Médico, con

enfermedad. En caso de presentar algún síntoma al respecto, será pertinente que se le haga una nueva valoración médica en su Entidad de Salud. Por todo lo anterior se recomienda implementar las medidas generales y específicas según proceso productivo y sector económico, en el marco del Programa de Bioseguridad de cada empresa y en atención a los lineamientos de autoridades competentes como Ministerios de Trabajo, Salud y Seguridad Social'.

Es de vital importancia para PROTEGERNOS DEL CORONAVIRUS:

- Lavar nuestras manos regularmente con abundante agua y jabón.
- Usar tapabocas convencionales todo el tiempo en espacios donde sea imposible mantener distancias mayores a 2 metros, como: transporte público, taxis, supermercados, bancos, entre otros.
- Si se usa transporte masivo usar siempre tapabocas y lavarse las manos después de usarlo.
- Evitar tocarse la cara, especialmente después de tener contacto con superficies contaminadas o personas enfermas.
- Limpiar constantemente con desinfectante las superficies con las que tenemos contacto.
- Mantener una distancia no inferior a un metro y medio con otras personas en la medida de lo posible: No salude de beso ni de mano y evite el contacto físico.
- Descargue el aplicativo Coronapp-Colombia para recibir información personalizada e Infórmese a través de fuentes confiables.
- SI TIENE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS: Fiebre, Tos, Dificultad para respirar, dolor para tragar, notifíquelo a su empleador y su EPS, No vaya a lugares públicos, es ideal que se aisle preventivamente.

Juliana Jaramillo

Juliana Marcela Jaramillo Garcia
Médico General
55394-11
Corporación Universitaria Remington
Especialista en Seguridad y Salud en el trabajo
U. CES
Res.52016060090205

Mauricio Castaño D.
MAURICIO CASTAÑO DUQUE
Documento: 1193231459

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clínica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Impreso por: lina.osorio
Fecha: 2020-12-02 Hora: 16:20

PAGOSIMPLE | CERTIFICADO INDIVIDUAL

Fecha creación: 2020-12-04, 10:33:25 [redacted] Tipo Planilla: I Número Planilla: 1034179822 [redacted]

Periodo Cotización: 202012 Periodo Servicio: 202012

PAGADA 2020-12-04 10:32:07.0

Se certifica que en la fecha 04/12/2020, la empresa ORREGO BRAN DENNIS JOHANNA, con documento de identificación CC43911294, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al empleado ORREGO BRAN DENNIS JOHANNA, con CC 43911294, dirigido a las siguientes entidades.

Tipo Admin	Nit	Código	Nombre
ARP	N860011153	14-23	POSITIVA DE SEGUROS
AFP	N800229739	230201	PROTECCION (ING + PROTECCION)
EPS	N900156264	EPS037	NUEVA EPS

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 62 - Barranquilla: 361 86 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

Simple

Información de la Planilla Pagada	
Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de Seguridad Social
Fecha	2020-12-04, 10:29:55 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	diciembre de 2020
Periodo de Cotización Para Salud	diciembre de 2020
Empresa	ORREGO BRAN DENNIS JOHANNA
CEDULA CIUDADANIA	CC 43911294
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1034179822
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	821356439
Banco	(1507) - NEQUI
Valor	$ 311.400
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800229739	230201	PROTECCION FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS	1	$ 140.500	$ 0
N900156264	EPS037	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD NUEVA EPS S.A.	1	$ 109.800	$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1	$ 61.100	$ 0
		SubTotales:		$ 311.400	$ 0
		Total a Pagar:			$ 311.400

Company Health

NIT: 900.861.108-5
Diagonal 50 # 49 - 84 Edificio Colpatria
Piso 5 - Medellín - Colombia
PBX: 418 18 10
Cel: 310 398 6466
Correo: harol.munoz@companyh.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.996

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DÍA	12 MES	2020 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	CONTRATISTA JDA S.A.S
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

ORREGO BRAN DENNIS JOHANNA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres	FEMENINO	37 AÑOS 11 MESES 4 DÍAS	CC Tipo	43911294 Número

Cargo	Numero Celular	EPS	AFP	ARL	RH
INSPECTORA SST	3002491463	NUEVA EPS	PROTECCION	NO REGISTRA	O +

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL NORMAL, PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO PARA EL CUAL VA A SER CONTRATADO

Observaciones: *NO APLICA*

PARA TRABAJAR EN ALTURAS	APTO

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL CON TSA	✓	VISIOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
	SEGÚN VALORACIÓN REALIZADA Y ENCUESTA, LA PERSONA NO PRESENTA SÍNTOMAS DE COVID 19	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento Informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico		Aspirante o Trabajador
Firma:		Firma:
Nombre: OCAMPO RENDON HUGO ALEXANDER	Código de Seguridad	Nombre: ORREGO BRAN DENNIS JOHANNA
R. M.: 05200803 L.S.O.: 104471	A21G1M8996	CC: 43911294

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL

43.911.294

ORREGO BRAN

DENNIS JOHANNA

Johanna Orrego B.





FECHA DE NACIMIENTO 10-ENE-1983

MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65
ESTATURA

O+
G.S. R.H.

F
SEXO

10-ENE-2001 BELLO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-0101900-10113651-F-0043911294-20030917 07206 03260A 01 196205745

Protección

Pensiones y Cesantías

FONDOS DE PENSIONES OBLIGATORIAS
CLL 49 # 63 - 100
MEDELLÍN

HACE CONSTAR QUE:

El (la) señor **DENNIS JOHANNA ORREGO BRAN**, con número de identificación **43.911.294**, encuentra afiliado(a) al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCION S.A. Desde 2008/11/01. Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el 2020/12/17.

Cordialmente.

Andrea Cañon Rincón
Jefe de área administración de información de los clientes
PROTECCIÓN S.A.

ARL | sura

Medellín, 17 de diciembre de 2020

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 CONTRATISTA JDA S.A.S que se encuentra EN MORA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizant
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL ANTIOQUIA		Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C43911294	ORREGO BRAN DENNIS JOHANNA	18/12/2020		FRv51821	DEPENDIEN

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 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 17/12/2020 13:04:50 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.158.179, 198.143.41.7, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

ARL | sura

DENNIS JOHANNA
ORREGO BRAN

C.C 43911294
Nit N900700283
Afiliado DEP
Empresa CONTRATISTA JDA S.A.S

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 70.420.571
MONTOYA DIOSA
APELLIDOS
ADUAR ALBERTO
NOMBRES

ADUAR ALBERTO MONTOYA DIOSA
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-ENE-1977
BOLIVAR
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1,69 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

14 JUL-1998 BOLIVAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-0105200-0021442B M-0070420571-20100213 0020865489A 1 29257199

Total_Prot.

ARL | sura

Medellín, 01 de diciembre de 2020

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 CONTRATISTA JDA S.A.S que se encuentra EN MORA.

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:	0000000001 PRINCIPAL ANTIOQUIA	Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C70420571	MONTOYA DIOSA ADUAR ALBERTO	02/12/2020		144160A2	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 01/12/2020 15:02:14

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes

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

Dirección IP: 191.95.158.96, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE
RIESGOS LABORALES

ARL | sura

ADUAR ALBERTO
MONTOYA DIOSA

C.C.
Nit
Afiliado
Empresa

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías S.A. - Nit. 800.144.331-3

porvenir
sólo hay uno

En su condición de administradora del
FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR
NIT. 800.170.043-7
Cra 13 Nro. 26 A - 65

CERTIFICA QUE:

ADUAR ALBERTO MONTOYA DIOSA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **70,420,571**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 01 de Diciembre de 2020.

Gerencia de Clientes

VIGILADO

AVAL

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS S

No de Radicacion	Fecha de Radicacion
4005899282	01|1|2|2|0|2|0

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.Tipo de tramite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒

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

3.Regimen: A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

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

Codigo (a registrar por la EPS): ☐☐

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
MONTOYA (Primer apellido)	DIOSA (Segundo apellido)	ADUAR (Primer nombre)	ALBERTO (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	70421571	Femenino ☐ Masculino ☒	24/02/1970

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
[redacted]	Tipo: FISICA Condicion: [redacted]		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL	877420

18.Residencia			
CR 30 97 40 Direccion	Telefono fijo	3003907690 Telefono celular	ADUAR@GMAIL.COM Correo electronico
ITAGUI Municipio/Distrito	zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	ANTIOQUIA Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo** Femenino ☐ Masculino ☐	**23. Fecha de nacimiento**

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

	24. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo Femenino	Masculino	28.Fecha de nacimiento
01					
02					
03					
04					
05					

Datos básicos del(los) menor(es)

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo			Dentición	
			F	N	O	T	P
01							
02							
03							
04							
05							

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)
01						
02						
03						
04						
05						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS (a registrar por la EPS)
C	VS ITAGUI - VS ITAGUI	VSITAGUI - VSITAGUI
5		
6		
8		

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONTRATISTA JDA SAS	NIT	900743283	01

39.Ubicación				
CL 54A # E 14 Dirección	4742550 Telefono	ALEJOLIEB@HOTMAIL.COM Correo electronico	MEDELLIN Municipio/distrito	ANTIOQUIA Departamento

No de Radicacion
4005899282

II. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la vinculación en la EPS
  - Código: ☐
- ☐ 6. Retiro(s) con la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 8. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 9. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Vinculación a una entidad o cambio 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 del pensionado

III. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	Sexo (Femenino ☐ Masculino ☐)	Fecha de nacimiento	42. Fecha (D/M/AAAA)

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código:	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. ☐ Declaración de veracidad de la información económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

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

48. ☐ Declaración de excusarse de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acrediten la condición de beneficiarios.

49. ☐ Declaración de la no afiliación del cotizante cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Instit. con Prestadora de Salud.

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

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

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

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

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Aduar Montoya	Monica Chavez

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐ Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0
- ☐ 57. Copia del dictamen de invalidez pertinente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia 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 para 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 certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 61. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los 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 SISBEN: Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos funcionario que realiza la validación: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71. Firma del funcionario

Observaciones:

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

comfama Afiliación del Trabajador Dependiente y su Grupo Familiar

Datos del empleador

NIT 900700283 Contratista JDA SAS 2606994

Datos del trabajador dependiente

CC 70420571 Montoya Diosa Aduar Alberto 24011977 X

Datos de residencia del trabajador dependiente

Cra 30 #97-45 Antioquia Medellin 2606994

Datos laborales

Salario mes $877803 Hrs contratadas día 8 Hrs contratadas mes 240 X Tipo de contrato Fecha de ingreso a la empresa 01 12 2020 Ayudante Obra

Trabajador Sector Agropecuario SI ____ NO ____

Datos adicionales empleadas servicio doméstico (Relacione información de empleadores adicionales con los que labora)

Nº	Razón Social	No de horas/días	Salario/mes	Afiliado a Caja de Compensación			
				SI		NO	Cual?
				SI		NO	Cual?

Datos de cónyuge o compañero(a) permanente

Tipo de identificación | No. identificación | Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre | Genero | Fecha de nacimiento | Ocupación

Datos de las personas a cargo

Tipo de identificación	Número	Primer Apellido	Segundo apellido	Nombres Completos	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Genero
						DD MM AAAA	

Medio de pago de la cuota monetaria

Autorizo a Comfama para entregar a título del subsidio cuota monetaria a Cuenta de:

☐ Cuenta Personal Número de cuenta ____

Tipo de Cuenta ☐ Ahorros ☐ Corriente

Entidad financiera ____

☐ Talonario de afiliación

☐ Pago con dispositivo móvil. Para mayor información ingrese a nuestra página web www.comfama.com y consulte los avisados con los cuales Comfama hace convenio para este tipo de pago

NOTA: Comfama solo consignará el subsidio señalado como monetario a los trabajadores que tengan derecho a este, y en la forma prescrita, advirtiendo la falta oportuna de la Carta de empleador beneficiario. Reportes posteriores al pago solo Comfama en WWW.COMFAMA.COM. Cuidar muy cuidado el diligenciamiento de toda la información aquí suministrada, autoriza a Comfama para que por cualquier medio verifique los datos aquí consignados y que en caso de falsedad se adelanten las sanciones contempladas en la ley.

La información de datos personales que usted aquí suministra se hace con el fin de cumplir con los requerimientos establecidos en la Ley 1581 de 2012, información recolectada se utilizará para los tratamientos de ley, conforme a los parámetros establecidos en el Ley 1581 de 2012.

Autorizo a la caja de compensación familiar Comfama para consultar, reportar, actualizar y Comfama para consultar, reportar y actualizar, en cualquier momento, ante cualquier operador de información, mis datos personales, así como el comportamiento de mis obligaciones crediticias, financieras y comerciales.

- Comfama para conocer su opinión sobre el producto de nuestros clientes.
- Todas las otras actividades para ofrecer y prestarle servicios y productos financieros y de seguros.
- Verificar y actualizar en las diferentes bases o consultas públicas para la confirmación de los datos aquí registrados y solicitados.
- En mi calidad de titular, autorizo a Comfama para consultar, reportar, actualizar y rectificar los datos personales en la central de información financiera, comercial, crediticia, de servicios y de caracterización de riesgos.

Comfama Atención al Cliente Cref 311

Recibido

Aduar Montoya

Original (Empleador)

Company Health

NIT: 900.861.108-5
Diagonal 50 # 49 - 84 Edificio Colpatria
Piso 5 - Medellín - Colombia
PBX: 418 18 10
Cel: 310 398 6466
Correo: harol.munoz@companyh.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 6.702

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
09 DÍA	11 MES	2020 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	CONTRATISTA JDA S.A.S
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)

MONTOYA DIOSA ADUAR ALBERTO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres	MASCULINO	43 AÑOS 9 MESES 15 DÍAS	CC Tipo	70420571 Número

Cargo	Numero Celular	EPS	AFP	ARL	RH
OFICIAL	3216387384	SALUD TOTAL	PROTECCION	NO REGISTRA	A +

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL ANORMAL

Observaciones: *NO APLICA*

PARA TRABAJAR EN ALTURAS	APTO

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL CON TSA	✓	VISIOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
●	SVE AUDITIVO	HACER DEPORTE
	SEGÚN VALORACIÓN REALIZADA Y ENCUESTA, LA PERSONA NO PRESENTA SÍNTOMAS DE COVID 19	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico	Aspirante o Trabajador
Ocampo R	
Firma:	Firma: Aduar Montoya
Nombre: OCAMPO RENDON HUGO ALEXANDER	Nombre: MONTOYA DIOSA ADUAR ALBERTO
R. M.: 05200803 L.S.O.: 104471	CC: 70420571

Código de Seguridad
O21U1A6702


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
1.116.493.429
MORA DURAN
JOEL


11-SEP-1996
ARAUCUITA
1.67
O+
M

Nueva Pon

ARL | sura

Medellin, 01 de diciembre de 2020

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 CONTRATISTA JDA S.A.S que se encuentra EN MORA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Numero identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL ANTIOQUIA		Clase: 5		Porcentaje Cotizacion: 6.96 %	
C1116493429	MORA DURAN JOEL	02/12/2020		22292261	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 01/12/2020 14:59:52 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.158.96, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE
RIESGOS LABORALES

ARL | sura

JOEL
MORA DURAN

C.C
Nit
Afiliado
Empresa

porvenir

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

En su condicion de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800 224 808-8

CERTIFICA QUE:

JOEL MORA DURAN, identificado(a) con cédula de ciudadania **1.116.493.429**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 01 de Diciembre del 2020.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

292

eps

Luz Mariela Perez

01 01 12 2020

Maria doran Joel

TI1061932179 11 09 1986

Contributiva Ida Sas. 900700283

Calle 10 # 7a-14 Bello Antioquia 2606944.

01 12 2020 Aprobado. 877803

eps

Luz Mariela Perez

comfama Afiliación del Trabajador Dependiente y su Grupo Familiar

Datos del empleador

Tipo de identificación: N | Número de identificación: 900700283 | Razón Social o Apellidos y Nombres: Contratista JDA SAS | Subsidio: Z606994

Datos del trabajador dependiente

Tipo de identificación: C | Número de identificación: 1116493422 | Primer Apellido: Mora | Segundo Apellido: Duran | Primer Nombre: Joel | Fecha de nacimiento: 11 09 1986 | Género: X

Datos de residencia del trabajador dependiente

Dirección: Cra 65 # 36 - 40 | Departamento: Antioquia | Municipio: Medellin | Código Postal: Z606994

Datos laborales

Tipo de Salario: F | Salario mes: 877803 | Nro. horas laborales día: 8 | Nro. horas laborales mes: 240 | Tipo de contrato: 4 | Fecha de ingreso a la empresa: 01 12 2020 | Tipo de actividad/Cargo: Ayudanta obra | Trabajador Sector Agropecuario: SI ____ NO ____

Datos adicionales empleadas servicio doméstico (Relacione información de empleadores adicionales con los que labora)

NIP | Razón Social | No. de horas/mes | Salario mes | Afiliado a Caja de Compensación: SI NO Cual?

Datos de cónyuge o compañero(a) permanente

Tipo de identificación | No. identificación | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Otros Nombres | Género | Fecha de nacimiento | Discapacidad

Datos de las personas a cargo

Tipo de identificación | Número | Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombres Completos | Parentesco | Fecha de nacimiento | Género | Discapacidad

Medio de pago de la cuota monetaria

Autorizo a Comfama para entregar el valor del subsidio cuota monetaria a través de:

Cuenta de ahorros | Número de cuenta | Tipo de Cuenta | Ahorros | Corriente | Entidad financiera

Tarjeta de débito

Pagos en otros puntos de atención. Para mayor información ingrese a nuestra página web www.comfama.com y consulte los horarios en los cuales Comfama tiene convenios vigentes para pago.

NOTA: Comfama solo garantiza el subsidio familiar cuota monetaria a los trabajadores a que tengan derecho a este, una vez la entidad pagadora abonen o haga efectivo en la cuenta del trabajador beneficiario. Mientras ubicamos en la página web Comfama www.comfama.com Declaro bajo juramento no encontrarme en ninguna de las inhabilidades establecidas en el artículo 6 de la Ley 1581 de 2012. Autorizo a Comfama para que por cualquier medio verifique los datos aquí consignados y que en caso de encontrar un aprovechamiento indebido de los mismos, se proceda a la suspensión inmediata y definitiva del servicio. Declaro además que los datos personales que he indicado en este documento se hacen con el fin de cumplir con los requisitos establecidos en las normas que regulan el Sistema del Subsidio Familiar especialmente las Leyes 21 de 1982 y 789 de 2002, que dan lo comunicados por la ley.

La información aquí dada personalmente por el trabajador en este documento se hace con el fin de cumplir con los requisitos establecidos en las normas que regulan el Sistema del Subsidio Familiar especialmente las Leyes 21 de 1982 y 789 de 2002, que dan lo comunicados por la ley.

La información aquí dada personalmente por el trabajador en este documento se hace con el fin de cumplir con los requisitos establecidos en las normas que regulan el Sistema del Subsidio Familiar especialmente las Leyes 21 de 1982 y 789 de 2002, que dan lo comunicados por la ley.

comfama Atención al Cliente Crefi 311 Recibido

Joel Mora

293

294

Company Health

NIT: 900.861.108-5
Diagonal 50 # 49 - 84 Edificio Colpatria
Piso 5 - Medellín - Colombia
PBX: 418 18 10
Cel: 310 398 6466
Correo: harol.munoz@companyh.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.127

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
30 DÍA	11 MES	2020 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	CONTRATISTA JDA S.A.S
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)

MORA DURAN JOEL	Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres	MASCULINO	34 AÑOS 2 MESES 19 DIAS	CC Tipo	1116493429 Número

Cargo	Numero Celular	EPS	AFP	ARL	RH
OFICIAL	3127474130	NUEVA EPS	PORVENIR	NO REGISTRA	O +

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL NORMAL, PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO PARA EL CUAL VA A SER CONTRATADO

Observaciones: *NO APLICA*

PARA TRABAJAR EN ALTURAS	APTO

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL CON TSA	✓	VISIOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL SEGÚN VALORACIÓN REALIZADA Y ENCUESTA, LA PERSONA NO PRESENTA SÍNTOMAS DE COVID 19	HABITOS SALUDABLES CONTROL DE PESO HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico		Aspirante o Trabajador	
Firma:	Ocampo R	Firma:	JOEL MORA DURAN
Nombre:	OCAMPO RENDON HUGO ALEXANDER	Nombre:	MORA DURAN JOEL
R. M.:	05200803 L.S.O.: 104471	Código de Seguridad	H21N1T8127
		CC:	1116493429

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 94.250.078

APELLIDOS
GONZALEZ PALACIO

NOMBRES
JUAN JOSE





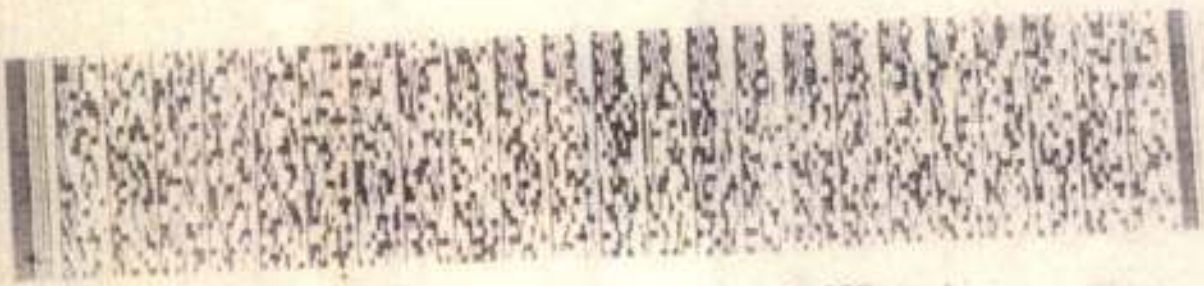
FECHA DE NACIMIENTO 18-MAR-1963

TITIRIBI
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

29-MAY-1981 CAICEDONIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



A-0100100-00060514-M-0094250078-20121231 0060514

ARL | sura

Medellin, 01 de diciembre de 2020

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 CONTRATISTA JDA S.A.S que se encuentra EN MORA

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Numero identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	000000001 PRINCIPAL ANTIOQUIA	Clase: 5	Porcentaje Cotizacion:	6,96 %	
CI94250078	GONZALEZ PALACIO JUAN JOSE	02/12/2020		186DCG19	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 01/12/2020 15:05:26

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

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

Dirección IP: 191.95.158.98, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE
RIESGOS LABORALES

ARL | sura

JUAN JOSE
GONZALEZ PALACIO

C.C
Nit
Afiliado
Empresa CONTRATISTA JEA S.A.S

Protección
Pensiones y Cesantías

FONDOS DE PENSIONES OBLIGATORIAS
CLL 49 # 63 - 100
MEDELLÍN

HACE CONSTAR QUE:

El (la) señor **JUAN JOSE GONZALEZ PALACIO**, con número de identificación **94.250.078**, encuentra afiliado(a) al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCION S.A. Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el 01/12/2020.

Cordialmente.

Andrea Cañon Rincón
Jefe de área administración de información de los clientes
PROTECCIÓN S.A.

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

savia SALUD EPS

01/12/2020

01

González | Palacio | Juan | José

94250778

18/03/1961

Soltero

Pensionado

1037600328

Cra 65 - # 16 - 46

12/6/1998

Belen | Antioquia

savia SALUD EPS
01 DIC 2020

Mi vez Salud

1037600328

26/06/1964

Juan José González

Confirma

comfama **Afiliación del Trabajador Dependiente y su Grupo Familiar**

Datos del empleador

900700283 Contratista JDA SAS 2606994

Datos del trabajador dependiente

94250078 Gonzalez Palacios Juan Jose 18031963 x

Datos de residencia del trabajador dependiente

Cra 65 H-16-46 Antioquia Medellin 2606994.

Datos laborales

877803 8 240 x 01122020 Ayudante Obra

Datos adicionales empleadas servicio domestico (Relacione información de empleadores adicionales con los que labora)

Datos de conyuge o compañero(a) permanente

Datos de las personas a cargo

Medio de pago de la cuota monetaria

comfama
Atención al Cliente C...
Crefi
311
Recibido

Juan Jose Gonzalez.

Company Health

NIT: 900.861.108-5
Diagonal 50 # 49 - 84 Edificio Colpatria
Piso 5 - Medellín - Colombia
PBX: 418 18 10
Cel: 310 398 6466
Correo: harol.munoz@companyh.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.221

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
01 DÍA	12 MES	2020 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	CONTRATISTA JDA S.A.S
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cédula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

GONZALEZ PALACIO JUAN JOSE	Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres	MASCULINO	57 AÑOS 8 MESES 15 DÍAS	CC Tipo	94250078 Número

Cargo	Numero Celular	EPS	AFP	ARL	RH
ENCARGADO	3207093288	SAVIA SALUD	NO REGISTRA	NO REGISTRA	A +

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON HALLAZGOS ANORMALES, SIN RESTRICCIONES LABORALES.

Observaciones: *NO APLICA*

PARA TRABAJAR EN ALTURAS	APTO

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL CON TSA	✓	VISIOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
	SVE AUDITIVO	HACER DEPORTE
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
	SEGÚN VALORACIÓN REALIZADA Y ENCUESTA, LA PERSONA NO PRESENTA SÍNTOMAS DE COVID 19	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico	Aspirante o Trabajador
Firma: Ocampo R	Firma:
Nombre: OCAMPO RENDON HUGO ALEXANDER	Nombre: GONZALEZ PALACIO JUAN JOSE
R. M.: 05200803 L.S.O.: 104471	CC: 94250078

Código de Seguridad
N21T1Z8221

ARL | sura

Medellín, 11 de Diciembre de 2020

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 RYO CONSTRUCCIONES SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000001 - PPAL, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C71581297	HOLGUIN JAIME DE JESUS	12/12/2020		224221*2	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C391717672034663676

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 11/12/2020 17:41:16 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4005940245	1|1|1|2|2|0|2|0

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

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

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
HOLGUIN (Primer apellido)	(Segundo apellido)	JAIME (Primer nombre)	DE JESUS (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	71581297	Femenino ☐ Masculino ☒	2|6|0|6|1|9|5|9

III. [redacted]S COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad		13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F M	Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL	877803

18.Residencia			
CL 67 25BB 86 (Dirección)	Telefono fijo	3233328648 (Telefono celular)	RYOCONSTRUCCIONES@GMAIL.COM (Correo electronico)
GUARNE (Municipio/Distrito)	zona: Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	ANTIOQUIA (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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. [redacted] documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
		Femenino	Masculino	
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos complementarios

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

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 Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	PROSALCO GUARNE CP - PROSALCO GUARNE CP	PROGUARNE - PROGUARNE
S	-	-
S	-	-
S	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documnto de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
RYO CONSTRUCCIONES SAS	NIT	900450560	01

39.Ubicación				
CL 116A 67B 63 (Dirección)	5862671 (Teléfono)	LUCIANAJ-R@HOTMAIL.COM (Correo electrónico)	MEDELLIN (Municipio/distrito)	ANTIOQUIA (Departamento)

No de Radicacion
4005940245

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripcion en la EPS.
  Código: ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida 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 tramite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		1|2|1|2|2|0|2|0

43. [redacted]nterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

Jaime Holguin	Astrid Arbeda
54. [redacted]cante o 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: 0
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 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 consiste 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 SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71.Firma del funcionario

Observaciones

Colpensiones
Ven por tu futuro

El futuro es de todos

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JAIME DE JESUS HOLGUIN** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **71581297,** se encuentra afiliado/a desde **29/09/2003** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 11 de diciembre de 2020.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

nueva eps

CERTIFICA

Que la persona relacionada a continuación, en cumplimiento a lo establecido en las normas legales vigentes, ha cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos del BENEFICIARIO al	
CC 1001474263 SOTO MOLINA JHOANA MARCELA	
Estado Cotizante:	**ACTIVO**
Causal:	**ACTIVO EN REGIMEN SUBSIDIADO EN**
Semanas Cotizadas Nueva EPS S.A.:	
Fecha Afiliación:	**01/06/2014**
Fecha Último Periodo Cotizado:	
Fecha Cancelación:	**31/05/2020**

La presente certificación se expide el día 17 de Diciembre de 2020 a solicitud del (de la) interesado(a).

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A.

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JHOANA MARCELA SOTO MOLINA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.001.474.263**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Diciembre del 2020.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

OPTIMUS
Soluciones Ocupacionales
NIT - 71633161-2
www.optimusso.com gerencia@optimusso.com 301 770 5891 - 310 456 2424



N° 10.725

16	12	2020

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PARA TRABAJOS EN ALTURAS

INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuario: PARTICULAR
Actividad Económica:
Lugar del Exámen Ocupacional: RIONEGRO (ANTIOQUIA, COLOMBIA)
Fecha de Ingreso: 16/12/2020 03:30 PM **Fecha de Egreso:** 16/12/2020 03:51 PM

NOMBRE DEL PACIENTE: SOTO MOLINA JHOANA MARCELA

Tipo de Identificación: CC **Número de Identificación:** 1001474263
Género: FEMENINO **Edad:** 21 AÑOS 2 MESES 27 DÍAS
Fecha de Nacimiento: 19/09/1999 **Lugar de Nacimiento:** REMEDIOS (ANTIOQUIA, COLOMBIA)
Escolaridad: TECNÓLOGO **Estado Civil:** SOLTERO(A)
Dirección Actual y Municipio Donde Habita: CRA 23E #81A-23 MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)
Teléfono: 3013645942
EPS: NUEVA **ARL:** NO POSEE **AFP:** PORVENIR

OCUPACIÓN: TECNOLOGA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

EXÁMENES REALIZADOS

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

AUDIOMETRÍA TAMIZ GLICEMIA TAMIZ,CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL TRABAJO EN ALTURAS,VISIOMETRIA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS | **SI**

RESTRICCIONES LABORALES/OCUPACIONALES	TIPO	RECOMENDACIONES
	PERMANENTE	1.-CONOZCA Y CUMPLA LAS NORMAS DE SALUD OCUPACIONAL; 2.-CONOZCA YUSO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL , 3.-REALIZE GIMNASIA ACTIVA Y PRACTIQUE HÁBITOS DE BUENA POSTURA ; 4.-USE PROTECCIÓN AUDITIVA EN AMBIENTES DE RUIDO POR ENCIMA DE 80 DB , 5 - EL LEVANTAMIENTO DE CARGAS MÁXIMA 2 5 KG Y TRANSPORTE DE CARGA EN TERRENO LLANO 12,5 KG. SI REQUIERE MANEJO DE MAS PESO HACER USO DE EQUIPOS MECANICO-ELECTRICOS O AYUDANTIA HUMANA, 6.-USE PROTECCIÓN RESPIRATORIA EN ÁREAS DE GASES, VAPORES O MATERIAL ARTICULADO, 7.-CONOCA LOS SIGNOS DE ALARMA Y RUTAS DE EVACUACIÓN ; 8 - INFORME AL SUPERIOR INMEDIATO TODO EVENTO EN SALUD ; 9.-INGRESE AL SVE ERGONOMICO DE LA EMPRESA.

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

1.-EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL, PACIENTE: MENTALMENTE CONSCIENTE, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA; SE REALIZA ENFASIS EN VALORACION OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA.SIN ALTERACIONES.
2- SE REALIZA EXAMEN DE LABORATORIO: GLUCOSA TAMIZ EN AYUNAS: NORMAL.
3.- SE REALIZA VALORACIÓN POR VISIOMETRIA: AGUDEZA VISUAL NORMAL Y RECONOCIMIENTO DE COLORES NORMAL.
4.-SE REALIZA AUDIOMETRIA: NORMAL.
SE EVALUA PACIENTE CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGÚN PROTOCOLO INSTITUCIONAL PARA EVITAR EL CONTAGIO POR CORONAVIRUS 19. RECOMENDACIONES : 1.-LÁVA LAS MANOS CON FRECUENCIA. 2.-USA EL TAPABOCA-NASAL. 3.- DISTANCIA SOCIAL DE 2 MTS. 4.-NO SALUDES CON BESOS O APRETONES DE MANO. 5.- SI TOSES, CÚBRETE LA BOCA CON EL CODO FLEXIONADO O CON UN PAÑUELO DESECHABLE. 6.- EVITA TOCARTE LOS OJOS, LA NARIZ Y LA BOCA. 7.- SI TIENES PERDIDA DEL OLFATO O SABOR, FIEBRE O DIFICULTAD PARA RESPIRAR, BUSCA ATENCIÓN MÉDICA, LLAMA PRIMERO A LA LÍNEA 123. 8.- SIGUE LAS INDICACIONES DE LAS AUTORIDADES LOCALES Y NACIONALES.

Consentimiento informado: Bajo gravedad de juramento afirmo que contestado preguntas sin omitir información y son verídicas y verificables sobre mi historia de salud. Asisto voluntariamente, he sido informado (a), acepto, conozco, comprendo la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y ayudas complementarias diagnosticas realizadas .Para una atención integral y verificable se aporte a la historia clínica electrónica mi foto, huella y firma, se guarde de manera electrónica garantizando reserva y confidencialidad, entregando solo al empleador el Certificado Médico de mi Aptitud física y mental cuando esta última se requiera. El objetivo es establecer mi actual estado de salud y la aptitud para la posible actividad laboral en la empresa Autorizo para que informe al médico de salud ocupacional o laboral de la Empresa sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social). Acepto recomendaciones y restricciones sobre mi salud y puesto de trabajo para cumplir mi labor.

Médico

Firma:

Nombre: VELEZ PAVE JUAN CARLOS

R.M.: 5-1003-97 L.S.O.: 123526-15

Código de Seguridad A44G1M10725

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: SOTO MOLINA JHOANA MARCELA

CC: 1001474263

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

1.001.474.263

SOTO MOLINA

APELLIDOS

JHOANA MARCELA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-SEP-1999
REMEDIOS
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

27-SEP-2017 MEDELLIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-0100100-01000851-F-1001474263-20160428 0050959979A 2 1084910214

REGIONAL ANTIOQUIA
CENTRO PARA EL DESARROLLO DEL HABITAT Y LA CONSTRUCCIÓN

ACTA DE GRADO

No Y FECHA REGISTRO 43384924 - 04/12/2020

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

Que: JHOANA MARCELA SOTO MOLINA. Con Cedula de Ciudadania No. 1001474263

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR EL SENA. RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

TECNÓLOGO EN OBRAS CIVILES

En constancia de lo anterior se firma la presente en Medellín. a los cuatro (4) días del mes de diciembre de dos mil veinte (2020)

Firmado Digitalmente por

XIOMARA POSADA ZULUAGA
Subdirectora (E) CENTRO PARA EL DESARROLLO DEL HABITAT Y LA CONSTRUCCIÓN
REGIONAL ANTIOQUIA

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la pagina web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 920300136800ICC1001474263A.

313

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

JHOANA MARCELA SOTO MOLINA

Con Cedula de Ciudadania No. 1001474263

Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad. le confiere el

Título de

TECNÓLOGO EN

OBRAS CIVILES

En testimonio de lo anterior, se firma el presente Titulo en Medellin. a los cuatro (4) dias del mes de diciembre de dos mil veinte (2020)

Firmado Digitalmente por

XIOMARA POSADA ZULUAGA
Subdirectora (E) CENTRO PARA EL DESARROLLO DEL HABITAT Y LA CONSTRUCCIÓN
REGIONAL ANTIOQUIA

43384924 - 04/12/2020
No y FECHA REGISTRO

DCM SERVICIOS Y CONSULTORIA

NIT: 900614347-0

CON LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL (0684) 97325

PERSONA JURÍDICA CERTIFICADA EN LA NTC 6072 ORGANISMO CERTIFICADOR BUREAU VERITAS CERTIFICATION co18.01677 DEL 18 DE JUNIO DE 2018 ACREDITADO POR LA ONAC CODIGO 09-CPR-008 Y CUMPLIENDO LA RESOLUCIÓN 1178 DE 2017 PARA FORMAR EN TRABAJO EN ALTURAS

HACE CONSTAR QUE

JHOANA MARCELA SOTO MOLINA

CEDULA DE CIUDADANÍA No. 1001474263

CURSO Y APROBÓ LA ACCIÓN DE FORMACIÓN

COORDINADOR TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

CON UNA DURACIÓN DE 80 HORAS

FORMACIÓN IMPARTIDA LOS DÍAS 16,17,18,19,20,21,22 Y 23 DE DICIEMBRE

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA EN RIONEGRO (ANTIOQUIA) A LOS VEINTITRES (23) DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE DOS MIL VEINTE (2020)

CÓDIGO DE CERTIFICACIÓN: COO2020122304

LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO PUEDE SER VALIDADA EN LA PAGINA WEB

CORREOS ELECTRONICOS: O

TELEFONOS: 3135516564 O 6043114404

JONATHAN CARDONA
REPRESENTANTE LEGAL

JONATHAN CARDONA
ENTRENADOR TSA LICENCIA S.O 860178

DCM SERVICIOS Y CONSULTORIA

NIT: 900614347-0

CON LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL (DESA) 97325

PERSONA JURÍDICA CERTIFICADA EN LA NTC 6072 ORGANISMO CERTIFICADOR BUREAU VERITAS CERTIFICATION CO18.01677 DEL 18 DE JUNIO DE 2018 ACREDITADO POR LA ONAC CODIGO 09-CPR-008 Y CUMPLIENDO LA RESOLUCIÓN 1178 DE 2017 PARA FORMAR EN TRABAJO EN ALTURAS

HACE CONSTAR QUE

JHOANA MARCELA SOTO MOLINA

CEDULA DE CIUDADANÍA No. 1001474263

CURSO Y APROBÓ LA ACCIÓN DE FORMACIÓN

REENTRENAMIENTO AVANZADO TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

CON UNA DURACIÓN DE 20 HORAS

FORMACIÓN IMPARTIDA LOS 26 Y 27 DE DICIEMBRE

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA EN RIONEGRO (ANTIOQUIA) A LOS VEINTISIETE (27) DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE DOS MIL VEINTE (2020)

CÓDIGO DE CERTIFICACIÓN: REE2020122702

LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO PUEDE SER VALIDADA EN LA PAGINA WEB [illegible]

CORREOS ELECTRONICOS: [illegible] O [illegible]

TELEFONOS: 3235816996 O 5453144



JONATHAN CARDONA
REPRESENTANTE LEGAL

JONATHAN CARDONA
ENTRENADOR TSA LICENCIA S.O 0001[illegible]

ARL | sura

Medellín, 06 de Diciembre de 2020

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 RYO CONSTRUCCIONES SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000001 - PPAL, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C71269543	SOTO FONEGRA RAMIRODE JESUS	07/12/2020		J92m163p	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C391717672034161421

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 06/12/2020 17:03:41 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 71269543

SOTO FONNEGRA
APELLIDOS

RAMIRO DE JESUS
NOMBRES

Ramiro SOTO FONEGRA
FIRMA





INGENIERIA Y SOLUCIONES PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO S.A.S

Resolución de Salud Ocupacional emitida por la DSSA No. S 2018060000447

Empresa certificada en las resoluciones 1178 de 2017, 3368 de 2014, 1409 de2012 y la NTC 6072 de 2014 por BUREAU VERITAS CERFICATION No. CO18.00549

Certificado de Formación y Entrenamiento Para Trabajo Seguro en Alturas

CERTIFICA QUE:

RAMIRO DE JESUS SOTO FONNEGRA

Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 71269543 MEDELLIN

Recibe el certificado No. NR8225

Nivel: REENTRENAMIENTO

Con una intensidad de 20 horas (8 teóricas, 12 prácticas)

Se firma en Medellín a los 22 dias de Enero de 2020

Carlos Mario Echeverri Zapata
Gerente General
Licencia No. 119068 DSSA

JHONATAN HOYOS PACHECO
Instructor Certificado SENA
Licencia No. 000153 DSSA

Mayor información en al teléfono 2435589 al correo gerencialaingriesgo@gmail.com o en la página web www.ingriesgo.com

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

Código único para diligenciamiento y radicación del Régimen Solidario

01 B 14036036

2262

0107981196

A. DATOS DEL AFILIADO

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE AFILIADO
4. AFILIACIÓN — B. REPORTE DE NOVEDADES: /
2. TIPO DE AFILIACIÓN — A. Individual — B. Cotizante a cabeza de familia — B1. Beneficiario a cargo del cotizante — B2. Cotizante a cargo del cotizante — C. Independiente — D. Pensionado — E. Otro
3. AFILIADO — C. Cotizante — S. Subsidiado
4. TIPO DE AFILIADO — CO Cotizante — CF Cabeza de Familia — BE Beneficiario — C. TIPO DE COTIZANTE — 1. Dependiente — 2. Independiente — 3. Pensionado — 4. Empleados con contrato de servicios — COD(S) — FECHA DE LA SOLICITUD

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: Soto — SEGUNDO APELLIDO: Fonnegra — PRIMER NOMBRE: Ramiro — SEGUNDO NOMBRE: de Jesus
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: X — 8. NÚMERO DE IDENTIDAD: 71269543 — 9. SEXO: X — 10. FECHA NACIMIENTO

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. GRUPO ÉTNICO — Código — Tipo
12. VULNERABILIDAD — Condición
13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN
14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL
15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES: Sura
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES: Proteccion
17. PRIMER IBC DE COTIZACIÓN - DÍA: 1000.000
18. EDUCACIÓN O CONDICIÓN DE INVALIDEZ
ESTADO CIVIL
CIUDAD / MUNICIPIO
DEPARTAMENTO
ZONA: U R
TELÉFONO FIJO
3216206404
CORREO ELECTRÓNICO
CÓDIGO EPS

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS ASCENDIENTES DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos de identificación del beneficiario principal y acompañantes cuando corresponda)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 22. SEXO — 23. FECHA NACIMIENTO — EDAD AÑOS

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

24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS — 25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 26. NÚMERO DE IDENTIDAD — 27. SEXO — 28. FECHA NACIMIENTO — PARENTESCO — Tipo — Condición

1
2
3
4

V. DATOS DE RESIDENCIA

Cuenta / Plan — Departamento — Zona — Dirección — Teléfono — Ciudad — Departamento — Zona — Barrio — Localidad

1
2
3
4

VI. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES SIN VINCULACIÓN POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

31. Razón Social: Rio Construccion — 32. Tipo documento de identificación — 33. Número documento de identificación: 900450560
34. Dirección de notificación: Cll 116 467B63 — 35. Municipio: Medellin — 36. Departamento — 37. Teléfono: Antio 4626199
38. Fecha inicio de relación laboral: 05 12 2020 — 39. Clase de aportante: Oficial — 40. Salario: 1000.000

VII. REPORTE DE NOVEDADES

41. Tipo de novedad
1. Modificación de datos básicos de identificación
2. Modificación de datos básicos de ubicación
3. Actualización del documento de identidad
4. Actualización de condiciones de afiliación/complementarios
5. Terminación de la vinculación con la EPS — Causa
6. Reintegro a la EPS
7. Inclusión de beneficiarios adicionales
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9. Inicio de relación laboral o afiliación de cotizantes para efectos de la UPC — A
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones
11. Vinculación a beneficio adicional para subsidio al aportante colectivo
12. Desvinculación de una entidad administradora para efectuar traslado colectivo
13. Inclusión
14. Traslado
15. Traslado colectivo
16. Terminación de la afiliación al sistema por fallecimiento
17. Retiro de cotizantes por terminación de la afiliación colectiva

VIII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

42. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — SEXO — FECHA NACIMIENTO
43. FECHA de reporte del — 44. EPS ANTERIOR Código — 45. CÓDIGO DEL TRABAJADOR — 46. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O FALLECIDO DE PENSIONES

IX. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Nombre — Apellidos — Documento de identidad — Dirección — Teléfono

VIII. FIRMAS

47. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario: Ramiro Soto
48. Firma del representante legal de la entidad administradora, empleador o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio: Astrid Arboleda

IX. ANEXOS

49. Anexa los siguientes documentos — CC — TI — RC — CE — PA — CD — SC — CN — Total
50. Copia del documento de identidad del cotizante o cabeza de familia
51. Copia del registro civil de nacimiento de los beneficiarios
52. Copia de la tarjeta de identidad de los beneficiarios mayores de 7 años
53. Copia del documento de identidad de los padres
54. Copia del documento de identidad del cónyuge o compañero permanente
55. Copia del documento de identidad del cotizante o cabeza de familia
56. Copia del documento de identidad de los beneficiarios mayores de 18 años
57. Copia del documento de identidad de los beneficiarios mayores de 7 años
58. Copia del documento de identidad de los padres
59. Copia del documento de identidad del cónyuge o compañero permanente
60. Copia del documento de identidad del cotizante o cabeza de familia
61. Otros documentos anexos
62. Copia del documento de identidad del cotizante o cabeza de familia

nueva eps — Día 05 — Mes 11 — Año 2020

Recibido para estudio Regional Antioquia
Código 2262

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

63. Nombre Completo de la Entidad Territorial

Mediclinico San Francisco S.A.S.
¡ Tu Bienestar es nuestro mayor compromiso !
Dirección: Carrera 45 Nro 49-45, Medellín, Antioquia Tel: 4445885



Fecha Reporte : 03/12/2020 HORA : 10:24
Tipo de Examen : EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

INFORMACIÓN GENERAL

Empresa usuaria:	CONSORCIO VIAS TERCIARIAS 2019		
Sector Económico:		Mision en:	
Nombre Del Trabajador:	RAMIRO DE JESUS SOTO FONSECA	N. de hijos:	2
Documento:	CC - 71269543	Edad:	42
Estado civil:	CASADO(A)	Género:	MASCULINO
Ocupación:	OFICIAL	Teléfono:	3216206404
Escolaridad:	Primaria	Municipio:	MEDELLIN (ANTIOQUIA)
Dirección:	MANRIQUE ORIENTAL	AFP:	PORVENIR
EPS:	NUEVA EPS SA	ARL:	NO DEFINIDA

AYUDAS DIAGNÓSTICAS

- Visiometria: No realizada

- Audiometria: No realizada.

- Espirometria Computarizada: No realizada.

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO

Visual [X] Auditivo [ ] Biomecánico [ ] Psicosocial [ ] Cardiovascular [ ] R. Biológico [ ] Respiratorio [ ] Quimico [ ] Voz [ ] Fisico [ ]

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

De acuerdo con el Examen ocupacional de INGRESO realizado a RAMIRO DE JESUS SOTO FONSECA con documento de identificación No. 71269543 se considera APTO PARA EL CARGO CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA SU LABOR para desempeñar la ocupación de OFICIAL del sector económico.
Presenta un defecto de refracción (alteración visual), en caso de ser necesario usar los lentes formulados en su EPS, asistir a los controles y revisiones periódicas, seguir las indicaciones del profesional, para evitar la astenopia (cansancio visual) que eventualmente puede generar un bajo rendimiento laboral y un mayor riesgo de accidentalidad.

RECOMENDACIONES GENERALES

SIN RESTRICCIONES.
Presenta un defecto de refracción (alteración visual), en caso de ser necesario usar los lentes formulados en su EPS, asistir a los controles y revisiones periódicas, seguir las indicaciones del profesional, para evitar la astenopia (cansancio visual) que eventualmente puede generar un bajo rendimiento laboral y un mayor riesgo de accidentalidad.
- Suministrar todos los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura.
- Uso adecuado de los elementos de protección personal de la dotación.
- Si va a estar expuesto ocupacionalmente a ruido superior a 75 dB requiere que se le realice Audiometría Clínica de ingreso.
- Utilizar protección auditiva tipo silicona en ambientes ruidosos tanto laborales como por fuera del trabajo.
- Seleccionar la protección respiratoria adecuada teniendo en cuenta producto y nivel de exposición, condiciones del trabajador y tipo de trabajo.
- Utilizar una adecuada higiene postural y mecánica corporal para la movilización de cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación.
- Realizar entrenamientos continuos sobre la mecánica corporal adecuada para movilizar cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación.
- Los hombres no deben movilizar cargas desde el piso superiores a 25 Kg ó 50 Kg sobre hombros o espalda.
- Evitar el contacto con sustancias tales como los hidrocarburos, el alquitran de hulla, la brea o el cemento, ya que son frecuentes los casos de dermatitis y sensibilización de la piel por estos elementos.
- En caso de tener que manipular estos elementos, debe utilizar los elementos de protección personal especifica y limitar al mínimo necesario el tiempo de exposición.

Mediclinico San Francisco S.A.S.
¡ Tu Bienestar es nuestro mayor compromiso !
Dirección: Carrera 45 Nro 49-45, Medellín, Antioquia Tel: 4445885

Fecha Reporte : 03/12/2020 HORA : 10:24
Tipo de Examen : EVALUACIÓN OCUPACIONAL



CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

INFORMACIÓN GENERAL

Empresa usuaria: CONSORCIO VIAS TERCIARIAS 2019
Sector Económico:
Nombre Del Trabajador: RAMIRO DE JESUS SOTO FONSECA
Documento: CC - 71269543
Estado civil: CASADO(A)
Ocupación: OFICIAL
Escolaridad: Primaria
Dirección: MANRIQUE ORIENTAL
EPS: NUEVA EPS SA

Mision en:
N. de hijos: 2
Edad: 42
Género: MASCULINO
Teléfono: 3216206404
Municipio: MEDELLIN (ANTIOQUIA)
AFP: PORVENIR
ARL: NO DEFINIDA

- En caso de requerir realizar trabajos o actividades a una altura superior a 1,50 mt, debe recibir capacitación y entrenamiento adecuado y la realización de una Audiometría y de los examenes de Glicemia en ayunas, Hemoglobina y Hematocrito previamente, para certificar su aptitud médica para este tipo de trabajos de alto riesgo.
- Verificar en el desarrollo de su trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas del trabajador.

CONCLUSIONES OCUPACIONALES PREVENTIVAS

CONSIDERACIONES JURIDICAS

Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de junio del 2009 del Ministerio de la Protección Social reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo y establecer la existencia de restricciones o limitaciones del aspirante. También establece que la empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MEDICO LABORAL del aspirante, el cual se envía con él y que también puede ser consultado en nuestra línea telefónica 444 5885. Los documentos completos de la Historia Clínica Ocupacional están bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera.

Próxima valoración ocupacional: 1 AÑO **Remisión EPS :** SI

OSVALDO VELASQUEZ
Registro Médico 5-0697-95 Licencia S.O. 5-7919
Cirujano especialista y Medicina Laboral y del Trabajo

RAMIRO DE JESUS SOTO FONSECA
CC - 71269543

porvenir

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
[illegible]

CERTIFICA QUE:

RAMIRO DE JESUS SOTO FONNEGRA, identificado(a) con cédula de ciudadanía 71.269.543, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.

La presente certificación se expide el 03 de Diciembre del 2020.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que siga cotizando en mayor de ahorros obligatorios para su pensión, así logrará recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

[illegible] Porvenir S.A. | NIT 800.144.331-3 Grupo AVAL

Escaneado con CamScanner


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.042.062.047
MURILLO CAMPIÑO
APELLIDOS
VICTOR ALFONSO
NOMBRES
V. Jose Alfonso M.C.
FIRMA



3507106057
Coomeva
Colfondos
Via vieja Guarne Km

824

ARL | sura

Medellín, 11 de Diciembre de 2020

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 RYO CONSTRUCCIONES SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000001 - PPAL, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C1042062047	MURILLO CAMPIÑO VICTOR ALFONSO	12/12/2020		0190415I	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C391717672034644136

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 11/12/2020 12:15:36 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Coomeva | EPS

RADICADO N°27151026

Fecha de Radicación: 07/12/2020

I. DATOS DEL TRÁMITE (Las instrucciones para el diligenciamiento de este formulario se encuentran en el reverso)

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒	A. Individual ☐ Cotizante o Cabeza de Familia ☒ Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	C. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	01

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
MURILLO (Primer apellido)	CAMPIÑO (Segundo apellido)	VICTOR (Primer nombre)	ALFONSO (Segundo nombre)

7. Tipo documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1042062047	Femenino ☐ Masculino ☒	14/05/1989

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
06	Tipo F N M ☐ Condición T P ☐		05

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de Cotización - IBC
SEGUROS DE VIDA SURAMERIC	010 / COLFONDOS	877,803

18. Residencia			
CRA 45 # 39-41 (Dirección)	4485860 (Teléfono fijo)	3507106057 (Teléfono Celular)	construccionesdimisas@gmail.co (Correo electrónico)

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
05001 / MEDELLIN	Urbana ☒ Rural ☐		05 / ANTIOQUIA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres			

20. Tipo de documento de Identidad	21. Número del documento de Identidad	22. Sexo	23. Fecha de Nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

	24. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	25. Tipo de documento de Identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
01					
02					
03					
04					
05					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	P
01							
02							
03							
04							
05							

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01						
02						
03						
04						
05						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de los Servicios de Salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
C	Sinergia Unidad Basica Junin P P R	UNIDOS SALUD ORAL CENTRO - P P R	30101461	30103444
S				
S				
S				

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)
RYO CONSTRUCCIONES S.A.S	NI	900450560	01

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CL 116 A 67 B - 63	5882871	ryosas.2@gmail.com	MEDELLIN	ANTIOQUIA

Coomeva | EPS

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
- [X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de un entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo régimen [ ] B. Diferente régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]		0 7 1 2 2 0 2 0

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

- [X] 56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad:	0	0	0	1	0	0	0	0	1

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel		

70.Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71. Firma del funcionario

Observaciones: _____

Marque con una (X) en la casilla de respuesta correspondiente a las siguientes preguntas:	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?	( )	( )
¿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?	( )	( )
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente?	( )	( )
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	( )	( )
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	( )	( )

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.

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) VICTOR ALFONSO MURILLO CAMPINO identificado(a) con C.C No. 1.042.062.047, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 06 de diciembre del 2020.

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

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

Carolina Galvis C.

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

CORPORACION TENERFUTURO

Persona jurídica autorizada por el Ministerio de Trabajo N° Radicado 08SE2018220000000026083; bajo la resolución 1178 de marzo de 2017, para orientar cursos de trabajo seguro en alturas, hace constar que:

MURILLO CAMPIÑO VICTOR ALFONSO

Identificado con cédula ciudadanía 1042062047

Cursó y aprobó

"TRABAJO SEGURO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO"

Desarrollada por el centro de entrenamiento de la Corporación Tener futuro del Municipio de Medellín, con una duración de 20 horas.
Se firma en Medellín en fecha: Agosto 25 de 2020

CAROLINA HERNANDEZ CESPEDES
Directora

LUIS F. CANO SIERRA
Entrenador de Trabajo seguro en Alturas
Licencia N° S 2018060365874, Octubre 29 de 2018.

Certificado por BVQI COLOMBIA Ltda - Código de acreditación: 09CPR-008-CO18.01730
2020082561843

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.042.062.047
MURILLO CAMPIÑO
APELLIDOS
VICTOR ALFONSO
NOMBRES

V. Jr Alfonso M.C.
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 14-MAY-1989
SANTA BARBARA
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.76 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

10-AGO-2007 SANTA BARBARA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GACHOD VACCA

P-0124700-01002855-M-1042062047-20150813 0067327433A 2 9909969183

3507106057
Coomeva
Colfondos
Via vieja Quarone Km

Coomeva | EPS

NIT - 805000427

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A COOMEVA EPS

(NO VÁLIDO PARA MOVILIDAD EN EL SGSSS,

USO DE SERVICIOS MÉDICOS NI PARA PAGO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS)

El afiliado VICTOR ALFONSO MURILLO CAMPIÑO identificado con CC-1042062047 está vinculado al Sistema General de Seguridad Social en Salud Régimen Contributivo por intermedio de COOMEVA EPS S.A en calidad de COTIZANTE CABEZA DE FAMILIA y su estado actual es ACTIVO.

Reiteramos nuestra entera disposición para colaborar frente a cualquier inquietud que pueda presentarse, en la línea gratuita: 01 8000 930 779.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el dia Noviembre 09 de 2020.

Cordialmente,

Director Nacional De Operaciones

1042062047

¡Gracias por contar con Coomeva, Coomeva cuenta con usted!

Cre. Oct/2015

EPS-FT-1143

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA



NÚMERO **1.041.229.526**
RAMIREZ RAMIREZ

APELLIDOS
IVAN DARIO

NOMBRES

Ivan Dario Ramirez R

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-DIC-1988**
PEÑOL
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

11-ENE-2007 PEÑOL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-0119600-01110493-M-1041229526-20191113 0068912363A 1 52326660

ARL | sura

Medellín, 04 de diciembre de 2020

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 CONSTRUCCIONES ARENAS Y TRITURADOS S.A.S 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: 0000000002 VIAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización: 8,96 %		
C104122952 6	RAMIREZ RAMIREZ IVAN DARIO	05/12/2020		23412517	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 04/12/2020 09:09:27 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) IVAN DARIO RAMIREZ RAMIREZ identificado(a) con CC 1041229526 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**01/07/2018**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**E.S.E. HOSPITAL DE LA CEJA**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 04 días del mes de octubre del año 2020.

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

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

Colpensiones
Vive por tu futuro ya

El futuro es de todos

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

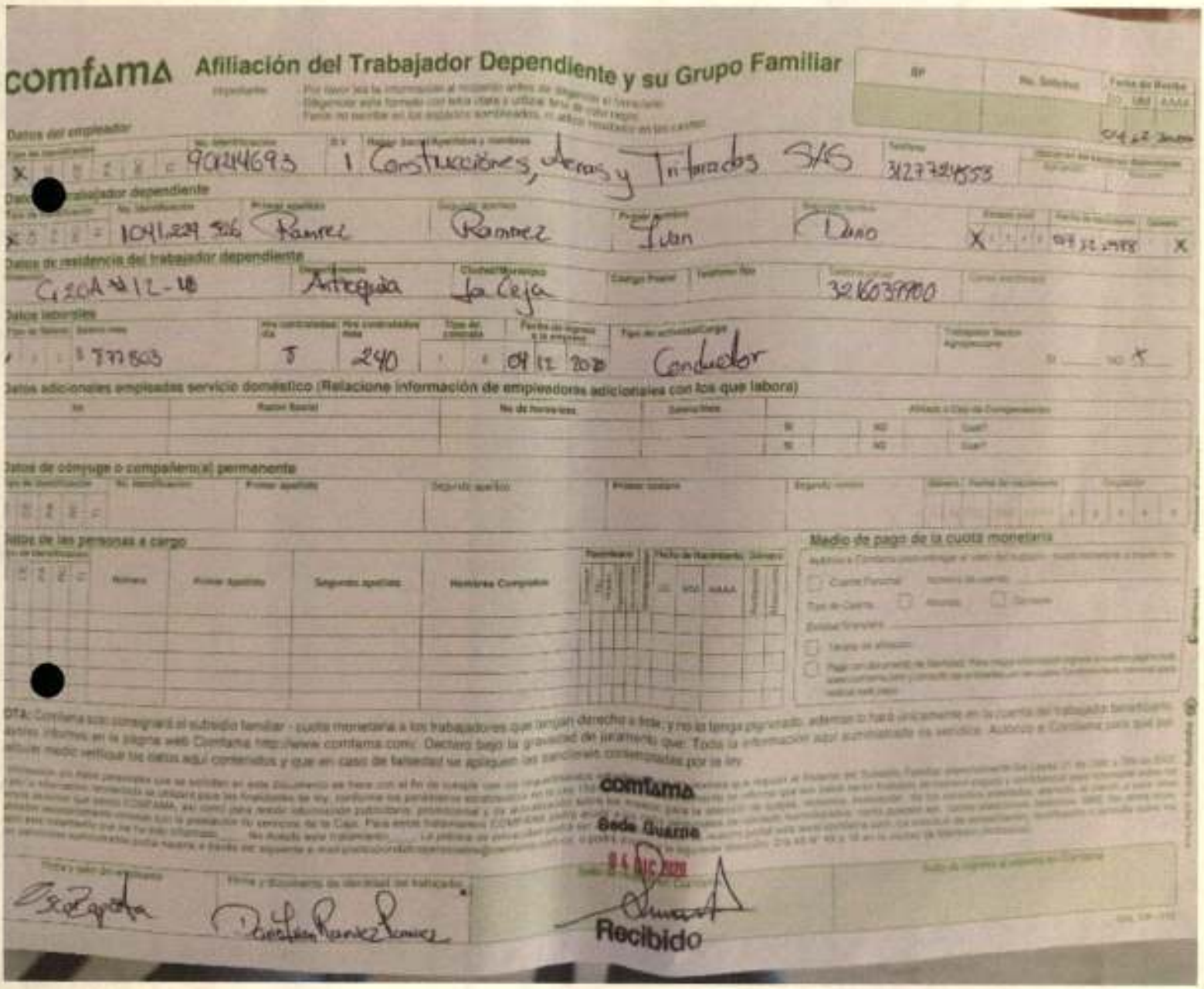
CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **IVAN DARIO RAMIREZ RAMIREZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1041229526,** se encuentra afiliado/a desde **18/03/2008** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 04 de diciembre de 2020.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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



comfama **Afiliación del Trabajador Dependiente y su Grupo Familiar**

Importante: Por favor lea la información al respaldo antes de diligenciar el formulario. Diligencie este formato con letra clara y utilice tinta de color negro. Tenga en cuenta que los espacios sombreados no deben ser diligenciados.

BP | No. Solicitud | Fecha de Recibo

Datos del empleador

X | NIT | 900244693 | DV 1 | Razón Social / Apellidos y nombres: Construcciones, Arcas y Tinacos S/S | Teléfono 3127324853

Datos del trabajador dependiente

X | CC | 1041229 936 | Primer apellido Ramirez | Segundo apellido Ramirez | Primer nombre Juan | Segundo nombre Dano | Género X | Fecha de nacimiento 09 12 1998 | Casado X

Datos de residencia del trabajador dependiente

Dirección: Cra 20A #12-48 | Departamento: Antioquia | Ciudad/Municipio: La Ceja | Teléfono fijo | Celular: 3216039900 | Correo electrónico

Datos laborales

Tipo de Salario: Integral | Número mes: 1'300.000 | Días contratados día: 5 | Días contratados mes: 240 | Tipo de contrato | Fecha de ingreso a la empresa: 09 12 2020 | Tipo de actividad/Cargo: Conductor | Trabajador Sector Agropecuario: SI ___ NO X

Datos adicionales empleados servicio doméstico (Relacione información de empleadores adicionales con los que labora)

Nit	Razón Social	No de horas-mes	Salario Mes	Afiliado a Caja de Compensación		
				SI	NO	Cual?
				SI	NO	Cual?

Datos de cónyuge o compañero(a) permanente

Tipo de Identificación | No. Identificación | Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre | Género | Fecha de nacimiento | Ocupación

Datos de las personas a cargo

Tipo de Identificación	No. Identificación	Parentesco	Primer Apellido	Segundo apellido	Nombres Completos	Parentesco	Fecha de Nacimiento DD MM AAAA	Género

Medio de pago de la cuota monetaria

Autorizo a Comfama para entregar el valor del subsidio cuota monetaria a través de:

☐ Cuenta Personal | Número de cuenta: ___

Tipo de Cuenta: ☐ Ahorros ☐ Corriente

Entidad Financiera: ___

☐ Tarjeta de afiliación

☐ Pago con documento de identidad. Para mayor información ingrese a nuestra página web www.comfama.com y consulte en el botón de Canales de Atención, Horarios para realizar este pago.

Nota: Comfama solo consignará el subsidio familiar - cuota monetaria a los trabajadores que tengan derecho a este, y no lo tenga pignorado, además lo hará únicamente en la cuenta del trabajador beneficiario. Antes, infórmese en la página web Comfama http://www.comfama.com/. Declaro bajo la gravedad de juramento que: Toda la información aquí suministrada es verídica. Autorizo a Comfama para que por cualquier medio verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas por la ley.

Información de datos personales que se solicitan en este Documento se hace con el fin de cumplir con las funciones propias de la relación de afiliación que se establece con la Caja de Compensación Familiar de Antioquia - Comfama, y de la relación de trabajo que se establece con el trabajador beneficiario del Subsidio Familiar, especialmente los Literales 21 de la Ley 1581 de 2012 y 26 de la Ley 789 de 2002, para lo relacionado, tendrá la autorización para ser utilizada para las finalidades de ley, conforme los parámetros establecidos en la Ley 1581 de 2012 y demás normas que la reglamenten, modifiquen o adicionen. Igualmente se utilizará para las finalidades de ley, conforme los parámetros establecidos en la Ley 1581 de 2012 y demás normas que la reglamenten, modifiquen o adicionen, sobre la protección de datos personales y en especial sobre la autorización para el tratamiento de datos sensibles. Para mayor información sobre el tratamiento de sus datos personales, sus finalidades y el procedimiento para ejercer sus derechos a conocer, actualizar, rectificar y suprimir información y revocar la autorización otorgada, puede consultar nuestra política de tratamiento de información disponible en nuestra página web www.comfama.com, link "Política de Protección de Datos Personales". Igualmente puede ejercer sus derechos a través de nuestra línea de atención (4) 604 44 44 o en nuestras oficinas de atención presencial.

Fecha y sello de radicación: comfama Sede Guarne 04 DIC 2020

Firma y Documento de identidad del trabajador: Recibido

Fecha y sello de ingreso a nómina en Comfama

Construcciones, Arenas Y Triturados S.A.S
NIT: 901214693-1



CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE OBRA

Nombre del empleador: **OSCAR ALONSO ZAPATA AYALA**

Representante legal: **OSCAR ALONSO ZAPATA AYALA**

Nombre del empleado(a): **IVAN DARIO RAMIREZ RAMIREZ**

Identificada :**1.041.229.526**

Lugar de residencia N°: **LA CEJA**

Teléfonos N°: **3216039900**

Cargo a desempeñar: **CONDUCTOR**

Salario: **877.803**

Entre el empleador y trabajador(a), ambas mayores de edad, identificadas como ya se anotó, se suscribe CONTRATO DE TRABAJO A TÉRMINO FIJO, regido por las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Lugar. El trabajador(a) desarrollará sus funciones en las dependencias o el lugar que la empresa determine. Cualquier modificación del lugar de trabajo, que signifique cambio de ciudad, se hará conforme al Código Sustantivo de Trabajo.

SEGUNDA: Funciones. El empleador contrata al trabajador(a) para desempeñarse como ayudante, operador conductor etc

TERCERA: Elementos de trabajo. Corresponde al empleador suministrar los elementos necesarios para el normal desempeño de las funciones del cargo contratado.

Construcciones, Arenas Y Triturados S.A.S
NIT: 901214693-1



CUARTA: Obligaciones del contratado. El trabajador(a) por su parte, prestará su fuerza laboral con fidelidad y entrega, cumpliendo debidamente las órdenes e instrucciones que le imparta el empleador o sus representantes, al igual que no laborar por cuenta propia o a otro empleador en el mismo oficio, mientras esté vigente este contrato.

QUINTA: Término del contrato. El presente contrato tendrá una duración hasta cuando se finalice la obra de **(Mantenimiento y reavilitacion de las vias de la subregion del Oriente del Departamento de Antioquia.),** pero podrá darse por terminado por cualquiera de las partes, cumpliendo con las exigencias legales al respecto.

SEXTA: Periodo de prueba: Acuerdan las partes fijar como periodo de prueba los primeros **tres** días de labores que no es superior a la quinta parte del término inicial ni excede dos meses. Durante este periodo las partes pueden dar por terminado unilateralmente el contrato. Este periodo de prueba solo es para el contrato inicial y no se aplica en las prórrogas.

SEPTIMA: Justas causas para despedir: Son justas causas para dar por terminado unilateralmente el presente contrato por cualquiera de las partes, el incumplimiento a las obligaciones y prohibiciones que se expresan en los artículos 57 y siguientes del Código sustantivo del Trabajo. Además del incumplimiento o violación a las normas establecidas en el (*Reglamento Interno de Trabajo, Higiene y de Seguridad)* y las previamente establecidas por el empleador o sus representantes.

OCTAVA: Salario. El empleador cancelará al trabajador(a) un salario mensual de **Ochocientos setenta y siete mil ochocientos tres pesos** moneda corriente **($877.803),** pagaderos en el lugar de trabajo, el día **quince** de cada mes. Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos de que tratan los capítulos I y II del título VII del Código Sustantivo del Trabajo.

NOVENA: Trabajo extra, en dominicales y festivos. El trabajo suplementario o en horas extras, así como el trabajo en domingo o festivo que correspondan a descanso, al igual que los nocturnos, será remunerado conforme al código laboral.

Construcciones, Arenas Y Triturados S.A.S
NIT: 901214693-1



Es de advertir que dicho trabajo debe ser autorizado u ordenado por el empleador para efectos de su reconocimiento. Cuando se presenten situaciones urgentes o inesperadas que requieran la necesidad de este trabajo suplementario, se deberá ejecutar y se dará cuenta de ello por escrito, en el menor tiempo posible al jefe inmediato, de lo contrario, las horas laboradas de manera suplementaria que no se autorizó o no se notificó no será reconocido.

DÉCIMA: Horario. El trabajador se obliga a laborar la jornada ordinaria en los turnos y dentro de las horas señaladas por el empleador, pudiendo hacer éste ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, podrán repartirse las horas jornada ordinaria de la forma prevista en el artículo 164 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 23 de la Ley 50 de 1990, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la jornada no se computan dentro de la misma, según el artículo 167 ibídem.

DECIMA PRIMERA: Afiliación y pago a seguridad social. Es obligación de la empleadora afiliar a la trabajadora a la seguridad social como es salud, pensión y riesgos profesionales, autorizando el trabajador el descuento en su salario, los valores que le corresponda aportan, en la proporción establecida por la ley.

DECIMA SEGUNDA: Nueva obra o cambio del término del contrato. Si al finalizar la obra contratada, el empleador desea continuar con el trabajador en otra obra distinta a la aquí contratada o vincularlo mediante un periodo fijo o término indefinido, se deberá hacer un nuevo contrato de trabajo y no se entenderá como prorroga por desaparecer las causas contractuales que dieron origen a este contrato.

DECIMA TERCERA: Modificaciones. Cualquier modificación al presente contrato debe efectuarse por escrito y anexarse a este documento.

DECIMA CUARTA: Efectos. El presente contrato reemplaza y deja sin efecto cualquier otro contrato verbal o escrito, que se hubiera celebrado entre las partes con anterioridad.

Se firma por las partes, el día 03 del mes diciembre de 2020

Oscar Zapata

EMPLEADOR
C. C. No.71.332.350

TRABAJADOR(A)
C.C 1.041.229.526

E-mail: arenasytrituradossas@hotmail.com
Celular: 312 772 4558


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 1.041.151.208
SUAZA GARCIA
APELLIDOS
NATALIA
NOMBRES
NATALIA SUAZA CORREA
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 19-FEB-1997
MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
07-ABR-2015 FREDONIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
A-0124400-00018708-F-1041151206-20170711
0058511544A 1
485/12992

ARL | sura

Medellín, 02 de diciembre de 2020

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 CONSTRUCCIONES ARENAS Y TRITURADOS S.A.S 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: 0000000002 VIAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6,96 %		
C104115120 8	SUAZA GARCIA NATALIA	03/12/2020		6p254e22	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 02/12/2020 22:10:14 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

savia SALUD EPS

I. ENCABEZADO DEL TRÁMITE

II. AFILIACIÓN Y DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o núcleo familiar)

6. Apellidos y nombres			
	Suaza	Garcia	Natalia

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
RC	1.041.151.208	F	19 / 12 / 19 97

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Parentesco	14. Grupo de población	15. Nivel educativo	16. Año de ingreso a la empresa
1				ARJ	Ingreso

17. Ocupación	18. Residencia			
513.505	Calle 32 N 34A-44	San Vicente		3105806651
Zapateosca16316gmail.com	San Vicente	Zona: Urbana / Rural		Antioquia

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Para beneficiarios del cotizante y cotizantes de pensiones voluntarios)

19. Apellidos y nombres			

20. Tipo de documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Fecha de nacimiento

23. Apellidos y nombres				
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				

29. Tipo de documento de identidad	30. Número de documento de identidad	31. Sexo F / M	32. Fecha de nacimiento	Datos complementarios 33. Parentesco	34. Etnia
24.					
25.					
26.					
27.					
28.					

35. Discapacidad					36. Status de ocupación				
Tipo: F	S	M	Cognitiva: T	P	Municipio / Distrito	Tipo: Urbana	Rural	Corregimiento	Vereda (Tipo y nombre)	37. Valor de la UPC del afiliado adicional (cargado por la EPS)
24.										
25.										
26.										
27.										
28.										

Selección de la IPS Primaria

Cód.	38. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (cargado por la EPS)
24.		
25.		
26.		
27.		

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

39. Nombre o razón social	40. Tipo de documento de identificación	41. Número de documento de identificación	42. Tipo de aportante (cargado por la EPS)
Construcciones Arenosa Trabajadores SAS	X	901274695	

43. Ubicación			
Calle 51 Sur 22	Zapateosca16316gmail.com	Caucine	Antioquia

B. REPORTE DE NOVEDADES

48. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación ☐ 2. Corrección Afiliación ☐ 3. Actualización Documento de Identidad ☐ 4. Actualización Complemento de Datos complementarios ☐ 5. Traslado de Régimen de la EPS ☐ Código ☐ 6. Traslado de EPS ☐ 7. Inclusión de beneficiarios ☐ 8. Exclusión de beneficiarios ☐ 9. Traslado de beneficiarios de otras afiliaciones colectivas ☐ 10. Inclusión de beneficiarios por nacimiento ☐ 11. Inclusión de beneficiarios por adopción ☐ 12. Inclusión de beneficiarios por sentencia judicial ☐ 13. Inclusión de beneficiarios por declaración de unión marital de hecho ☐ 14. Inclusión de beneficiarios por orfandad ☐ 15. Inclusión de beneficiarios por otras causas ☐ 16. Traslado de beneficiarios de otras afiliaciones colectivas ☐ 17. Novedades de Ingreso Cotizantes ☐ 18. Reingreso de cotizantes ☐ 19. Traslado de Régimen Subsidiado ☐ 20. Traslado de Régimen Contributivo ☐ 21. Traslado de Régimen Especial ☐ 22. Otras novedades ☐ 23. Reporte por fallecimiento ☐ 24. Reporte de actualización de información ☐ 25. Reporte de inactividad por pensión ☐ 26. Reporte de inactividad por Pensión ☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

49. Datos básicos de identificación				

Tipo de documento de identificación	Número de Documento de Identidad	Sexo F / M	Fecha de nacimiento	53. Etnia

50. EPS anterior	51. Motivo de traslado Código	52. Caja de Compensación Familiar de Registro de Pensionado

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

54. Declaración de veracidad de la información ☐ 55. Declaración de no afiliación al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 56. Declaración de no pertenencia a otra EPS ☐ 57. Autorización para consultar información ☐ 58. Autorización para el tratamiento de datos personales ☐ 59. Autorización para el pago de la UPC adicional ☐ 60. Autorización para el descuento de la UPC adicional ☐ 61. Autorización para el descuento de aportes ☐ 62. Autorización para el descuento de aportes ☐ 63. Autorización para el descuento de aportes ☐ 64. Autorización para el descuento de aportes ☐ 65. Autorización para el descuento de aportes ☐ 66. Autorización para el descuento de aportes ☐ 67. Autorización para el descuento de aportes ☐ 68. Autorización para el descuento de aportes ☐ 69. Autorización para el descuento de aportes ☐ 70. Autorización para el descuento de aportes ☐ 71. Autorización para el descuento de aportes ☐ 72. Autorización para el descuento de aportes ☐ 73. Autorización para el descuento de aportes ☐ 74. Autorización para el descuento de aportes ☐ 75. Autorización para el descuento de aportes ☐ 76. Autorización para el descuento de aportes ☐ 77. Autorización para el descuento de aportes ☐ 78. Autorización para el descuento de aportes ☐ 79. Autorización para el descuento de aportes ☐ 80. Autorización para el descuento de aportes ☐ 81. Autorización para el descuento de aportes ☐ 82. Autorización para el descuento de aportes ☐ 83. Autorización para el descuento de aportes ☐ 84. Autorización para el descuento de aportes ☐ 85. Autorización para el descuento de aportes ☐ 86. Autorización para el descuento de aportes ☐ 87. Autorización para el descuento de aportes ☐ 88. Autorización para el descuento de aportes ☐ 89. Autorización para el descuento de aportes ☐ 90. Autorización para el descuento de aportes ☐ 91. Autorización para el descuento de aportes ☐ 92. Autorización para el descuento de aportes ☐ 93. Autorización para el descuento de aportes ☐ 94. Autorización para el descuento de aportes ☐ 95. Autorización para el descuento de aportes ☐ 96. Autorización para el descuento de aportes ☐ 97. Autorización para el descuento de aportes ☐ 98. Autorización para el descuento de aportes ☐ 99. Autorización para el descuento de aportes ☐ 100. Autorización para el descuento de aportes ☐

VIII. Firmas

Natalia Suaza Garcia	

IX. ANEXOS

SALUD EPS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS SAVIA SALUD EPS

NATALIA SUAZA GARCIA , identificado con CC 1041151208 aparece registrado(a) en SAVIA SALUD EPS con la siguiente información:

Tipo y nro identificación:	CC 1041151208
Nombres y apellidos:	NATALIA SUAZA GARCIA
Nivel del Sisben:	NO_APLICA
Fecha de afiliación:	2018-04-26 00:00:00
Ciudad:	SAN VICENTE
Régimen:	Subsidiado
Estado de afiliación:	ACTIVO
Modelo de liquidación:	CAPITA
Fecha de retiro:	1900-01-01
Semanas afiliación:	129 semanas con 1 días

El presente documento fue generado el 2020 12-04 09:43:27

ANTONIO NICOLÁS CRUZ RIAÑO
Director de Aseguramiento
Fecha de generación:

VIGILADO Supersalud

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

NATALIA SUAZA GARCIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.041.151.208**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 04 de Diciembre del 2020.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

comfama Afiliación del Trabajador Dependiente y su Grupo Familiar

Procesado | Por favor lea la información al reverso antes de diligenciar el formulario. Diligencie este formulario con letra clara y escriba dentro de cada casilla. Marque la opción con una equis (X). Utilice mayúsculas sostenidas. No utilice tachones ni enmendaduras.

BP | No. Solicitud | Fecha DD MM

Datos del empleador

Tipo de identificación: X NIT | No. Identificación: 901214693 | D.V.: 4 | Razón Social/Apellidos y nombres: Construcciones Aceros y Triturados SAS | Teléfono: 3127724558 | Ubicación del trabajador dependiente para esta afiliación

Datos del trabajador dependiente

Tipo de identificación: X CC | No. Identificación: 1041152608 | Primer apellido: Zuleta | Segundo apellido: García | Primer nombre: Natalia | Segundo nombre: | Estado civil: | Fecha de nacimiento: 19 02 1997

Datos de residencia del trabajador dependiente

Dirección: Calle 32 N34A-44 | Departamento: Antioquia | Ciudad/Municipio: Guarne | Código Postal: | Teléfono fijo: | Teléfono celular: 3105900651 | Correo electrónico:

Datos laborales

Tipo de Salario: X 1 | Asignación mes: $ 877.803 | Días remunerados día: 8 | Horas remuneradas mes: 240 | Tipo de contrato: 1 | Fecha de ingreso a la empresa: 03 12 2020 | Tipo de actividad/Cargo: Cabeleria | Trabajador Sector Agropecuario: SI ___ NO ___

Datos adicionales empleadas servicio doméstico (Relacione información de empleadores adicionales con los que labora)

No.	Razón Social	No de horas/mes	Asignación/mes	Afiliado a Caja de Compensación			
				SI	NO		Cual?
				SI	NO		Cual?

Datos de cónyuge o compañero(a) permanente

Tipo de Identificación: CC | No. Identificación: | Primer apellido: | Segundo apellido: | Primer nombre: | Segundo nombre: | Genero: | Fecha de nacimiento: | Grado:

Datos de las personas a cargo

Tipo de Identificación: RC TI CC NUIP	Número	Primer Apellido	Segundo apellido	Nombres Completos	Parentesco: Hijo(a) Padrastro/Madrastra Hijastro(a) Abuelo(a)	Fecha de Nacimiento: DD MM AAAA	Género: Femenino Masculino

Medio de pago de la cuota monetaria

Autorizo a Comfama para entregar el valor del subsidio cuota monetaria

☐ Cuenta Personal | Número de cuenta: | Tipo de Cuenta: ☐ Ahorros ☐ Corriente | Entidad financiera:

☐ Tarjeta de afiliación

☐ Pago en documento de identidad. Para mayor información ingrese a nuestra página web comfama.com y consulte los enlaces con las guías Comfama, te explica este pago

NOTA: Comfama solo consignará el subsidio familiar - cuota monetaria a los trabajadores que tengan derecho a éste, y no lo tenga pignorado, además lo hará únicamente en la cuenta del trabajador. Mayores informes en la página web Comfama http://www.comfama.com. Declaro bajo la gravedad de juramento que: Toda la información aquí suministrada es verídica. Autorizo a Comfama cualquier medio verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se aplique[n] las sanciones contempladas por la ley.

comfama Sede Guarne 02 DIC 2020

comfama Sede Guarne 02 DIC 2020

La información y los datos personales que se solicitan en este documento se harán con el fin de cumplir con los requerimientos establecidos en [illegible] que regulan el Sistema del Subsidio Familiar, especialmente en el [illegible] de la información recolectada se utilizará para las finalidades de ley, conforme los parámetros establecidos en la [illegible] se informa que sus datos serán tratados de manera segura y confidencial para el [illegible] diversos servicios que presta COMFAMA, así como para remitir información publicitaria, promocional y de [illegible] nuestros; para la atención de quejas, reclamos, sugerencias, solicitudes de los servicios prestados, atención al [illegible] comerciales relacionadas con la prestación de servicios de la Caja. Para estos tratamientos COMFAMA podrá acceder a sus datos personales de contacto suministrados, como pueden ser, correo electrónico, teléfonos, SMS. Acepto esta autorización, que me ha sido informada ___ No Acepto esta autorización ___. La política de privacidad de COMFAMA [illegible] puede ser consultada en nuestra página web www.comfama.com. La solicitud de actualización, rectificación o [illegible] datos suministrados podrá hacerla a través del siguiente e-mail protecciondedatos@comfama.com [illegible] dirigirse a la siguiente dirección: Cra 45 N° 49 a 10 en la ciudad de Medellín (Antioquia).

Firma y sello del empleador	Firma y documento de identidad del trabajador	Recibido por Comfama	Sello de ingreso al sistema en Comfama
Oscar Zapata	Natalia Zuleta García	Recibido 02 DIC 2020	

Construcciones, Arenas Y Triturados S.A.S
NIT: 901214693-1



CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE OBRA

Nombre del empleador: **OSCAR ALONSO ZAPATA AYALA**

Representante legal: **OSCAR ALONSO ZAPATA AYALA**

Nombre del empleado(a): **NATALIA SUAZA GARCIA**

Identificada : **1.041.151.208**

Lugar de residencia N°: **SAN VICENTE**

Teléfonos N°: **3105900651**

Cargo a desempeñar: **PALETERA**

Salario: **877.803**

Entre el empleador y trabajador(a), ambas mayores de edad, identificadas como ya se anotó, se suscribe CONTRATO DE TRABAJO A TÉRMINO FIJO, regido por las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Lugar. El trabajador(a) desarrollará sus funciones en las dependencias o el lugar que la empresa determine. Cualquier modificación del lugar de trabajo, que signifique cambio de ciudad, se hará conforme al Código Sustantivo de Trabajo.

SEGUNDA: Funciones. El empleador contrata al trabajador(a) para desempeñarse como ayudante, operador conductor etc

TERCERA: Elementos de trabajo. Corresponde al empleador suministrar los elementos necesarios para el normal desempeño de las funciones del cargo contratado.

Construcciones, Arenas Y Triturados S.A.S
NIT: 901214693-1



CUARTA: Obligaciones del contratado. El trabajador(a) por su parte, prestará su fuerza laboral con fidelidad y entrega, cumpliendo debidamente las órdenes e instrucciones que le imparta el empleador o sus representantes, al igual que no laborar por cuenta propia o a otro empleador en el mismo oficio, mientras esté vigente este contrato.

QUINTA: Término del contrato. El presente contrato tendrá una duración hasta cuando se finalice la obra de **(Mantenimiento y reavilitacion de las vias de la subregion del Oriente del Departamento de Antioquia.),** pero podrá darse por terminado por cualquiera de las partes, cumpliendo con las exigencias legales al respecto.

SEXTA: Periodo de prueba: Acuerdan las partes fijar como periodo de prueba los primeros **tres** días de labores que no es superior a la quinta parte del término inicial ni excede dos meses. Durante este periodo las partes pueden dar por terminado unilateralmente el contrato. Este periodo de prueba solo es para el contrato inicial y no se aplica en las prórrogas.

SEPTIMA: Justas causas para despedir: Son justas causas para dar por terminado unilateralmente el presente contrato por cualquiera de las partes, el incumplimiento a las obligaciones y prohibiciones que se expresan en los artículos 57 y siguientes del Código sustantivo del Trabajo. Además del incumplimiento o violación a las normas establecidas en el (*Reglamento Interno de Trabajo, Higiene y de Seguridad)* y las previamente establecidas por el empleador o sus representantes.

OCTAVA: Salario. El empleador cancelará al trabajador(a) un salario mensual de **Ochocientos setenta y siete mil ochocientos tres pesos** moneda corriente **($877.803),** pagaderos en el lugar de trabajo, el día **quince** de cada mes. Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos de que tratan los capítulos I y II del título VII del Código Sustantivo del Trabajo.

NOVENA: Trabajo extra, en dominicales y festivos. El trabajo suplementario o en horas extras, así como el trabajo en domingo o festivo que correspondan a descanso, al igual que los nocturnos, será remunerado conforme al código laboral.

Construcciones, Arenas Y Triturados S.A.S
NIT: 901214693-1



Es de advertir que dicho trabajo debe ser autorizado u ordenado por el empleador para efectos de su reconocimiento. Cuando se presenten situaciones urgentes o inesperadas que requieran la necesidad de este trabajo suplementario, se deberá ejecutar y se dará cuenta de ello por escrito, en el menor tiempo posible al jefe inmediato, de lo contrario, las horas laboradas de manera suplementaria que no se autorizó o no se notificó no será reconocido.

DÉCIMA: Horario. El trabajador se obliga a laborar la jornada ordinaria en los turnos y dentro de las horas señaladas por el empleador, pudiendo hacer éste ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, podrán repartirse las horas jornada ordinaria de la forma prevista en el artículo 164 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 23 de la Ley 50 de 1990, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la jornada no se computan dentro de la misma, según el artículo 167 ibídem.

DECIMA PRIMERA: Afiliación y pago a seguridad social. Es obligación de la empleadora afiliar a la trabajadora a la seguridad social como es salud, pensión y riesgos profesionales, autorizando el trabajador el descuento en su salario, los valores que le corresponda aportan, en la proporción establecida por la ley.

DECIMA SEGUNDA: Nueva obra o cambio del término del contrato. Si al finalizar la obra contratada, el empleador desea continuar con el trabajador en otra obra distinta a la aquí contratada o vincularlo mediante un periodo fijo o término indefinido, se deberá hacer un nuevo contrato de trabajo y no se entenderá como prorroga por desaparecer las causas contractuales que dieron origen a este contrato.

DECIMA TERCERA: Modificaciones. Cualquier modificación al presente contrato debe efectuarse por escrito y anexarse a este documento.

DECIMA CUARTA: Efectos. El presente contrato reemplaza y deja sin efecto cualquier otro contrato verbal o escrito, que se hubiera celebrado entre las partes con anterioridad.

Se firma por las partes, el día 03 del mes diciembre de 2020

Oscar Zapata

Natalia Suaza Garcia

EMPLEADOR
C. C. No.71.332.350

TRABAJADOR(A)
C.C 1.041.151.208

E-mail: arenasytrituradossas@hotmail.com
Celular: 312 772 4558

Colmédicos de Oriente S.A.
Seguridad y Salud en el trabajo

CERTIFICADO DE APTITUD

CON ÈNFASIS OSTEOMUSCULAR

Fecha 05/12/20 **Hora** 11:16

PÁGINA: 1/1



NOMBRE:	C.C	EDAD:	EMPRESA ARENAS Y TRITURADOS DEL ORIENTE S.A.S
SUAZA GARCIA NATALIA	1041151208	23	
SECTOR:	ARL: ARL SURA		EXAMEN INGRESO

INFORMACION GENERAL

FECHA DE NACIMIENTO: 19/02/97 HIJOS: 1 ESCOLARIDAD: SECUNDARIA COMPLETA ESTADO CIVIL: SOLTERO(A)

DIRECCION BARRIO NUEVO MUNICIPIO SAN VICENTE TEL NO REFIERE CEL 3105900651

EPS: SAVIA SALUD PENSION: PORVENIR

PERSONA RESPONSABLELUZ GARCIA CC: NO REFIERE TEL: 3146172383 DIRECC.: SAN VICENTE

CARGO: PALETIZADO

CONCEPTO MÉDICO

SIN RESTRICCIONES

APTA PARA LA LABOR.
-NO PRESENTA CONDICION DE SALUD QUE LE GENERE VULNERABILIDAD AL COVID 19.

RESTRICCIONES

NINGUNA

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EDUCACIÓN EN NORMAS DE HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, CONTROL DE RIESGOS Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES RELACIONADOS CON SU CARGO.

INGRESO A LOS SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA (SVE) DE LA EMPRESA (SST) SEGÚN LOS FACTORES DE RIESGO DE EXPOSICIÓN POR CARGO O TAREA.

PRUEBAS REALIZADAS

NINGUNA

OTROS EXÁMENES

NINGUNO

ANGELO LEONARDO JIMENEZ ROLON
Lic.Salud Ocupacional 123737 Reg.Médico 506499
REALIZADO POR

1041151208
FIRMA Y CEDULA DEL EXAMINADO

e-mail : colmedicosdeoriente@yahoo.com Página web: www.colmedicosdeorientesa.com
Rionegro, parque principal. Cra 51 No 49 - 07. Edificio Los heroes, local 302.
Teléfonos : 561 19 16 - 561 34 23 Fax: 561 48 02

Impreso: 05/12/20


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO
1.020.412.324
TEJADA ISAZA
APELLIDOS
SINDY SULEIMA
NOMBRES
FIRMA


15-SEP-1987
FECHA DE NACIMIENTO
AMALFI
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
05-ABR-2006 BELLO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
06062

ARL | sura

Medellín, 02 de diciembre de 2020

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 CONSTRUCCIONES ARENAS Y TRITURADOS S.A.S 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: 0000000002 VIAS		Clase: 5		Porcentaje Cotización: 6,96 %	
C102041232 4	TEJADA ISAZA SINDY SULEIMA	03/12/2020		u4413825	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 02/12/2020 22:18:34 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

savia SALUD EPS

Nro. de Radicación | Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de afiliado: A. Afiliado [X] B. Registro de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Cotizante [X] B. Beneficiario [ ] C. Independiente [ ] D. Pensionado [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cotizante en Sustitución [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
Código de cotizante con la EPS

II. AFILIACIÓN

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

1. Apellidos y nombres			
Tejada	Zuleta	Sindy	Suleima

2. Tipo de identificación	3. Número de identificación	4. Sexo	5. Fecha de nacimiento
[X]	1020 412 329	Femenino [X] Masculino [ ]	1 5 0 1 9 1 9 8 7

B. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Raza	12. Discapacidad	13. Pueblo Indígena	14. Grupo de población vulnerable	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [ ] Cuidador [ ]			ARL Sura	Colpensiones

17. Número de teléfono de residencia	18. Dirección de residencia			
3171603	Villa nueva Corregimiento de Yolombo			3178067555
Zapatoscar631@gmail.com	Yolombo	Zona Urbana [ ] Rural [X]		Antioquia

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

19. Apellidos y nombres			

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

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

	24. Apellidos y nombres			
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
2				
3				
4				
5				
6				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios 29. Parentesco	30. Edad
2							
3							
4							
5							
6							

	31. Discapacidad Tipo			Cuidador		32. Datos de residencia Nombre de la Vía	Otros		Código Postal	33. Número de la EPS del afiliado adicional (exceptuando la EPS)
	F	A	M	T	P		Manzana	Piso		
2										
3										
4										
5										
6										

Información de la IPS Preferida

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (asignado por la EPS)
1		
2		
3		
4		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número de identificación	38. Tipo de aportante a pagador pensiones (asignado por la EPS)
Construcciones Aurora y la Torre SAS	[X]	901248193-1	

Dirección de ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Departamento	Municipio
Calle 51 50 22	3127724558	Zapatoscar631@gmail.com	Caucasia	Antioquia

IV. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad
1. Identificación para nuevos beneficiarios [ ] 2. Corrección cuando hubo error de identificación [ ] 3. Actualización documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Reactivación por recobro de la EPS [ ] Código [ ] 6. Retiro voluntario por la EPS [ ] 7. Traslado de cotizante a otra EPS [ ] 8. Traslado de beneficiarios a otra EPS [ ] 9. Inclusión de beneficiarios adicionales [ ] 10. Exclusión de beneficiarios adicionales [ ] 11. Actualización de condiciones para cotizar [ ] 12. Terminación de la relación laboral o contrato de cotizante dependiente para registrar el retiro [ ] 13. Vinculación por una entidad administradora para traslado o afiliación colectiva [ ]
14. Desvinculación de una entidad administradora para realizar el traslado respectivo [ ] 15. Identificación de Mayor Cuantía [ ] 16. Suspensión temporal [ ] 17. Terminación de Vínculo Registrado [ ] 18. Otro tipo de Novedad [ ]
19. Ingreso por reclasificación [ ] 20. Reporte extemporáneo de novedad de ingreso [ ] 21. Reporte de novedad del Presupuesto Máximo [ ] 22. Movilidad del Prestacional [ ]

V. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación			

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento	42. Edad

43. EPS anterior	44. Número de Afiliado Código	45. Caja de Compensación Familiar en la que estuvo afiliado

VI. DECLARACIÓN Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de responsabilidad sobre veracidad de los datos suministrados y afiliación adicional [ ] 47. Declaración de no encontrarse en otra EPS [ ] 48. Declaración de autenticidad de documentos [ ]
49. Autorización para que la EPS realice la verificación de los datos suministrados [ ] 50. Autorización para que la EPS consulte la información que se genere con la afiliación [ ] 51. Autorización para que la EPS envíe información de interés en salud [ ]
52. Autorización para que la EPS envíe mensajes de texto [ ]

VII. FIRMA

Firma del cotizante	Firma del cotizante
Suleima tejada	

VIII. ANEXOS

1.

savia
SALUD EPS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS SAVIA SALUD EPS

SINDY SULEIMA TEJADA , identificado con CC 1020412324 aparece registrado(a) en SAVIA SALUD EPS con la siguiente información:

Tipo y nro identificación:	CC 1020412324
Nombres y apellidos:	SINDY SULEIMA TEJADA
Nivel del Sisben:	NO_APLICA
Fecha de afiliación:	2019-01-17 00:00:00
Ciudad:	YOLOMBO
Régimen:	Subsidiado
Estado de afiliación:	ACTIVO
Modelo de liquidación:	CAPITA
Fecha de retiro:	1900-01-01
Semanas afiliación:	126 semanas con 3 días

El presente documento fue generado el 2020 12-04 09:49:16

ANTONIO NICOLÁS CRUZ RIAÑO
Director de Aseguramiento
Fecha de generación:

VIGILADO Supersalud

Colpensiones
Ver por tu futuro hoy

El futuro es de todos

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **SINDY SULEIMA TEJADA ISAZA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1020412324,** se encuentra afiliado/a desde **03/05/2016** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 04 de diciembre de 2020.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

354

comfama Afiliación del Trabajador Dependiente y su Grupo Familiar

Importante - Por favor lea la información al respaldo antes de diligenciar el formulario.
- Diligencie este formato con letra clara y evitar toda clase de enmendaduras.
- Favor no escribir en los espacios sombreados. No utilice corrector de las cartas.

EP	No. Solicitud	Fecha DD

Datos del empleador

Tipo de identificación	No. Identificación	D.V.	Razón Social/Apellidos y nombres	Teléfono	Número de trabajadores dependientes
X NIT	901214693	1	Construcciones Arenas y Triturados SAS	3127724558	

Datos del trabajador dependiente

Tipo de identificación	No. identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Estado civil	Fecha de nacimiento
X CC CE PEP PPT	1020412324	Lepada	Isaza	Sindy	Suleima	1 2 3 4 5	15 09 98

Datos de residencia del trabajador dependiente

Dirección	Departamento	Ciudad/Municipio	Código Postal	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Villa Nueva Concejimiento	Antioquia	Yolombo			3178067555	

Datos laborales

Tipo de Salario	Salario mes	Hrs mensuales/día	Hrs contratadas/mes	Tipo de contrato	Fecha de ingreso a la empresa	Tipo de actividad/Cargo	Trabajador Sector Agropecuario
X F O	$ 877803	8	240	1 1	03 12 2020	Paletera	SI NO

Datos adicionales empleadas servicio doméstico (Relacione información de empleadores adicionales con los que labora)

Nit	Razón Social	No de horas/mes	Salario/mes	Afiliado a Caja de Compensación	
				SI NO	Cual?
				SI NO	Cual?

Datos de cónyuge o compañero(a) permanente

Tipo de identificación	No. identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Genero	Fecha de nacimiento	D
CC CE PEP PPT								

Datos de las personas a cargo

Tipo de identificación	Número	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos	Parentesco	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	Discapacidad	Fecha de Declaración Extemporánea
CC TI RC CE PEP PPT					Cónyuge Padre Padrastro Hijo Hijastro Hermano Abuelo Nieto	DD MM AAAA		

Medio de pago de la cuota monetaria

Autorizo a Comfama para entregar el valor del subsidio - Cuota Monetaria

- ☐ Cuenta Personal — Número de cuenta
- Tipo de Cuenta ☐ Ahorros ☐ Corriente
- Entidad financiera
- ☐ Tarjeta de afiliación
- ☐ Pago con dispersión de nómina. Para mayor información ingrese a www.comfama.com y consulte los empleados con los cuales Comfama realizó este pago.

NOTA: Comfama solo consignará el subsidio familiar - cuota monetaria a los trabajadores que tengan derecho a éste y no lo tenga pignorado, además lo hará únicamente en la cuenta del trabajador. Mayores informes en la página web Comfama http://www.comfama.com/. Declaro bajo la gravedad de juramento que: Toda la información aquí suministrada es verídica. Autorizo a Comfama para que por cualquier medio verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas por la ley.

La información y los datos personales que se soliciten en este documento se hace con el fin de cumplir con los requisitos que establece la ley para registrar al Sistema de Subsidio Familiar, específicamente la Ley 21 de 1982 y por ello la información recolectada se utilizará para las finalidades de ley, contenidas en el mismo que son todas aquellas tendientes de manera segura y confidencial a la afiliación, servicios que presta COMFAMA, así como para remitir información publicitaria, promocional y de actualización sobre los mismos, para la atención de quejas, reclamos, evaluación de los servicios prestados, gestión de cartera, suministrados, como también ser objeto de contacto suministrados, como también ser objeto de contacto suministrados por parte de COMFAMA, así como para realizar información publicitaria, promocional y de actualización sobre los mismos, para la atención de quejas, reclamos, evaluación de los servicios prestados, gestión de cartera,

Construcciones, Arenas Y Triturados S.A.S
NIT: 901214693-1



CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE OBRA

Nombre del empleador: **OSCAR ALONSO ZAPATA AYALA**

Representante legal: **OSCAR ALONSO ZAPATA AYALA**

Nombre del empleado(a): **SINDY SULEIMA TEJADA ISAZA**

Identificada : **1.020.412.324**

Lugar de residencia N°: **YOLOMBO**

Teléfonos N°: **3178067555**

Cargo a desempeñar: **PALETERA**

Salario: **877.803**

Entre el empleador y trabajador(a), ambas mayores de edad, identificadas como ya se anotó, se suscribe CONTRATO DE TRABAJO A TÉRMINO FIJO, regido por las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Lugar. El trabajador(a) desarrollará sus funciones en las dependencias o el lugar que la empresa determine. Cualquier modificación del lugar de trabajo, que signifique cambio de ciudad, se hará conforme al Código Sustantivo de Trabajo.

SEGUNDA: Funciones. El empleador contrata al trabajador(a) para desempeñarse como ayudante, operador conductor etc

TERCERA: Elementos de trabajo. Corresponde al empleador suministrar los elementos necesarios para el normal desempeño de las funciones del cargo contratado.

Construcciones, Arenas Y Triturados S.A.S
NIT: 901214693-1



CUARTA: Obligaciones del contratado. El trabajador(a) por su parte, prestará su fuerza laboral con fidelidad y entrega, cumpliendo debidamente las órdenes e instrucciones que le imparta el empleador o sus representantes, al igual que no laborar por cuenta propia o a otro empleador en el mismo oficio, mientras esté vigente este contrato.

QUINTA: Término del contrato. El presente contrato tendrá una duración hasta cuando se finalice la obra de **(Mantenimiento y reavilitacion de las vias de la subregion del Oriente del Departamento de Antioquia.),** pero podrá darse por terminado por cualquiera de las partes, cumpliendo con las exigencias legales al respecto.

SEXTA: Periodo de prueba: Acuerdan las partes fijar como periodo de prueba los primeros **tres** días de labores que no es superior a la quinta parte del término inicial ni excede dos meses. Durante este periodo las partes pueden dar por terminado unilateralmente el contrato. Este periodo de prueba solo es para el contrato inicial y no se aplica en las prórrogas.

SEPTIMA: Justas causas para despedir: Son justas causas para dar por terminado unilateralmente el presente contrato por cualquiera de las partes, el incumplimiento a las obligaciones y prohibiciones que se expresan en los artículos 57 y siguientes del Código sustantivo del Trabajo. Además del incumplimiento o violación a las normas establecidas en el (*Reglamento Interno de Trabajo, Higiene y de Seguridad)* y las previamente establecidas por el empleador o sus representantes.

OCTAVA: Salario. El empleador cancelará al trabajador(a) un salario mensual de **Ochocientos setenta y siete mil ochocientos tres pesos** moneda corriente **($877.803),** pagaderos en el lugar de trabajo, el día **quince** de cada mes. Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos de que tratan los capítulos I y II del título VII del Código Sustantivo del Trabajo.

NOVENA: Trabajo extra, en dominicales y festivos. El trabajo suplementario o en horas extras, así como el trabajo en domingo o festivo que correspondan a descanso, al igual que los nocturnos, será remunerado conforme al código laboral.

Construcciones, Arenas Y Triturados S.A.S
NIT: 901214693-1



Es de advertir que dicho trabajo debe ser autorizado u ordenado por el empleador para efectos de su reconocimiento. Cuando se presenten situaciones urgentes o inesperadas que requieran la necesidad de este trabajo suplementario, se deberá ejecutar y se dará cuenta de ello por escrito, en el menor tiempo posible al jefe inmediato, de lo contrario, las horas laboradas de manera suplementaria que no se autorizó o no se notificó no será reconocido.

DÉCIMA: Horario. El trabajador se obliga a laborar la jornada ordinaria en los turnos y dentro de las horas señaladas por el empleador, pudiendo hacer éste ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, podrán repartirse las horas jornada ordinaria de la forma prevista en el artículo 164 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 23 de la Ley 50 de 1990, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la jornada no se computan dentro de la misma, según el artículo 167 ibídem.

DECIMA PRIMERA: Afiliación y pago a seguridad social. Es obligación de la empleadora afiliar a la trabajadora a la seguridad social como es salud, pensión y riesgos profesionales, autorizando el trabajador el descuento en su salario, los valores que le corresponda aportan, en la proporción establecida por la ley.

DECIMA SEGUNDA: Nueva obra o cambio del término del contrato. Si al finalizar la obra contratada, el empleador desea continuar con el trabajador en otra obra distinta a la aquí contratada o vincularlo mediante un periodo fijo o término indefinido, se deberá hacer un nuevo contrato de trabajo y no se entenderá como prorroga por desaparecer las causas contractuales que dieron origen a este contrato.

DECIMA TERCERA: Modificaciones. Cualquier modificación al presente contrato debe efectuarse por escrito y anexarse a este documento.

DECIMA CUARTA: Efectos. El presente contrato reemplaza y deja sin efecto cualquier otro contrato verbal o escrito, que se hubiera celebrado entre las partes con anterioridad.

Se firma por las partes, el día 03 del mes diciembre de 2020

Oscar Zapata

Suleima Tejada

EMPLEADOR
C. C. No.71.332.350

TRABAJADOR(A)
C.C 1.020.412.324

E-mail: arenasytrituradossas@hotmail.com
Celular: 312 772 4558

Colmédicos de Oriente S.A.
Seguridad y Salud en el trabajo

CERTIFICADO DE APTITUD
CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

Fecha 05/12/20 **Hora** 11:22

PÁGINA: 1/1



NOMBRE:	C.C	EDAD:	EMPRESA ARENAS Y TRITURADOS DEL ORIENTE S.A.S
TEJADA ISAZA SINDY SULEIMA	1020412324	33	
SECTOR:	ARL: NS/NR		EXAMEN INGRESO

INFORMACION GENERAL

FECHA DE NACIMIENTO: 14/09/97 HIJOS: 2 ESCOLARIDAD: SECUNDARIA INCOMPLETA ESTADO CIVIL: SOLTERO(A)

DIRECCION FINCA VILLANUEVA MUNICIPIO YOLOMBO (ANTIOQUIA) TEL NO REFIERE CEL 3178067555

EPS: SAVIA SALUD PENSION: NS/NR

PERSONA RESPONSABLE GABRIEL TEJADA CC: NO REFIERE TEL: 3185966955 DIRECC.: YOLOMBO

CARGO: PALETIZADO

CONCEPTO MÉDICO
SIN RESTRICCIONES

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO DE OPEREARIO DE PALETA (PARE - SIGA)

RESTRICCIONES

NINGUNA

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

TRABAJADOR CON BAJO RIESGO DE INFECCION Y COMORVILIDAD POR EL VIRUS COVID-19, SINEMBARGO, DEBE SEGUIR TODAS LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD IMPLEMENTADAS POR LA EMPRESA
DEBE REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS POR 5 MINUTOS.
REQUIERE VALORACIÓN POR FISIATRIA PARA ORDENAR MEDIAS DE GRADIENTE CON LAS CUALES DEBE LABORAR DURANTE TODA LA JORNADA
SE RECOMIENDA COMPLEMENTAR EXAMEN CON VISIOMETRIA

PRUEBAS REALIZADAS

NINGUNA

OTROS EXAMENES

NINGUNO

MARIA MERCEDES ÁLVAREZ VILLA
Lic.Salud Ocupacional 094382 Reg.Médico 5-1234-10
REALIZADO POR

1020412324
FIRMA Y CEDULA DEL EXAMINADO

e-mail : colmedicosdeoriente@yahoo.com Página web: www.colmedicosdeorientesa.com
Rionegro, parque principal. Cra 51 No 49 - 07. Edificio Los heroes, local 302.
Teléfonos : 561 19 16 - 561 34 23 Fax: 561 48 02

Impreso: 05/12/20



Tel 312 3357379
CRIBNIS-234 interior 201
EPS Salud total
pendiente preafiliado

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	CC
Número de documento:	71731645
Número Afiliación:	403212
Razón social:	RUBEN DARIO ISAZA BEDOYA

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	71364045
Nombre:	GERMIN ANTONIO MOSQUERA MOSQUERA
Fecha Ingreso:	02/10/2020
Salario básico:	877.803
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	0-001
Centro de trabajo:	0-005
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	01/10/2020 06:05:06 a.m.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4005658739	01|1|0|2|0|2|0

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

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

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
MOSQUERA (Primer apellido)	MOSQUERA (Segundo apellido)	GERMIN (Primer nombre)	ANTONIO (Segundo nombre)

7.Tipo documento de identidad	8.Número del documento de identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	71364045	Femenino ☐ Masculino ☒	0|4|0|9|1|9|6|2

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M I Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	PROTECCION	877803

18.Residencia			
CR 1 B 48 234 Dirección	Telefono fijo	3123357379 Telefono celular	GERMIN@GMAIL.COM Correo electronico

MEDELLIN Municipio/Distrito	zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	ANTIOQUIA Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo documento de identidad	21. Número documento identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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 documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
		Femenino	Masculino	
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos complementarios

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

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 Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS UAB VILLANUEVA - VS UOS VILLANUEVA	VSVILLANUE - VSOOVILLAN
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
ISAZA BEDOYA RUBEN DARIO	CC	71731845	01

39.Ubicación				
CR 83 78 B 61 AP 201 Dirección	2578213 Telefono	RUBENAGUDEL1787@HOTMAIL.COM Correo electrónico	MEDELLIN Municipio/distrito	ANTIOQUIA Departamento

No de Radicacion
4005658739

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripcion en la EPS.
  Código: ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida 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 tramite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la Identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		D D M M A A A A

43. [redacted] anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

germin mosquera	Quintero G.
54. [redacted]izante o 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: 0
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 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 consista 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 SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71.Firma del funcionario

Observaciones

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MOSQUERA MOSQUERA GERMIN ANTONIO** identificado(a) con **CC** número **71.364.045** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 10 de agosto de 2002 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 01 de octubre de 2020.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

20201001107022

Informe Registro de novedades Comfama

	71731645	**Empleador**	RUBEN DARIO ISAZA BEDOYA
ón	2020-10-01 07:12 a.m.		
	2020-10-01 00:00 a.m.	**Fecha hasta**	2020-10-01 23:59 p.m.

comfama

bajador dependiente

Número documento	1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Fecha nacimiento	Genero	Estado civil	Tipo de salario	Salario	Horas dia	Horas mes	Fecha ingreso	Actividad	Fecha novedad
71364045	MOSQUERA	MOSQUERA	GERMIN	ANTONIO	04.09.1982	Masculino	Soltero	Fijo	877803.00	8	240	01.10.2020	VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES	01.10.2020

rsonas a cargo

...mento	Número documento	1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Fecha nacimiento	Género	Parentesco	Discapacidad	Nivel educativo	Institución educativa	Documento cotizante	Fecha novedad

nyuges

...mento	Número documento	1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Fecha nacimiento	Género	Documento cotizante	Fecha novedad

s datos de residencia de trabajador

...mento	Número documento	Dirección	Departamento	Ciudad	Telefono fijo	Celular	Correo electrónico o email	Fecha novedad

adores dependientes

...mento	Número documento	1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Fecha de retiro	Motivo del retiro	Fecha novedad

nas a cargo

...to - Número documento	Tipo documento PAC	Número documento PAC	1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Parentesco	Fecha de retiro	Motivo del retiro	Fecha novedad

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud
"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

IDENTIFICACION

Orden:	263347	**Documento:**	71364045
Nombre:	GERMIN ANTONIO MOSQUERA MOSQUERA	**Sexo:**	Masculino
Fecha nacimiento:	1982-09-04	**Edad (años):**	38
Fecha Diligenciamiento examen:	2020-10-01 10:52 am	**Fecha impresión:**	2020-10-15 10:12 pm

Tipo examen:	Ingreso		
Empresa:	Ruben Dario Isaza Bedoya	**Empresa en misión:**	
Estado civil:	Unión Libre	**Hijos:**	3
Departamento:	ANTIOQUIA	**Ciudad:**	Medellín
Dirección:	CRA 1 B N 234 INT 201	**Barrio:**	BUENOS AIRES
Celular:	3123357379	**Teléfono:**	NO TIENE
Escolaridad:	Secundaria Incompleta	**Profesión:**	NINGUNA
Oficio:	LIGUERO	**Actividad Económica:**	SERVICIOS
Tipo vinculación Entidad Promotora de Salud (EPS):	Cotizante	**Empresa Promotora de Salud (EPS):**	SALUD TOTAL
Administradora de Riesgos Laborales (ARL):	NINGUNA	**Administradora del Fondo de Pensiones (AFP):**	PROTECCION
Nombre del acompañante:	NO APLICA	**Teléfono acompañante:**	NO APLICA
Nombre del responsable:	NO APLICA	**Teléfono responsable:**	NO APLICA
Parentesco responsable:	NO APLICA		

Erika Cristina Rodriguez Alvarez
Registro:
Recepcionista
Cédula de Ciudadanía : 1020433784
Fecha Examen: 2020-10-01 10:53:am

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud

"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

CONCEPTO DE APTITUD

Concepto de aptitud	No Presenta Restricción para Desempeñar el Cargo

Conclusiones y Recomendaciones

1. CONTROL POR OPTOMETRIA /CONTROL METABOLICO EN SU EPS 2. PRESENTA COMORBILIDAD DE RIESGO PARA COVID 19: SE RECOMIENDA EXTREMAR LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD/EVITAR LAS AGLOMERACIONES/EVITAR MOVILIZARSE EN TRANSPORTE PUBLICO/ACUDIR A LOS CONTROLES EN SU EPS

. ADOPTAR BUENAS POSTURAS

. EDUCACION EN EL USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y EN LAS NORMAS DE HIGIENE POSTURAL POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS,SEGURIDAD Y RIESGOS RELACIONADOS CON SU CARGO.

RECOMENDACIONES DE PREVENCIÓN FRENTE AL COVID 19: Capacitar a los trabajadores en aspectos relacionados con la forma de transmisión del COVID- 19 y las maneras de prevenirlo, siguiendo los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. La higiene de manos con alcohol glicerinado o gel desinfectante se debe realizar siempre y cuando las manos están visiblemente limpias. Debe realizar el protocolo de lavado de manos con una periodicidad mínima de 3 horas en donde el contacto con el jabón debe durar mínimo 20 - 30 segundos, y después de entrar en contacto con superficies que hayan podido ser contaminadas por otra persona (manijas, pasamanos, cerraduras, transporte), después de ir al baño, manipular dinero y antes y después de comer.

En caso de tener síntomas gripales utilizar tapabocas y quedarse en casa. Cuando algún trabajador experimente síntomas respiratorios en casa, debe informar al empleador para que se pueda realizar el aislamiento preventivo en casa. El trabajador debe informar a la EPS en las líneas de atención que esta disponga para que inicie el protocolo estipulado por el Ministerio de Salud y Protección Social Debe permanecer al menos a 2 metros de distancia de otras personas y entre los puestos de trabajo evitando contacto directo. Conservar las distancias ordenadas en transporte público. No se deben permitir reuniones en grupos en los que no pueda garantizar la distancia mínima de 2 metros entre cada persona. Los responsables del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa deben definir los Elementos de Protección Personal indicados para la protección personal de acuerdo con la labor para la prevención del COVID-19. Uso del tapabocas en el transporte público, vías, en áreas con afluencia masiva de personas, donde no sea posible mantener dos metros de distancia de otras personas. Siempre debe hacer el lavado de manos antes y después de usar el tapabocas. Hay que asegurar que se cumplan las disposiciones y recomendaciones de las autoridades de salud con relación a la prevención del contagio por COVID-19, Se debe desarrollar un proceso diario de monitoreo de estado de salud y temperatura del personal, para detectar al personal enfermo o con síntomas de COVID-19. En lo posible, utilizando termómetro láser o digital. Frecuencia e instancias: Toma rutinaria de temperatura al ingreso y salida del turno, al inicio de la jornada laboral y en intervalos posibles. Consultar programas de Promoción y Prevención en su EPS de acuerdo a la edad y género. (Resolución 412 Ministerio de Protección).

Consultar programas de Promoción y Prevención en su EPS de acuerdo a la edad y género. (Resolución 412 Ministerio de Protección).

Incluir el sistema de vigilancia Epidemiológica

Visual	No	**Auditivo**	No
Respiratorio:	No	**Ergonómico:**	No
Químico:	No	**Cardiovascular:**	SÍ
Psicosocial:	No	**Requiere estar en Sistema de Vigilancia Epidemiológica:**	SÍ

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud
"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

RECOMENDACIONES

Programa de Protección Cardiovascular y Metabólica
CONSULTAR NUTRICIONISTA.
ACTIVIDAD FÍSICA DIARIA MÍNIMO 1/2 HORA.
INGRESAR AL PROGRAMA DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DE LA EMPRESA.

Programa de Protección de Accidentalidad por Defectos Visuales
UTILIZAR MONOGAFAS AL EXPONERSE A RIESGO MECÁNICO (PROYECCIÓN DE PARTÍCULAS).
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA.

Programa de Protección Respiratorio
USE MASCARILLA O RESPIRADOR CON FILTRO EN CASO DE EXPOSICIÓN A QUÍMICOS O MATERIAL PARTICULADO.
PROTECCIÓN DE VÍAS AÉREAS EN PERSONAS ASMÁTICAS EXPUESTAS A POLVO U OTROS ALERGENOS.

Otros
VIGILAR QUE EL TRABAJADOR TENGA EL TIPO DE PROTECCIÓN ADECUADA PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.

RESUMEN DE RESULTADOS

Audiometria	Realizado
Columna y Osteomuscular	Realizado
Examen Físico	Realizado
Órganos y Sentidos	Realizado
Opto Visiometria	Realizado

Dr(a) JAIME GARCIA VERGARA
Registro: 50032-96
Licencia Salud Ocupacional: 3706-03
Médico Especialista Salud Ocupacional
Cédula de Ciudadanía : 71667243
Fecha Examen: 2020-10-01 11:55:am

GERMIN ANTONIO MOSQUERA MOSQUERA
Cédula de Ciudadanía : 71364045

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud

"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

Señor usuario al usted firmar; esta autorizando a Labor y Salud la realización del examen médico, las ayudas diagnósticas con fines laborales y el tratamiento de los datos personales de acuerdo con la normatividad vigente.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 1.001.389.429
SERNA GIRALDO

APELLIDOS
HAROL JOSE

NOMBRES

Harol Giraldo
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 25-SEP-1993
CISNEROS
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 ESTATURA
B+ G.S. RH
M SEXO

06-MAR-2012 PUERTO BERRIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-01078801-01079424 M-1001389429-20190703 0065891730A 1 51567602

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	CC
Número de documento:	71731645
Número Afiliación:	403212
Razón social:	RUBEN DARIO ISAZA BEDOYA

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1001389429
Nombre:	HAROL JOSE SERNA GIRALDO
Fecha Ingreso:	02/12/2020
Salario básico:	877.803
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	0-001
Centro de trabajo:	0-005
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	01/12/2020 07:23:15 a.m.

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 01/12/2020, el empleador RUBEN DARIO ISAZA BEDOYA identificado con NIT número 71731645 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
2970601	01/12/2020	Reingresos

DETALLE

TIPO IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1001389429	HAROL JOSE SERNA GIRALDO	877803	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	2020-12-01

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 1 días del mes de Diciembre del año 2020.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva EPS

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **SERNA GIRALDO HAROL JOSE** identificado(a) con **CC** número **1.001.389.429** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 06 de enero de 2015 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 01 de diciembre de 2020.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

20201201107220

Informe Registro de novedades Comfama

	71731645	**Empleador**	RUBEN DARIO ISAZA BEDOYA
n	2020-12-01 09:14 a.m.		
	2020-12-01 00:00 a.m.	**Fecha hasta**	2020-12-01 23:59 p.m.

comfama

ajador dependiente

Número documento	1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Fecha nacimiento	Genero	Estado civil	Tipo de salario	Salario	Horas día	Horas mes	Fecha ingreso	Actividad	Fecha novedad
1001389429	SERNA	GIRALDO	HAROL	JOSE	25.09.1993	Masculino	Soltero	Fijo	877803.00	8	240	01.12.2020	VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES	01.12.2020

sonas a cargo

mento	Número documento	1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Fecha nacimiento	Género	Parentesco	Discapacidad	Nivel educativo	Institución educativa	Documento cotizante	Fecha novedad

yuges

mento	Número documento	1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Fecha nacimiento	Género	Documento cotizante	Fecha novedad

datos de residencia de trabajador

mento	Número documento	Dirección	Departamento	Ciudad	Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico o email	Fecha novedad

dores dependientes

mento	Número documento	1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Fecha de retiro	Motivo del retiro	Fecha novedad

as a cargo

to - Número documento	Tipo documento PAC	Número documento PAC	1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Parentesco	Fecha de retiro	Motivo del retiro	Fecha novedad

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud
"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

IDENTIFICACION

Orden:	266625	**Documento:**	1001389429
Nombre:	HAROL JOSE SERNA GIRALDO	**Sexo:**	Masculino
Fecha nacimiento:	1993-09-25	**Edad (años):**	27
Fecha Diligenciamiento examen:	2020-12-01 06:41 am	**Fecha impresión:**	2020-12-02 12:13 am

Tipo examen:	Ingreso		
Empresa:	Ruben Dario Isaza Bedoya	**Empresa en misión:**	
Estado civil:	Unión Libre	**Hijos:**	1
Departamento:	ANTIOQUIA	**Ciudad:**	Medellín
Dirección:	Cra 46 b # 73 75	**Barrio:**	POPULAR 2
Celular:	3043668325	**Teléfono:**	NO TIENE
Escolaridad:	Secundaria Completa	**Profesión:**	NINGUNA
Oficio:	AYUDANTE	**Actividad Económica:**	CONSTRUCCION
Tipo vinculación Entidad Promotora de Salud (EPS):	Cotizante	**Empresa Promotora de Salud (EPS):**	MEDIMAS
Administradora de Riesgos Laborales (ARL):	NINGUNA	**Administradora del Fondo de Pensiones (AFP):**	NINGUNA
Nombre del acompañante:	NO APLICA	**Teléfono acompañante:**	NO APLICA
Nombre del responsable:	NO APLICA	**Teléfono responsable:**	NO APLICA
Parentesco responsable:	NO APLICA		

Maria Paulina Ramirez Zapata
Registro:
Recepcionista
Cédula de Ciudadanía : 1040742651
Fecha Examen: 2020-12-01 06:42am

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud

"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

CONCEPTO DE APTITUD

Concepto de aptitud	No Presenta Restricción para Desempeñar el Cargo

Conclusiones y Recomendaciones

No presenta comorbilidades de riesgo para el covid 19.
Evaluación y seguimiento por optometria y uso de lentes correctores indicados permanentes. No trabajo en alturas sin corrección visual.
Educación en el uso adecuado de los elementos de protección personal y en las normas de higiene postural, pausas activas, seguridad y riesgos relacionados con su cargo. No presenta restricciones para el cargo de ayudante.
RECOMENDACIONES DE PREVENCIÓN FRENTE AL COVID 19: Capacitar a los trabajadores en aspectos relacionados con la forma de transmisión del COVID- 19 y las maneras de prevenirlo, siguiendo los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social,
La higiene de manos con alcohol glicerinado o gel desinfectante se debe realizar siempre y cuando las manos están visiblemente limpias.
Debe realizar el protocolo de lavado de manos con una periodicidad mínima de 3 horas en donde el contacto con el jabón debe durar mínimo 20 - 30 segundos, y después de entrar en contacto con superficies que hayan podido ser contaminadas por otra persona (manijas, pasamanos, cerraduras, transporte), después de ir al baño, manipular dinero y antes y después de comer.
En caso de tener síntomas gripales utilizar tapabocas y quedarse en casa.
Cuando algún trabajador experimente síntomas respiratorios en casa, debe informar al empleador para que se pueda realizar el aislamiento preventivo en casa. El trabajador debe informar a la EPS en las líneas de atención que esta disponga para que inicie el protocolo estipulado por el Ministerio de Salud y Protección Social
Debe permanecer al menos a 2 metros de distancia de otras personas y entre los puestos de trabajo evitando contacto directo. Conservar las distancias ordenadas en transporte público.
No se deben permitir reuniones en grupos en los que no pueda garantizar la distancia mínima de 2 metros entre cada persona.
Los responsables del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa deben definir los Elementos de Protección Personal indicados para la protección personal de acuerdo con la labor para la prevención del COVID-19.
Uso del tapabocas en el transporte público, vías, en áreas con afluencia masiva de personas, donde no sea posible mantener dos metros de distancia de otras personas.
Siempre debe hacer el lavado de manos antes y después de usar el tapabocas.
Hay que asegurar que se cumplan las disposiciones y recomendaciones de las autoridades de salud con relación a la prevención del contagio por COVID-19,
Se debe desarrollar un proceso diario de monitoreo de estado de salud y temperatura del personal, para detectar al personal enfermo o con síntomas de COVID-19. En lo posible, utilizando termómetro láser o digital. Frecuencia e instancias: Toma rutinaria de temperatura al ingreso y salida del turno, al inicio de la jornada laboral y en intervalos posibles.
Consultar programas de Promoción y Prevención en su EPS de acuerdo a la edad y género. (Resolución 412 Ministerio de Protección).

Incluir el sistema de vigilancia Epidemiológica

Visual	No	**Auditivo**	No
Respiratorio:	No	**Ergonómico:**	No
Químico:	No	**Cardiovascular:**	No

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud
"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

Psicosocial:	No	**Requiere estar en Sistema de Vigilancia Epidemiológica:**	No

RECOMENDACIONES

Programa de Protección Cardiovascular y Metabólica
CONSULTAR NUTRICIONISTA.
ACTIVIDAD FÍSICA DIARIA MÍNIMO 1/2 HORA.
INGRESAR AL PROGRAMA DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DE LA EMPRESA.

Programa de Protección de Ruido
PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA PARA LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
EVITAR EL USO DE AUDÍFONOS.
EN CASO DE PRESENTAR ALGÚN TIPO DE OTITIS UTILIZAR PROTECCIÓN EXTERNA TIPO COPA.

Programa de Protección Osteomuscular
TRABAJO ESTÁTICO: VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES ERGONÓMICAS DEL PUESTO DE TRABAJO.
INDUCCIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS.
DINÁMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
MOVIMIENTOS REPETITIVOS: PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
ADECUADA INDUCCIÓN POR PARTE DEL EMPLEADOR EN LAS NORMAS DE HIGIENE POSTURAL.

Programa de Protección Respiratorio
USE MASCARILLA O RESPIRADOR CON FILTRO EN CASO DE EXPOSICIÓN A QUÍMICOS O MATERIAL PARTICULADO.
PROTECCIÓN DE VÍAS AÉREAS EN PERSONAS ASMÁTICAS EXPUESTAS A POLVO U OTROS ALERGENOS.

Otros
VIGILAR QUE EL TRABAJADOR TENGA EL TIPO DE PROTECCIÓN ADECUADA PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.

RESUMEN DE RESULTADOS

Columna y Osteomuscular	Realizado
Examen Físico	Realizado
Órganos y Sentidos	Realizado

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud

"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia

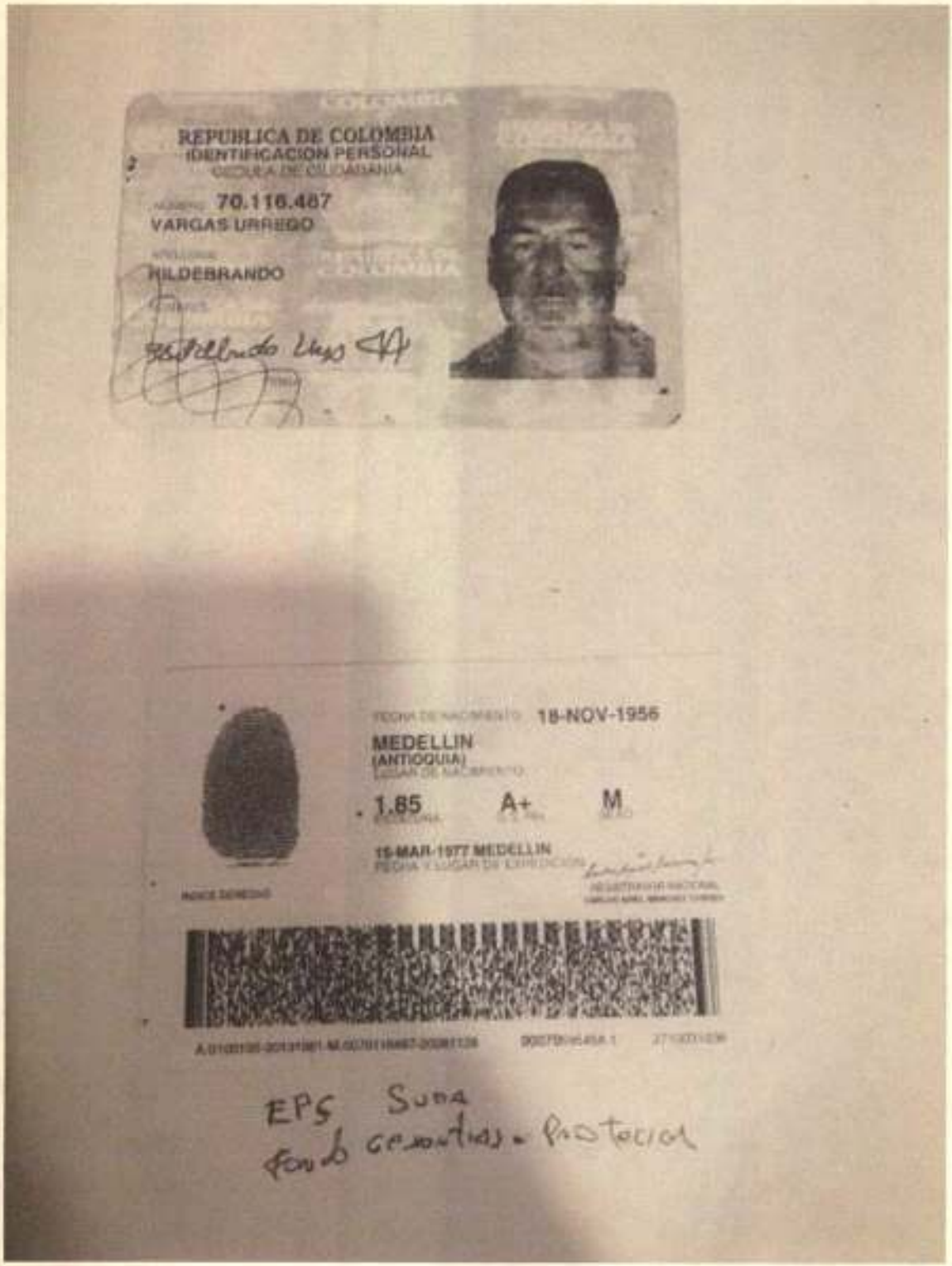


VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

Dr(a) Margarita Rocio Ramirez Botero
Registro: 5-0028-97
Licencia Salud Ocupacional: 005028
Médico Especialista Salud Ocupacional
Cédula de Ciudadanía : 43524417
Fecha Examen: 2020-12-01 07:16am

HAROL JOSE SERNA GIRALDO
Cédula de Ciudadanía : 1001389429

Señor usuario al usted firmar; esta autorizando a Labor y Salud la realización del examen médico, las ayudas diagnósticas con fines laborales y el tratamiento de los datos personales de acuerdo con la normatividad vigente.


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
70.116.487
VARGAS URREGO
RILDEBRANDO
18-NOV-1956
MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
1.85
A+
M
15-MAR-1977 MEDELLIN
EPS Suna
Fondo cesantias - Protección

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	CC
Número de documento:	71731645
Número Afiliación:	403212
Razón social:	RUBEN DARIO ISAZA BEDOYA

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	70116487
Nombre:	HILDEBRANDO VARGAS URREGO
Fecha Ingreso:	02/12/2020
Salario básico:	877.803
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	0-001
Centro de trabajo:	0-005
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	01/12/2020 07:09:36 a.m.

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud **6I_75724**

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

Reingreso 1	
Empleador	CC 71731645 RUBEN DARIO ISAZA BEDOYA
Afiliado	CC 70116487 HILDEBRANDO VARGAS URREGO
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 877,803
Cargo	OTRO
Sucursal	MEDELLIN CR 37 # 81 36
Fecha de ingreso	01/12/2020
Fecha de radicación	01/12/2020 07:10:36 a.m.
Código de Transacción	111306385
Resultado del Reingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El periodo de inicio de pago es 01/2021

Fecha de generación 01/12/2020

Colpensiones
Vamos por tu futuro

El futuro es de todos

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **HILDEBRANDO VARGAS URREGO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **70116487,** se encuentra afiliado/a desde **18/10/1973** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 01 de diciembre de 2020.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

Informe Registro de novedades Comfama

	71731645	**Empleador**	RUBEN DARIO ISAZA BEDOYA
in	2020-12-01 09:21 a.m.		
	2020-12-01 00:00 a.m.	**Fecha hasta**	2020-12-01 23:59 p.m.

comfama

bajador dependiente

Número documento	1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Fecha nacimiento	Genero	Estado civil	Tipo de salario	Salario	Horas día	Horas mes	Fecha ingreso	Actividad	Fecha novedad
70116487	VARGAS	URREGO	HILDEBRANDO		01,11,1953	Masculino	Soltero	Fijo	877803.00	8	240	01.12.2020	VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES	01.12.2020

sonas a cargo

umento	Número documento	1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Fecha nacimiento	Género	Parentesco	Discapacidad	Nivel educativo	Institución educativa	Documento cotizante	Fecha novedad

nyuges

umento	Número documento	1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Fecha nacimiento	Género	Documento cotizante	Fecha novedad

datos de residencia de trabajador

umento	Número documento	Dirección	Departamento	Ciudad	Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico o email	Fecha novedad

dores dependientes

umento	Número documento	1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Fecha de retiro	Motivo del retiro	Fecha novedad

as a cargo

to - Número documento	Tipo documento PAC	Número documento PAC	1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Parentesco	Fecha de retiro	Motivo del retiro	Fecha novedad

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud

"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

IDENTIFICACION

Orden:	266632	**Documento:**	70116487
Nombre:	HILDEBRANDO VARGAS URREGO	**Sexo:**	Masculino
Fecha nacimiento:	1956-11-18	**Edad (años):**	64
Fecha Diligenciamiento examen:	2020-12-01 07:04 am	**Fecha impresión:**	2020-12-02 12:08 am

Tipo examen:	Ingreso		
Empresa:	Ruben Dario Isaza Bedoya	**Empresa en misión:**	
Estado civil:	Unión Libre	**Hijos:**	3
Departamento:	ANTIOQUIA	**Ciudad:**	Medellín
Dirección:	Cra 42 # 83 49	**Barrio:**	MANRIQUE
Celular:	3207673784	**Teléfono:**	NO TIENE
Escolaridad:	Primaria Completa	**Profesión:**	NINGUNA
Oficio:	ENCARGADO	**Actividad Económica:**	CONSTRUCCION
Tipo vinculación Entidad Promotora de Salud (EPS):	Cotizante	**Empresa Promotora de Salud (EPS):**	SURA EPS
Administradora de Riesgos Laborales (ARL):	No sabe	**Administradora del Fondo de Pensiones (AFP):**	COLPENSIONES
Nombre del acompañante:	NO APLICA	**Teléfono acompañante:**	NO APLICA
Nombre del responsable:	NO APLICA	**Teléfono responsable:**	NO APLICA
Parentesco responsable:	NO APLICA		

Maria Paulina Ramirez Zapata
Registro:
Recepcionista
Cédula de Ciudadanía : 1040742651
Fecha Examen: 2020-12-01 07:05am

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud

"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

CONCEPTO DE APTITUD

Concepto de aptitud	No Presenta Restricción para Desempeñar el Cargo

Conclusiones y Recomendaciones

Nota: por comorbilidades de riesgo para el covid 19, que está controlada y en tratamiento, se recomienda evitar espacios con aglomeración de personas, evitar el uso de transporte público donde haya mucha aglomeración de personas. Alternancia de horario, disminuir tiempos de estancia fuera de la casa y modificación de horario laboral. Además, debe cumplir con la normatividad actual frente a la prevención y mitigación del covid 19. La empresa debe extremar las medidas de seguridad e higiene en el trabajo frente a la prevención y mitigación del covid 19, según la circular conjunta 003 del 8 de abril 2020, de Ministerio Salud y protección social, Ministerio de Trabajo y Ministerio de Transporte, título II numeral 2.1.NO PRESENTA RESTRICCIÓN PARA EL CARGO: ENCARGADO ,UTILIZAR CORRECCIÓN VISUAL PERMANENTE SOBRETODO PARA REALIZAR TAREAS DE VISIÓN LEJANA, CERCANA, DESPLAZAMIENTO Y PARA EL TRABAJO,-REALIZAR EVALUACIONES OPTOMETRICAS ANUALES,
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SUMINISTRADOS POR LA EMPRESA SEGÚN LABOR,
EVITAR EXPONERSE A RUIDOS SUPERIORES DE 85 DB SIN USAR PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA,
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL,
SE REALIZÓ GLICEMIA, CUESTIONARIO Y EXAMEN MEDICO DE ALTURAS,
RECOMENDACIONES PARA PREVENCIÓN FRENTE AL COVID 19 : Capacitar a los trabajadores en aspectos relacionados con la forma de transmisión del COVID- 19 y las maneras de prevenirlo, siguiendo los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social,
La higiene de manos con alcohol glicerinado o gel desinfectante se debe realizar siempre y cuando las manos están visiblemente limpias,
Debe realizar el protocolo de lavado de manos con una periodicidad mínima de cada 3 horas en donde el contacto con el jabón debe durar mínimo 20 - 30 segundos, y después de entrar en contacto con superficies que hayan podido ser contaminadas por otra persona (manijas, pasamanos, cerraduras, transporte), después de ir al baño, manipular dinero y antes y después de comer.
En caso de tener síntomas gripales utilizar tapabocas y quedarse en casa.
Cuando algún trabajador experimente síntomas respiratorios en casa, debe informar al empleador para que se pueda realizar el aislamiento preventivo en casa. El trabajador debe informar a la EPS en las líneas de atención que esta disponga para que inicie el protocolo estipulado por el Ministerio de Salud y Protección Social .
Debe permanecer al menos a 2 metros de distancia de otras personas y entre los puestos de trabajo evitando contacto directo. Conservar las distancias ordenadas en transporte público.
No se deben permitir reuniones en grupos en los que no pueda garantizar la distancia mínima de 2 metros entre cada persona.
Los responsables del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa deben definir los Elementos de Protección Personal indicados para la protección personal de acuerdo con la labor para la prevención del COVID-19.
Uso del tapabocas en el transporte público, vías, en áreas con afluencia masiva de personas, donde no sea posible mantener dos metros de distancia de otras personas.
Siempre debe hacer el lavado de manos antes y después de usar el tapabocas .
Hay que asegurar que se cumplan las disposiciones y recomendaciones de las autoridades de salud con relación a la prevención del contagio por COVID-19,
Se debe desarrollar un proceso diario de monitoreo de estado de salud y temperatura del personal, para detectar al personal enfermo o con síntomas de COVID-19. En lo posible, utilizando termómetro láser o digital. Frecuencia e instancias: Toma rutinaria de temperatura al ingreso y salida del turno, al inicio de la jornada laboral y en intervalos posibles.

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud

"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

Consultar programas de Promoción y Prevención en su EPS de acuerdo a la edad y género. (Resolución 412 Ministerio de Protección).

Incluir el sistema de vigilancia Epidemiológica

Visual	No	**Auditivo**	No
Respiratorio:	No	**Ergonómico:**	No
Químico:	No	**Cardiovascular:**	No
Psicosocial:	No	**Requiere estar en Sistema de Vigilancia Epidemiológica:**	No

RECOMENDACIONES

Programa de Protección Cardiovascular y Metabólica
CONSULTAR NUTRICIONISTA.
ACTIVIDAD FÍSICA DIARIA MÍNIMO 1/2 HORA.
INGRESAR AL PROGRAMA DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DE LA EMPRESA.

Programa de Protección de Accidentalidad por Defectos Visuales
UTILIZAR MONOGAFAS AL EXPONERSE A RIESGO MECÁNICO (PROYECCIÓN DE PARTÍCULAS).
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA.

Programa de Protección de Ruido
PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA PARA LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
EVITAR EL USO DE AUDÍFONOS.
EN CASO DE PRESENTAR ALGÚN TIPO DE OTITIS UTILIZAR PROTECCIÓN EXTERNA TIPO COPA.

Programa de Protección Osteomuscular
TRABAJO ESTÁTICO: VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES ERGONÓMICAS DEL PUESTO DE TRABAJO.
INDUCCIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS.
DINÁMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
MOVIMIENTOS REPETITIVOS: PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
ADECUADA INDUCCIÓN POR PARTE DEL EMPLEADOR EN LAS NORMAS DE HIGIENE POSTURAL.

Programa de Protección Respiratorio
USE MASCARILLA O RESPIRADOR CON FILTRO EN CASO DE EXPOSICIÓN A QUÍMICOS O MATERIAL PARTICULADO.
PROTECCIÓN DE VÍAS AÉREAS EN PERSONAS ASMÁTICAS EXPUESTAS A POLVO U OTROS ALERGENOS.

Otros
VIGILAR QUE EL TRABAJADOR TENGA EL TIPO DE PROTECCIÓN ADECUADA PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud

"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

RESUMEN DE RESULTADOS

Columna y Osteomuscular	Realizado
Examen Físico	Realizado
Órganos y Sentidos	Realizado

Dr(a) Henry Diaz Aguilar
Registro: 5-2092-03
Licencia Salud Ocupacional: 107989
Médico Especialista Salud Ocupacional
Cédula de Ciudadanía : 73166985
Fecha Examen: 2020-12-01 08:12am

HILDEBRANDO VARGAS URREGO
Cédula de Ciudadanía : 70116487

Señor usuario al usted firmar; esta autorizando a Labor y Salud la realización del examen médico, las ayudas diagnósticas con fines laborales y el tratamiento de los datos personales de acuerdo con la normatividad vigente.


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NÚMERO 1.007.257.832
ARANGO ROJAS
APELLIDOS
HUBERT ANDRES
NOMBRES
huber ARango
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 14-MAR-2000
TARAZA
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68
ESTATURA
B+
G.S. RH
M
SEXO
09-JUL-2018 TARAZA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
P-0127000-01152319-M-1007257832-20200812
0071446202G 2
9912690988

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	CC
Número de documento:	71731645
Número Afiliación:	403212
Razón social:	RUBEN DARIO ISAZA BEDOYA

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1007257832
Nombre:	HUBERT ANDRES ARANGO ROJAS
Fecha Ingreso:	02/12/2020
Salario básico:	877.803
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	0-001
Centro de trabajo:	0-005
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	01/12/2020 07:34:58 a.m.

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

savia SALUD EPS

No. de Radicación | Fecha de Radicación D D M M A A A A

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

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

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: ARANGO	Segundo Apellido: ROJAS	Primer Nombre: HUBERT	Segundo Nombre: ANDRES

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de nacimiento
CC	1007257832		1 0 4 0 3 2 0 0 0

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo [ ] Condición [ ]	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
				AXA COLPATRIA	PORVENIR

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	
877803	CLL 71 N 57 25	3205350081	
Correo electrónico	Municipio: MEDELLIN	Zona: Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna: ANTIOQUIA

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 de documento de identidad	22. Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	23. Fecha de nacimiento
			D D M M A A A A

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

24. Apellidos y nombres				
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	Datos complementarios 29. Parentesco	30. Etnia
01							
02							
03							
04							
05							

	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01											
02											
03											
04											
05											

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)
Cot.		
9		
8		
9		

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

36. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
RUBEN DARIO ISAZA	C	71731645	

38. Ubicación				
Dirección: CLL 52 N 47 28	Teléfono: 3876695	Correo electrónico:	Municipio: MEDELLIN	Departamento: ANTIOQUIA

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización 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 por fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad del Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad del 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 de documento de identidad	Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha 0 1 1 2 2 0 2 0
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código [ ]	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ] 49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]

51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran. [ ]

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

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

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

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]

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

60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial Código del municipio	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

Versión 1.0

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

HUBERT ANDRES ARANGO ROJAS, identificado(a) con cedula de ciudadania 1007257832, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 01 de Diciembre del 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones

Tenga en cuenta:

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

Informe Registro de novedades Comfama

	71731645	**Empleador**	RUBEN DARIO ISAZA BEDOYA
in	2020-12-01 09:03 a.m.		
	2020-12-01 00:00 a.m.	**Fecha hasta**	2020-12-01 23:59 p.m.

comfama

bajador dependiente

Número documento	1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Fecha nacimiento	Genero	Estado civil	Tipo de salario	Salario	Horas día	Horas mes	Fecha ingreso	Actividad	Fecha novedad
1007257832	ARANGO	ROJAS	HUBERT	ANDRES	14.03.2000	Masculino	Soltero	Fijo	877803.00	8	240	01.12.2020	VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES	01.12.2020

sonas a cargo

umento	Número documento	1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Fecha nacimiento	Género	Parentesco	Discapacidad	Nivel educativo	Institución educativa	Documento cotizante	Fecha novedad

nyuges

umento	Número documento	1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Fecha nacimiento	Género	Documento cotizante	Fecha novedad

datos de residencia de trabajador

umento	Número documento	Dirección	Departamento	Ciudad	Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico o email	Fecha novedad

dores dependientes

umento	Número documento	1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Fecha de retiro	Motivo del retiro	Fecha novedad

as a cargo

ta - Número documento	Tipo documento PAC	Número documento PAC	1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Parentesco	Fecha de retiro	Motivo del retiro	Fecha novedad

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 3.423.241
CHAVARRIA CHAVARRIA
APELLIDOS
IVAN DE JESUS
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-FEB-1961
CACERES
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA
A- G.S. RH
M SEXO

20-JUN-1979 CACERES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

A-0104900-00838368-M-0003423241-20160701 0050311910A 1 2173980331

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: CC
Número de documento: 71731645
Número Afiliación: 403212
Razón social: RUBEN DARIO ISAZA BEDOYA

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 3423241
Nombre: IVAN DE JESUS CHAVARRIA CHAVARRIA
Fecha Ingreso: 02/12/2020
Salario básico: 877.803
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 0-001
Centro de trabajo: 0-005
Tasa: 6,960
Fecha hora transacción: 01/12/2020 07:15:12 a.m.

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS | sura

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud **6I_75764**

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

Reingreso 1

Empleador	CC 71731645 RUBEN DARIO ISAZA BEDOYA
Afiliado	CC 3423241 IVAN DE JESUS CHAVARRIA CHAVARRIA
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 877,803
Cargo	OTRO
Sucursal	MEDELLIN CR 37 # 81 36
Fecha de ingreso	01/12/2020
Fecha de radicación	01/12/2020 07:15:59 a.m.
Código de Transacción	111306455
Resultado del Reingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 01/2021

Fecha de generación 01/12/2020

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CHAVARRIA CHAVARRIA IVAN DE JESUS** identificado(a) con **CC** número **3.423.241** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de diciembre de 1997 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN CONSERVADOR
2. El 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 01 de diciembre de 2020.

Cordialmente,

Laura P. Merchan M.
Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante**: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

202012010717

Informe Registro de novedades Comfama

	71731645	**Empleador**	RUBEN DARIO ISAZA BEDOYA
5n	2020-12-01 09:19 a.m.		
	2020-12-01 00:00 a.m.	**Fecha hasta**	2020-12-01 23:59 p.m.

comfama

bajador dependiente

Número documento	1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Fecha nacimiento	Género	Estado civil	Tipo de salario	Salario	Horas día	Horas mes	Fecha ingreso	Actividad	Fecha novedad
3423241	CHAVARRIA	CHAVARRIA	IVAN	DE JESUS	12.02.1961	Masculino	Soltero	Fijo	877803.00	8	240	01.12.2020	VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES	01.12.2020

rsonas a cargo

umento	Número documento	1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Fecha nacimiento	Género	Parentesco	Discapacidad	Nivel educativo	Institución educativa	Documento cotizante	Fecha novedad

nyuges

umento	Número documento	1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Fecha nacimiento	Género	Documento cotizante	Fecha novedad

datos de residencia de trabajador

umento	Número documento	Dirección	Departamento	Ciudad	Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico o email	Fecha novedad

adores dependientes

umento	Número documento	1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Fecha de retiro	Motivo del retiro	Fecha novedad

as a cargo

to - Número documento	Tipo documento PAC	Número documento PAC	1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Parentesco	Fecha de retiro	Motivo del retiro	Fecha novedad

L&S Labor y Salud
"Su aliado en Salud Ocupacional"

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

IDENTIFICACION

Orden:	266634	**Documento:**	3423241
Nombre:	IVAN DE JESUS CHAVARRIA CHAVARRIA	**Sexo:**	Masculino
Fecha nacimiento:	1961-02-12	**Edad (años):**	59
Fecha Diligenciamiento examen:	2020-12-01 07:10 am	**Fecha impresión:**	2020-12-02 12:12 am

Tipo examen:	Ingreso		
Empresa:	Ruben Dario Isaza Bedoya	**Empresa en misión:**	
Estado civil:	Unión Libre	**Hijos:**	4
Departamento:	ANTIOQUIA	**Ciudad:**	Bello
Dirección:	Cra 76 # 25 b 27	**Barrio:**	PARIS
Celular:	3234476470	**Teléfono:**	NO TIENE
Escolaridad:	Ninguna	**Profesión:**	NINGUNA
Oficio:	AYUDANTE	**Actividad Económica:**	CONSTRUCCIÓN
Tipo vinculación Entidad Promotora de Salud (EPS):	Cotizante	**Empresa Promotora de Salud (EPS):**	SURA EPS
Administradora de Riesgos Laborales (ARL):	SURA	**Administradora del Fondo de Pensiones (AFP):**	PROTECCION
Nombre del acompañante:	NO APLICA	**Teléfono acompañante:**	NO APLICA
Nombre del responsable:	NO APLICA	**Teléfono responsable:**	NO APLICA
Parentesco responsable:	NO APLICA		

Erika Cristina Rodriguez Alvarez
Registro:
Recepcionista
Cédula de Ciudadanía : 1020433784
Fecha Examen: 2020-12-01 07:11am

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud

"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

CONCEPTO DE APTITUD

Concepto de aptitud	No Presenta Restricción para Desempeñar el Cargo

Conclusiones y Recomendaciones

NO REALIZAR LABORES EN ALTURAS;- PUEDE LABORAR A NIVEL DEL PISO, A NIVEL DEL SUELO DONDE NO PRESENTA RESTRICCIÓN PARA EL CARGO: AYUDANTE,- PUEDE TRABAJAR EN EL INTERIOR DE LAS EDIFICACIONES SIN EXPONERSE A ALTURAS,UTILIZAR CORRECCIÓN VISUAL PERMANENTE SOBRETODO PARA REALIZAR TAREAS DE VISIÓN LEJANA, CERCANA, DESPLAZAMIENTO Y PARA EL TRABAJO.- REALIZAR EVALUACIONES OPTOMETRICAS ANUALES,EVITAR TAREAS U OFICIOS DONDE REQUIERA DISCRIMINAR COLORES.NO PRESENTA COMORBILIDADES DE RIESGO PARA EL COVID 19.

UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SUMINISTRADOS POR LA EMPRESA SEGÚN LABOR, EVITAR EXPONERSE A RUIDOS SUPERIORES DE 85 DB SIN USAR PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA.

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL.

RECOMENDACIONES PARA PREVENCIÓN FRENTE AL COVID 19 : Capacitar a los trabajadores en aspectos relacionados con la forma de transmisión del COVID- 19 y las maneras de prevenirlo, siguiendo los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social,

La higiene de manos con alcohol glicerinado o gel desinfectante se debe realizar siempre y cuando las manos están visiblemente limpias. Debe realizar el protocolo de lavado de manos con una periodicidad mínima de cada 3 horas en donde el contacto con el jabón debe durar mínimo 20 - 30 segundos, y después de entrar en contacto con superficies que hayan podido ser contaminadas por otra persona (manijas, pasamanos, cerraduras, transporte), después de ir al baño, manipular dinero y antes y después de comer.

En caso de tener síntomas gripales utilizar tapabocas y quedarse en casa.

Cuando algún trabajador experimente síntomas respiratorios en casa, debe informar al empleador para que se pueda realizar el aislamiento preventivo en casa. El trabajador debe informar a la EPS en las líneas de atención que esta disponga para que inicie el protocolo estipulado por el Ministerio de Salud y Protección Social .

Debe permanecer al menos a 2 metros de distancia de otras personas y entre los puestos de trabajo evitando contacto directo. Conservar las distancias ordenadas en transporte público.

No se deben permitir reuniones en grupos en los que no pueda garantizar la distancia mínima de 2 metros entre cada persona.

Los responsables del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa deben definir los Elementos de Protección Personal indicados para la protección personal de acuerdo con la labor para la prevención del COVID-19.

Uso del tapabocas en el transporte público, vías, en áreas con afluencia masiva de personas, donde no sea posible mantener dos metros de distancia de otras personas.

Siempre debe hacer el lavado de manos antes y después de usar el tapabocas .

Hay que asegurar que se cumplan las disposiciones y recomendaciones de las autoridades de salud con relación a la prevención del contagio por COVID-19.

Se debe desarrollar un proceso diario de monitoreo de estado de salud y temperatura del personal, para detectar al personal enfermo o con síntomas de COVID-19. En lo posible, utilizando termómetro láser o digital. Frecuencia e instancias: Toma rutinaria de temperatura al ingreso y salida del turno, al inicio de la jornada laboral y en intervalos posibles.

Consultar programas de Promoción y Prevención en su EPS de acuerdo a la edad y género. (Resolución 412 Ministerio de Protección).

Incluir el sistema de vigilancia Epidemiológica

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud
"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

Visual	No	**Auditivo**	No
Respiratorio:	No	**Ergonómico:**	No
Químico:	No	**Cardiovascular:**	No
Psicosocial:	No	**Requiere estar en Sistema de Vigilancia Epidemiológica:**	No

RECOMENDACIONES

Programa de Protección de Accidentalidad por Defectos Visuales
UTILIZAR MONOGAFAS AL EXPONERSE A RIESGO MECÁNICO (PROYECCIÓN DE PARTÍCULAS).
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA.

Programa de Protección de Ruido
PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA PARA LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
EVITAR EL USO DE AUDÍFONOS.
EN CASO DE PRESENTAR ALGÚN TIPO DE OTITIS UTILIZAR PROTECCIÓN EXTERNA TIPO COPA.

Programa de Protección Osteomuscular
TRABAJO ESTÁTICO: VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES ERGONÓMICAS DEL PUESTO DE TRABAJO.
INDUCCIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS.
DINÁMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
MOVIMIENTOS REPETITIVOS: PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
ADECUADA INDUCCIÓN POR PARTE DEL EMPLEADOR EN LAS NORMAS DE HIGIENE POSTURAL.

Programa de Protección Respiratorio
USE MASCARILLA O RESPIRADOR CON FILTRO EN CASO DE EXPOSICIÓN A QUÍMICOS O MATERIAL PARTICULADO.
PROTECCIÓN DE VÍAS AÉREAS EN PERSONAS ASMÁTICAS EXPUESTAS A POLVO U OTROS ALERGENOS.

Programa de Protección Visual Alteración de Colores
EN TAREAS CON DISTINCIÓN DE COLORES SE RECOMIENDA EL TEST DE ISHIHARA PARA DISCRIMINACIÓN DE LOS MISMOS.
SI YA HAY DIAGNÓSTICO DE DISCROMATOPSIA , VERIFICAR SI EXISTE CONFUSIÓN ANTES DE COLOCARLE TAREAS CON DISTINCIÓN DE COLORES.

Otros
VIGILAR QUE EL TRABAJADOR TENGA EL TIPO DE PROTECCIÓN ADECUADA PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.

RESUMEN DE RESULTADOS

Columna y Osteomuscular	Realizado

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud

"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

Examen Físico	Realizado
Órganos y Sentidos	Realizado

Henry Diaz Aguilar

Dr(a) Henry Diaz Aguilar
Registro: 5-2092-03
Licencia Salud Ocupacional: 107989
Médico Especialista Salud Ocupacional
Cédula de Ciudadanía : 73166985
Fecha Examen: 2020-12-01 08:25am

IVAN DE JESUS CHAVARRIA CHAVARRIA
Cédula de Ciudadanía : 3423241

Señor usuario al usted firmar; esta autorizando a Labor y Salud la realización del examen médico, las ayudas diagnósticas con fines laborales y el tratamiento de los datos personales de acuerdo con la normatividad vigente.

ACTA No.3
INFORME SST Y COVID 19

Tomo No.3 de 3

"CONSERVACIÓN, MANTENIMIENTO Y REHABILITACIÓN DE LAS VÍAS A CARGO DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA EN LA SUBREGIÓN ORIENTE".

CONSORCIO VIAL SCS ORIENTE

CONTRATO DE OBRA Nº. 4600010855 DE 2020

INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, AMBIENTAL, FINANCIERA Y LEGAL PARA LA CONSERVACIÓN, MANTENIMIENTO Y REHABILITACIÓN DE LAS VÍAS A CARGO DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA EN LA SUBREGIÓN ORIENTE, DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA.

SERVICIOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA
CONSTRUCCIONES INGEVAL S.A.S

CONTRATO DE INTERVENTORÍA Nº. 4600010852 de 2020

PERIODO: DICIEMBRE 2020

INGEVAL S.A.S
Calle 38 N° 32 – 41 Edificio Parque Santander -
E-mail: info@ingevalsas.com.co
Villavicencio - Meta

INFORME MENSUAL COVID-19.

01 al 30 de diciembre 2020.

CONTRATO DE ": INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, AMBIENTAL, FINANCIERA Y LEGAL PARA LA CONSERVACIÓN, MANTENIMIENTO Y REHABILITACIÓN DE LAS VÍAS A CARGO DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA EN LA SUBREGIÓN ORIENTE

Contratante: GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA, SECRETARÍA DE INFRAESTRUCTURA FÍSICA.

Interventoría: CONSORCIO VIAL SCSORIENTE
Contratista: SERVICIOS DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA CONSTRUCCIONES INGEVAL S.A.S

Tabla de contenido

1. INTRODUCCIÓN 3
2. ALCANCE 4
3. DEFINICIONES. 4
4. MARCO LEGAL NORMATIVO 9
5. SEGUIMIENTO AL PROTOCOLO DE BIO-SEGURIDAD DEL PROYECTO. 11
5.1 Higiene personal e interacción social. 11
5.2 Operación y construcción 11
5.3 Transporte y movilización del personal. 20
5.4 Elementos e insumos de control biológico. 20
5.5 Control de emergencias e incidentes de salud 20
5.6 Talento humano 21
5.7 Medidas preventivas del personal que visita la obra. 21
5.8 Zonas de aislamiento temporal de personas en la obra con COVID-19. 21
5.9 Plan de aplicación del protocolo sanitario para la obra (PAPSO). 21
5.10 Pendientes por implementar por parte del contratista 22
6. ANEXOS. 22
7. VISITA DE LA SECRETARIA DE INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL. 23

1. INTRODUCCIÓN

Desde la identificación del nuevo coronavirus desde el 7 de enero de 2020, la OMS la declaró como emergencia de salud pública de importancia internacional, fecha desde la cual el Ministerio de salud y Protección Social ha venido implementado medidas para la contención y mitigación de la pandemia, para tal fin el Gobierno Nacional expidió decretos en donde se ordenaba, entre otros, el aislamiento preventivo obligatorio desde el 24 de marzo de 2020, así mismo se cerraron aeropuertos y terminales terrestres.

Respecto a la situación epidemiológica por el nuevo coronavirus (COVID-19) declarada como emergencia en salud pública de importancia internacional (ESPII) por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se precisa lo siguiente:

La Organización Mundial de la Salud – OMS, el 11 de marzo de 2020 declaró el actual brote de enfermedad por coronavirus - COVID-19 como *"una pandemia"*, esencialmente por la velocidad de su propagación y la escala de trasmisión, **es una enfermedad epidémica que se extiende en varios países del mundo de manera simultánea.** Por lo tanto, determinó que se desarrolla en tres fases durante las cuales cada Gobierno debe implementar medidas para su prevención y mitigación:

- *Fase preparatoria:* es desde el mismo momento en que la OMS expuso el primer caso de corona virus, y en el que se iniciaron todos los procedimientos "alistamiento" para mitigar su impacto en el país.

- *Fase de contención:* cuando llega el virus al país y empiezan a reportarse los diferentes casos de contagio **y se ejecuta la implementación de los protocolos sanitarios** para prevenir el aumento de la enfermedad. Identificar y contener casos y cerrar las cadenas.

- *Fase de mitigación:* cuando ya se ha superado el nivel de casos y solamente se debe hospitalizar los casos graves y el resto con medidas de protección en casa. Disminuir el tamaño de la epidemia.

El Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 380 del 10 de marzo de 2020, adoptó, entre otras, medidas preventivas sanitarias de aislamiento y cuarentena de las personas que, a partir de la entrada en vigencia de esta resolución, arribaran a Colombia desde la República Popular China, Francia, Italia y España.

Mediante Resolución 385 del 12 de marzo de 2020, el Ministro de Salud y Protección Social, de acuerdo con lo establecido en el artículo 69 de la Ley 1753 de 2015, declaró el estado de emergencia sanitaria por causa del nuevo coronavirus COVID-19 en todo el territorio nacional hasta el 30 de mayo de 2020 prorrogada posteriormente hasta el 31 de agosto de 2020 y en virtud de las mismas, adoptó una serie de medidas con el objeto de prevenir y controlar la propagación del COVID-19 y mitigar sus efectos, entre otras:

> ***"... (...) i. Ordenar a todas las autoridades del país y particulares, de acuerdo con su naturaleza y en el ámbito de su competencia, cumplir, en lo que les corresponda, con el plan de contingencia que expida este Ministerio para responder a la emergencia sanitaria por COVID-19, el cual podrá actualizarse con base en la evolución de la pandemia" (...)***

Según la OMS, la pandemia del nuevo coronavirus COVID-19, es una emergencia sanitaria y social mundial, que requiere una acción efectiva e inmediata de los gobiernos, las personas y las empresas, es importante tener claro que las medidas de protección frente al posible contagio por COVID-19, las debe adoptar todo ciudadano.

2. ALCANCE

El presente informe define el seguimiento del protocolo que aplica para todo el personal vinculado directa e indirectamente al contrato de obra N°4600009770 y sus visitantes **durante la persistencia de la emergencia sanitaria ocasionada por la pandemia del COVID-19** y siempre y cuando sea aplicable, bien sea en las áreas de trabajo, oficinas y demás actividades propias.

3. DEFINICIONES.

- **Aislamiento:** Separación de una persona o grupo de personas que se sabe o se cree razonablemente, que están infectadas con una enfermedad transmisible y potencialmente infecciosa de aquellos que no están infectados, para prevenir la propagación del virus COVID-19. El aislamiento para fines de salud pública puede ser voluntario u obligado por orden de la autoridad sanitaria.

- **Aislamiento en cohorte:** Indica la presencia de múltiples pacientes portando el mismo tipo de infección y un mismo agente; conduce a la generación de este tipo de aislamiento para optimizar recursos y concentrar esfuerzos de trabajo en un área

específica con mayor costo-efectividad de las intervenciones.

- **Aislamiento por contacto:** Se refiere a las medidas para controlar el contacto directo cuando se produce en el traspaso de sangre o fluidos corporales desde un paciente hacia otro individuo susceptible. El contacto puede hacerse en piel, mucosa o lesiones; así mismo por inóculos directos a torrente sanguíneo y el directo: se produce cuando el huésped susceptible entra en contacto con el microorganismo infectante a través de un intermediario inanimado (ropas, superficies de la habitación) o animado (personal de salud, otro paciente) que estuvo inicialmente en contacto con ese microorganismo. En este caso se utiliza bata desechable anti fluidos o traje de polietileno, este último para alto riesgo biológico.

- **Aislamiento respiratorio:** Se aplica cuando se prevé la presencia de gotas de origen respiratorio con bajo rango de difusión (hasta un metro).

- **Aislamiento por gotas**: se refiere a las medidas para controlar las infecciones por virus respiratorios y otros agentes transmitidos por gotas impulsadas a corta distancia a través del aire y que pueden ingresar a través de los ojos, la mucosa nasal, la boca o la piel no intacta de la persona que está en contacto con el paciente.

- **Aislamiento social preventivo:** Separación de un colaborador(a) o grupo de colaboradores(as) que sabe o se cree que están infectadas o han tenido contacto con casos probables o confirmados de COVID-19, para prevenir la propagación del virus. Dicho aislamiento preventivo debe hacerse durante 14 días e implica que el colaborador debe estar en su casa sin tener contacto directo con otras personas.

- **Afectado:** Personas que están infectados o contaminados o que son portadores de fuentes de infección o contaminación, de modo tal que constituyen un riesgo para la salud pública.

- **Asepsia:** Ausencia de microorganismos que pueden causar enfermedad. Este concepto incluye la preparación del equipo, la instrumentación y el cambio de operaciones mediante los mecanismos de esterilización y desinfección.

- **Bioseguridad:** Conjunto de medidas preventivas destinadas a mantener el control de factores de riesgo laborales procedentes de agentes biológicos, físicos o químicos, logrando la prevención de impactos nocivos, asegurando que el desarrollo o producto final de dichos procedimientos no atenten contra la salud y seguridad de trabajadores de la salud, pacientes, visitantes y el medio ambiente. (Ministerio de Salud y Protección Social).

- **Caso probable:** Colaborador(a) con fiebre cuantificada igual o mayor a 38°C y tos, con cuadro de infección respiratoria aguda grave que presenta deterioro de su estado a pesar del tratamiento adecuado y que cumpla al menos una de las siguientes condiciones: Historial de viaje a áreas con circulación de casos de enfermedad por el coronavirus COVID-19, durante los 14 días previos a la aparición de síntomas o antecedentes de contacto estrecho en los últimos 14 días con un caso probable o confirmado de infección por coronavirus.

- **Caso confirmado:** Colaborador(a) que cumple con la definición de caso probable y tenga un resultado positivo para COVID-19.

- **Caso descartado:** Colaborador(a) que era caso probable y tiene un resultado negativo para Coronavirus COVID-19.

  Cohorte de pacientes: Agrupación de los pacientes que están colonizados o infectados con un mismo microorganismo, para limitar su atención a un área única y evitar el contacto con otros pacientes. Las cohortes se crean de acuerdo con la confirmación diagnóstica 8clínica o microbiológica), criterios epidemiológicos y el modo de transmisión del agente infeccioso. Se prefiere evitar colocar pacientes severamente inmunodeprimidos en habitaciones con otros pacientes. Los estudios de modelado matemático soportan la fuerza de las cohortes en el control de brotes.

- **Covid-19:** También conocida como enfermedad del coronavirus2 o, más incorrectamente, como neumonía por coronavirus, es una enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2. Se detectó por primera vez durante la epidemia de Wuhan de 2019, con neumonía por coronavirus.

- **Contagio:** Transmisión de una enfermedad por contacto con el agente patógeno que la causa.

- **Control:** Es un mecanismo preventivo y correctivo adoptado por la administración de una dependencia o entidad que permite la oportuna detección y corrección de desviaciones.

- **Contacto estrecho:** Es el contacto entre personas en un espacio de un (1) metro de distancia, en una habitación o en el área de atención de un caso de COVID-19 confirmado o probable, durante un tiempo mayor a 15 minutos, o contacto directo con secreciones de un caso probable o confirmado mientras el paciente es considerado infeccioso.

- **Contacto cercano:** Es el que se da entre un caso sospechoso o confirmado de COVID-19 y otras personas a menos de 2 metros de distancia, durante un periodo de tiempo mayor de 15 minutos o haber tenido el contacto directo con sus secreciones.

- **Cuarentena:** Consiste en la restricción de las actividades de las personas presuntamente sanas que hayan estado expuestas durante el periodo de transmisibilidad de enfermedades que puedan tener efectos en la salud poblacional. Su duración será por un lapso que no exceda del periodo máximo de incubación de la enfermedad o hasta que se compruebe la desaparición del peligro de diseminación del riesgo observado.

- **Desinfección:** Es la destrucción de microorganismos de una superficie por medio de agentes químicos o físicos.

- **Desinfectante:** Es un germicida que inactiva prácticamente todos los microorganismos patógenos reconocidos, pero no necesariamente todas las formas de vida microbiana, ejemplo esporas. Este término se aplica solo a objetos inanimados.

- **Enfermedad:** Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa.

- **Hipoclorito:** Es un grupo de desinfectantes que se encuentra entre los más comúnmente utilizados. Este grupo de desinfectantes tienen un efecto rápido sobre una variedad de microorganismos. Son los más apropiados para la desinfección general. Como este grupo de desinfectantes corroe los metales y produce además efectos decolorantes, es necesario enjuagar lo antes posible las superficies desinfectadas con dicho producto.

- **Mascarilla Quirúrgica:** Elemento de protección personal para la vía respiratoria que ayuda a bloquear las gotitas más grandes de partículas, derrames, aerosoles o salpicaduras, que podrían contener microbios, virus y bacterias para que no lleguen a la nariz o la boca.

- **Máscara de alta eficiencia (FFP2) ó N95:** Están diseñados específicamente para proporcionar protección respiratoria al crear un sello hermético contra la piel y no

Permitir que pasen partículas (< 5 micras) que se encuentran en el aire, entre ellas, patógenos como virus y bacterias. La designación N95 indica que el respirador filtra al menos 95% de las partículas que se encuentran en el aire.

- **Material contaminado:** Es aquel que ha estado en contacto con microorganismos o es sospechoso de estar contaminado.

- **Pandemia:** Enfermedad epidémica que se extiende a muchos países o que ataca a casi todos los individuos de una localidad o región.

- **Prestadores de servicios de salud:** Hace referencia a los hospitales o clínicas, profesionales independientes, transporte asistencial de pacientes o entidades de objeto social diferente que prestan servicios de salud.

- **Prevención:** Preparar con antelación lo necesario para un fin, anticiparse a una dificultad, prever un daño, avisar a alguien de algo.

- **Protección:** Acción de proteger o impedir que una persona o una cosa reciba daño o que llegue hasta ella algo que lo produzca.

- **Residuo Biosanitario:** Son todos aquellos elementos o instrumentos utilizados durante la ejecución de un procedimiento que tiene contacto con materia orgánica, sangre o fluidos corporales del usuario.

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

- **SARS:** Síndrome respiratorio agudo severo, por sus siglas en inglés (Severe acute respiratory síndrome).

- **SARS-CoV-2:** Versión acortada del nombre del nuevo coronavirus "Coronavirus 2 del Síndrome Respiratorio Agudo Grave" (identificado por primera vez en Wuhan, China)

asignado por El Comité Internacional de Taxonomía de Virus, encargado de asignar nombres a los nuevos virus.

- **Seguimiento:** Procedimiento para mantener el contacto con casos sospechosos o confirmados de COVID-19 y sus contactos, revisar la presencia de signos y síntomas e informar sobre las medidas de prevención y cuidado.

- **Sintomatología:** Conjunto de síntomas que son característicos de una enfermedad determinada o que se presentan en un enfermo.

- **Trabajadores de riesgo para el contagio de COVID-19:** Son aquellos trabajadores que presentan patologías crónicas, tales como: Enfermedades Cardiovasculares (incluida Hipertensión Arterial y el Accidente Cerebrovascular), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (Asma, Enfisema, Bronquitis Crónica), Diabetes, Patologías Renales Avanzadas (Insuficiencia renal), Enfermedades con Inmunosupresión (SIDA, leucemias, etc.), Cáncer, Consumo Crónico de Esteroides, Personas Anticoaguladas, etc.

- **Virus:** Microorganismo compuesto de material genético protegido por un envoltorio proteico, que causa diversas enfermedades introduciéndose como parásito en una célula para reproducirse en ella.

Nota: Las definiciones aquí adoptadas han sido tomadas de protocolo de Bioseguridad emitido por el INVIAS (V1 – 23/03/20), de la Resolución 000666 del 24 de abril del 2020, así como de la investigación propia de CONSORCIO PS ARGELIA.

4. MARCO LEGAL NORMATIVO

En el presente cuadro se expone el marco legal normativo frente al tema.

Identificación	Asunto
Ley 9 de 1919.	Por la cual se dictan Medidas Sanitarias, en el título VIIse establece La "vigilancia y control epidemiológico".
Decreto-Ley 1295 de 1994.	Por el cual se reglamenta el Sistema General de Riesgos Laborales.
Decreto 1072 de 2015.	Regula el Sistema de gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Identificación	Asunto
Resolución 385 de 2020.	Por la cual se declara la emergencia sanitaria por causa del Coronavirus COVID-19 y se adoptan medidas para hacer frente al virus.
Decreto 457 de 2020.	Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria por la pandemia del Coronavirus COVID-19 y el mantenimiento del orden público.
Decreto 482 de 2020.	Por el cual se dicta medidas sobre prestación del servicio público de transporte y su infraestructura dentro del Estado de Emergencia Social, Económica y Ecológica.
Decreto 531 del 08 de abril de 2020	Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19, y el mantenimiento del orden público.
Resolución ANI No. 471 de 2020.	La ANI establece como medida transitoria la suspensión de términos en las actuaciones administrativas y contractuales que se adelantan en la Agencia Nacional de Infraestructura y se adoptan otras medidas administrativas por motivo de salud pública.
Circular conjunta 003 de 2020.	Se establecen medidas preventivas y de mitigación para reducir la exposición y contagio por infección respiratoria aguda causada por el Coronavirus COVID-19.
Resolución ANI No. 20201000004985 del 13 de abril de 2020	Por la cual se modifica la Resolución 471 del 22 de marzo de 2020, se establecen medidas transitorias respecto de los trámites que se adelantan en la Agencia Nacional de Infraestructura y se adoptan otras medidas administrativas por motivos de salud pública.
Decreto 593 de 2020	Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19, y el mantenimiento del orden público.
Resolución 000666 del 24 de abril de 2020.	Por medio del cual se adopta el protocolo de bioseguridad para mitigar, controlar y realizar el adecuado manejo de la pandemia del Coronavirus COVID-19.
Resolución 000679 del 24 de abril de 2020.	Por medio del cual se adopta el protocolo de bioseguridad para el manejo y control del riesgo del Coronavirus COVID-19 en el sector d infraestructura de transporte.

5. SEGUIMIENTO AL PROTOCOLO DE BIO-SEGURIDAD DEL PROYECTO.

5.1 Higiene personal e interacción social.

En el proyecto se ha dado a conocer a todos los colaboradores de interventoría, contratista y subcontratista una circular interna en la cual se ha venido implementando medidas de higiene personal, interacción social, información del desarrollo del virus, prevención y autocuidado.

Adicionalmente se ha implementado jornadas de trabajo en los cuales se pueden apreciar a través del cronograma, el cual cuenta con turnos, ubicación de la actividad, número de trabajadores que desarrollará la actividad, persona que verificará las medidas de bioseguridad y duración de la actividad.

5.2 Operación y construcción.

Cumpliendo nuestro protocolo de bio-seguridad se realizó un censo en el cual cada colaborador daba fe entregando información del personal vulnerable a las afectaciones producidas por la pandemia del COVID 19; también se les notifica los nuevos riesgos a través de un formato el cual va firmado.

En el censo realizado se registra la siguiente información:

- Nombre
- Cédula
- Edad
- EPS
- ARL
- Enfermedades previas en los últimos 14 días
- Embarazo
- Enfermedades cronológicas.

La encuesta realizada nos permite obtener una estadística del porcentaje del personal que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad ante una sintomatología aguda por posible contagio de COVID-19, se obtiene un 100% en buenas condiciones de salud y todo el mes de septiembre sin aumento de temperatura.

Se registra diariamente, antes de iniciar labores a través de nuestros formatos de condiciones de salud de los trabajadores, en las cuales se registran temperatura y otras condiciones relacionadas con los síntomas COVID-19.Para esta actividad se cuenta con un termómetro por cada grupo de colaboradores, como lo son: administrativos, interventoría, comisión de topografía, operadores, conductores, subcontratista, dado que por la cantidad de trabajadores que se encuentran actualmente activos, se asegura mayor asepsia con este elemento. *(se presenta el siguiente registro fotográfico).*

REGISTRO FOTOGRÁFICO



FOTO 1: Registro Toma de temperatura



FOTO 2: Registro Toma de temperatura.



FOTO 3: Registro Toma de temperatura



FOTO 4: Registro Toma de temperatura



FOTO5: Registro Toma de temperatura



FOTO6: Registro Toma de temperatura



FOTO7: Registro de temperatura personal administrativo del consorcio.



FOTO8: Registro de temperatura personal administrativo del consorcio.



FOTO9: Registro de toma de temperatura personal de interventoria.



FOTO10: Registro de toma de temperatura personal de interventoria.



FOTO11: Registro de toma de temperatura personal de interventoria.



FOTO12: Registro de toma de temperatura personal de interventoria.



FOTO13: Lavado de manos personal en campo.



FOTO14: Lavado de manos personal en campo.



FOTO15: Lavado de manos personal en campo.



FOTO16: Lavado de manos personal en campo.



FOTO17: Lavado de manos personal de interventoría en campo.



FOTO18: Lavado de manos personal de interventoría en campo.



FOTO19: Lavado de manos personal de interventoría en campo.



FOTO20: Desinfeccion al inicio de la jornada laboral personal interventoria.



FOTO21: Desinfeccion de herramientas en campo.



FOTO22: Desinfeccion de herramientas en campo.



FOTO23: Desinfeccion de herramientas en campo.



FOTO24: Desinfeccion de herramientas en campo.



FOTO25: Desinfeccion del personal en campo.



FOTO26: Desinfeccion del personal en campo.



FOTO27: Desinfeccion del personal de interventoria antes de ingresar a las oficinas.



FOTO28: Limpieza y desinfeccion interna del vahiculo de transporte de interventoria.



FOTO29 Limpieza y desinfeccion interna del vahiculo de transporte de interventoria.



FOTO30: Limpieza y desinfeccion interna del vahiculo de transporte de interventoria.



FOTO31: Personal de interventoria en campo acatando con los EPP apropaiados, para minimizar el contagio por el covid 19.



FOTO32: Verificacion en campo por parte d ela interventoria, al cumplimiento del protocolo de bioseguridad, lavado de manos.

	
FOTO33: Verificacion en campo por parte de la interventoria, al cumplimiento del protocolo, que los comntratistan cuenten con sistemasd e lavado de manos para el personal y poder garantizar cada 3 horas el lavado.	**FOTO34**: Verificacion en campo por parte de la interventoria a las maaquinas que cuenten con un kit de desinfeccion dando cumplimiento al protocolo de bioseguridad.
	
FOTO35: Verificacion en campo por parte de la interventoria, al cumplimiento del protocolo, que los comntratistan cuenten con sistemasd e lavado de manos para el personal y poder garantizar cada 3 horas el lavado.	**FOTO36**:Se Verificacion en campo por parte de la interventoria, en la desinfeccion de herramientas y equipos antes de dar inicio a las actividades, dando cumplimiento al protocolo de bioseguridad.

Durante las capacitaciones realizadas en grupos de máximo 10 personas a una distancia de 2 metros, se enfatiza en permanecer con un distanciamiento prudente como medida de prevención ante posibles contagios, estas capacitaciones pueden ser evidenciadas en el formato de capacitaciones y en el registro fotográfico. *(se presenta el siguiente registro fotográfico.*

Capacitación COVID-19.	Capacitación COVID-19.
	
FOTO37: Capacitacion uso obligatorio del tapabocas.	**FOTO38**: Capacitacion uso obligatorio de tapabocas.
	
FOTO39: Capacitacion correcto lavado de manos.	**FOTO40**: Capacitacion correcto lavado de manos.

5.3 Transporte y movilización del personal.

El personal operativo del contratista se transportan de modo particular (Moto), el personal administrativo cuenta con transporte (camionetas), cumpliendo con el protocolo, al no superar la capacidad de ocupantes dentro el vehículo, En el transporte en la camioneta se movilizan 4 personas incluyendo el conductor, 2 en la parte de adelante y 2 en la parte de atrás, dejando un espacio en el medio, siempre se usa tapabocas dentro del vehículo, al ingresar al vehículo se debe desinfectar las manos y las suelas de los zapatos.

5.4 Elementos e insumos de control biológico.

En la obra se tiene establecido 7 lavamanos portátiles ubicados en los frentes de trabajo, para que los colaboradores puedan hacer su proceso de lavado y desinfección al cambiar de actividad o al momento de consumir alimentos, en el campamento se almacena el suministro de jabón, alcohol, toallas desechables y demás elementos de bioseguridad, también se cuenta con un stock de E.P.I. para su cambio en caso de desgaste, perdida o daño, que está controlado por el SST, cada lavamanos cuenta con su protocolo de lavado de manos se anexa registro de manejo y disposición final de aguas.

5.5 Control de emergencias e incidentes de salud

En el momento el contratista no cuenta con equipos de emergencias completos en los frentes de obra.

5.6 Talento humano

Se cuenta con un personal de interventoría el cual apoya y vela por el cumplimiento de los protocolos de bio-seguridad y del contrato de obra, también se cuenta con dos profesionales Sociales y SST los cuales informan a la comunidad.

5.7 Medidas preventivas del personal que visita la obra.

Se realiza el estricto cumplimiento del protocolo de bioseguridad, activando todas las medidas de prevención como lo son toma de temperatura, desinfección, y registro de encuesta de síntomas.

5.8 Zonas de aislamiento temporal de personas en la obra con COVID-19.

Se cuenta con una habitación, ubicada en el campamento del contratista en el municipio de Marinilla, para aislar el personal que presente posibles síntomas, dicha casa está dotada con condiciones necesarias para la estadía, baño privado, amoblada. Para el seguimiento se cuenta con la persona responsable del área SST del contratista, la cual tiene todos los elementos de bio- seguridad exigidos en el protocolo y a su vez llevará los registros de condiciones los cuales serán informados a la Interventoría y demás entes de control mediante correos electrónicos, y cadena de llamadas.

5.9 Plan de aplicación del protocolo sanitario para la obra (PAPSO).

Contamos con un plan de aplicación del protocolo sanitario para la obra (PAPSO), donde incluimos:

- Descripción de la labor a realizar.
- Etapas de construcción.
- Horarios de trabajo.
- Cronograma de actividades con su respectiva prevención sanitaria.
- Protocolos de higiene.

5.10 Pendientes por implementar por parte del contratista.

- Realizar más acompañamiento en campo para la vigilancia y control del personal subcontratista, de tal modo garantizar que se estén cumpliendo con lo estipulado en el protocolo de bioseguridad presentado a la secretaria de salud del departamento de Antioquia.
- Garantizar el estricto cumplimiento del protocolo de bioseguridad, en todos los frentes de obra, garantizando al personal colaborador puntos de lavado de manos funcionales, zonas de desinfección antes y después de la jornada laboral.
- Divulgación y capacitación más seguida al personal colaborador referente al COVID19.
- En la gestión documental, diligenciamiento y escáner de los formatos, darle un mayor orden al momento de recibir la información suministrada por los subcontratistas, se evidencia formatos que no tienen nombre de empresa o contratista, archivos repetidos con la misma información, archivos que tienen un nombre y al abrir el archivo la información es completamente diferente, escáner pocos legibles, dar un orden por fechas al escáner.
- Para el próximo informe si la documentación no es suministrada acorde como es el deber ser, ordenada, legible, información clara y en una misma orientación esta interventoría no recibirá y aprobara dicha información.

6. ANEXOS.

ANEXO 1: Toma de temperatura.

ANEXO 2: Encuesta de síntomas.

ANEXO 3: Charlas de asociadas al covid19.

- Zona de cuidado de salud dentro de la obra.
- Profesional responsable de la implementación del PAPSO, que cumpla con los requisitos establecidos en términos de idoneidad, experiencia y cargo en la organización/obra.
- Estrategias de socialización del PAPSO.

7. VISITA DE LA SECRETARIA DE INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL.

En el mes de diciembre no se realizó visita por parte de la secretaria de infraestructura física y secretaria de salud departamental.

Mantenimiento y mejoras limitada Nit 811022672-6

PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SÍNTOMAS

DOCUMENTO | VERSIÓN: 1 | Página 1 de 1

FECHA: 1/10/2020

Marca con una X según corresponda

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	GÉNERO	CARGO	TEMPERATURA		¿Fiebre?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Pérdida del Gusto y/o del olfato?		¿Escalofrío Reciente?		¿Dolor y/o Mal Estar?		¿Presentación en el inicio de Síntomas?		¿Ha Estado en Contacto con Personas con Sospecha o Confirmación de COVID-19?		¿Ha Tenido Contacto con Personas que Viajan o Llegada de COVID-19 Positivo a Casa?		¿Ha Tenido Contacto con Personas Residentes en Municipios, Ciudades o Países con Alta Incidencia de COVID-19?		FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
ENTRA	SALIDA				INGRESO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO			
20	5:00	Jeison Uribe			35.3	36.1		X		X		X		X		X		X		X		✓				X		X		X	
20	5:00	Diego Pareja			35.4	36.0		X		X		X		X		X		X		X		✓				X		X		X	
00	5:00	Andres Pareja			36.0	36.4		X		X		X		X		X		X		X		✓				X		X		X	
00	5:00	Ramiro Cuervo			35.1	36.0		X		X		X		X		X		X		X		✓				X		X		X	
00	5:00	Leiber Gallego			—	—		X		X		X		X		X		X		X		✓				X		X		X	
00	5:00	Diego Osorio			35.0	36.1		X		X		X		X		X		X		X		✓				X		X		X	
00	5:00	Bernardo Arias			35.6	36.2		X		X		X		X		X		X		X		✓				X		X		X	
00	5:00	Andres Londoño			35.6	35.4		X		X		X		X		X		X		X		✓				X		X		X	
10	5:00	Jeison Uribe						X		X		X		X		X		X		X		✓				X		X		X	
0	5:00	Diego Pareja						X		X		X		X		X		X		X		✓				X		X		X	
10	5:00	Andres Pareja						X		X		X		X		X		X		X		✓				X		X		X	
20	5:00	Ramiro Cuervo						X		X		X		X		X		X		X		✓				X		X		X	
20	5:00	Leiber Gallego						X		X		X		X		X		X		X		✓				X		X		X	
0	5:00	Diego Osorio						X		X		X		X		X		X		X		✓				X		X		X	
10	5:00	Bernardo Arias						X		X		X		X		X		X		X		✓				X		X		X	
10	5:00	Andres Londoño						X		X		X		X		X		X		X		✓				X		X		X	

		DOCUMENTO
	PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SINTOMAS	VERSION: 1
		Página 1 de 1

FECHA 1/10/2020

RIO	NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CEDULA	CARGO	TEMPERATURA		Marca con una X según corresponda																				FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
						¿Tiene Tos?		¿Tiene Fiebre?		¿Dificultad para Respirar?		¿Presenta secreción nasal?		¿Presenta Cansancio Inusual?		¿Presenta Dolor Muscular?		¿Ha tenido contacto con alguien que haya sido diagnosticado con COVID-19?		¿Ha estado en el exterior en los últimos 14 días?		¿Ha tenido contacto con personas que hayan llegado de otro país en los últimos 14 días?		¿Ha tenido contacto con personas diagnosticadas con COVID-19?			
SALIDA				INGRESO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
7:00	Jesús Uribe			35.7	36.1		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:00	Andres D.			35.4	36.0		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:00	Diego Parra			35.5	36.8		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:00	Bernardo A.			35.4	36.0		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:00	Andres Parra			35.4	35.6		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:00	Ramiro Cuervo			34.9	36.1		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:00	Diego Osorio			35.8	35.0		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:00	Leiber Gallego			35.9	36.4		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:00	Jesús Uribe			36.1	36.0		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:00	Ramiro Cuervo			36.0	36.5		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:00	Andres Parra			36.2	36.9		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:00	Diego Parra			36.2	36.8		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:00	Andres Cardona			35.9	36.0		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:00	Diego Osorio			35.0	36.4		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:00	Leiber Gallego			36.4	36.1		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:00	Bernardo Arias			36.1	36.1		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:00	Jesús Uribe			35.5	35.8		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:00	Ramiro Cuervo			35.1	34.9		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:00	Diego Osorio			35.3	35.1		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:00	Leiber Gallego			35.1	35.2		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:00	Andres Cardona			35.0	35.0		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:00	Bernardo Arias			35.6	35.8		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:00	Diego Parra			36.0	35.1		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:00	Andres Parra			35.7	36.0		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		

07/12/20 08/12/20 09/12/20

428

PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SINTOMAS

FECHA: 03/12/2020

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CEDULA	CARGO	TEMPERATURA		¿Tiene?		¿Tos Seca?		¿Dolor de cabeza?		¿Dificultad para Respirar?		¿Perdida del Gusto o de olfato?		¿Secreción Pulmonar?		¿Congestión Nasal?		¿Presencia de Lesiones de Piel?		¿Ha Estado con Personas con los Síntomas en Casa?		¿Ha Tenido Contacto con Personas que Tienen Covid19 o de Pico Sospechoso o Confirmado?		¿Ha Tenido Alguna Dificultad para Asistir a su Trabajo o Alguna Incapacidad o Reposo?	FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
ENTRADA	SALIDA				AMBIENTE	SALUD	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
7	5	Hildebrando Vargas Urrego	70136867	Encargado de Obra	36.6	35.3		X		X		X		X		X		X		X		X				X		X		
7	5	Rodrigo Antonio Mesa Yanegas	70500995	Rastrillero	36.2	36.2		X		X		X		X		X		X		X		X				X		X		
7	5	Julian Alonso Galeano	1091326018	Rastrillero	36.2	36.2		X		X		X		X		X		X		X		X				X		X		
7	5	Roger Garcia Quiroz	1000194553	Liguero	36.2	36.2		X		X		X		X		X		X		X		X				X		X		
7	5	Mario Nel Gaviria Gaviria	71641705	Ayudante de obra	36.4	36.6		X		X		X		X		X		X		X		X				X		X		
7	5	Vicente Machado Pinilla	1147951337	Ayudante de obra	36.2	36.3		X		X		X		X		X		X		X		X				X		X		
7	5	Ivan de Jesus Chavarria Chavarria	3423241	Ayudante de obra	36.4	36.6		X		X		X		X		X		X		X		X				X		X		
7	5	Harol Jose Serna Giraldo	1001389429	Ayudante de obra	36.2	36.6		X		X		X		X		X		X		X		X				X		X		
7	6	Wilmar Alejandro Tabares Agudelo	1006881606	Ayudante de obra	36.4	36.2		X		X		X		X		X		X		X		X				X		X		
7	5	Germin Antonio Mosquera Mosquera	73364045	Ayudante de obra	36.2	36.2		X		X		X		X		X		X		X		X				X		X		

PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SINTOMAS

FECHA 04/12/2020

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CEDULA	CARGO	TEMPERATURA		Marca con una X según corresponda																						FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
							¿Fiebre ?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Perdida del Gusto y/o del olfato?		¿Cansancio Excesivo?		¿Congestión Nasal?		¿Presencia de Catarro de Nariz?		¿Ha Estado del Municipio en los últimos 14 Días ?		¿En Contacto Estrecho con alguien que haya Estado en esos Municipios o Ciudad?		¿En Contacto Estrecho con alguien Diagnosticado con Covid-19 o Sospechoso?			
Entrada	Salida				Ambiente	Oficina	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
7	6:30	Hildebrando Vargas Urrego	70136487	Encargado de Obra	36.5	36.2	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X			
7	6:30	Rodrigo Antonio Mesa Yarrogas	70510983	Ayudante	36.6	36.5	X		X		X		X		-		X		X		X		X		X		X			
7	6:30	Julian Alonso Gaviria	1001226010	Ayudante	36.2	36.2	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X			
7	6:30	Roger Garcia Quiroz	1000194517	Liguero	36.2	36.5	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X			
7	6:30	Mario Nel Gaviria Saavedra	71641705	Ayudante de obra	36.5	36.2	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X			
7	6:30	Yicenth Machado Pinilla	1147331237	Ayudante de obra	36.2	36.5	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X			
7	6:30	Ivan de Jesus Chavarria Chavarria	3425241	Ayudante de obra	36.7	36.6	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X			
7	6:30	Harol Jose Serna Giraldo	1001189429	Ayudante de obra	35.7	36.2	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X			
7	6:30	Wilmar Alejandro Tabares Agudelo	1000683606	Ayudante de obra	36.2	36.5	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X			
7	6:30	Germen Antonio Mosquera Mosquera	71184045	Ayudante de obra	35.5	36.2	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X			
											X																			

430

| | | |

431

| | | |

432

PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE ACTIVIDAD

DOCUMENTO
VERSIÓN: 1
Página 1 de 1

FECHA: 10/12/2020

Marca con una X según corresponda

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		¿Pasó ?		¿Se bañó?		¿Llevo su Uniforme ?		¿Medicado para Trabajar?		¿Presenta Síntomas de Enfermedad?		¿Asistencia Puntual?		¿Cumplimiento Total?		¿Presentación de Labores de Manera?		¿Se Evitó Dar Abrazos en las Labores Vs Otro ?		¿Se Tuvieron Contacto con Personas que Tuvieron Síntomas de esta Enfermedad o Covid19?		¿Se Tuvieron Cuidado y Lavado Constante de Manos Para Evitar Contagios a Sus Compañeros y a Su Núcleo Familiar?		FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
ENTRADA	SALIDA				INGRESO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
7	5:30	Hildebranda Vargas Urrego	70316487	Encargado de Obra	36.2			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7	5:30	Rodrigo Antonio Mesa Vanegas	70190923	Retrillero	36.2			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7	5:30	Julian Alonso Galeano	1001226018	Retrillero	36.6			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7	5:30	Roger Garcia Quiroz	1000194557	Ligero	35.6			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7	5:30	Mario Nel Gaviria Gaviria	71691705	Ayudante de obra	36.2			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7	5:30	Vicente Machado Pirila	1147951237	Ayudante de obra	36.4			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7	5:30	Ivan de Jesus Chavarria Chavarria	1423241	Ayudante de obra	35.6			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7	5:30	Harvi Jose Serna Giraldo	1001389429	Ayudante de obra	36.4			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7	5:30	Wilmar Alejandro Tabares Agudelo	1000869606	Ayudante de obra	35.2			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7	5:30	Germin Antonio Mosquera Mosquera	71364045	Ayudante de obra	36.4			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
							X																							

mantenimiento y mejoras limitada

PLANILLA DE REPORTE TRABAJO DE ANTIVIRUS

DOCUMENTO
VERSIÓN: 1
Página 1 de 1

FECHA: 1/10/2020

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	SEÑAL	MARCA	TEMPERATURA		Mano 1		Mano 2		Mano 3		Mano 4		Mano 5		Mano 6		Mano 7		Mano 8		Mano 9		Mano 10		FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
ENTRADA	SALIDA				MAÑANA	TARDE	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
7:00	4:00	William			34.6	35.6	X		X		X		X		X		X				X		X		X		William	
7:00	4:00	Fredi			35.3	35.6	X		X		X		X		X		X				X		X		X		Fredi	
7:00	4:00	diego H			35.2	36.1	X		X		X		X		X		X				X		X		X		diegoH	
7:00	4:00	diego posada			35.1	35.7	X		X		X		X		X		X				X		X		X		diegop	
7:00	4:00	Uber			34.8	35.1	X		X		X		X		X		X				X		X		X		Uber	
7:00	4:00	mauricio			35.9	35.3	X		X		X		X		X		X				X		X		X		mauricio	
7:00	4:00	Daniel			34.5	35.4	X		X		X		X		X		X				X		X		X		Daniel	
7:00	4:00	Hernan			34.0	35.1	X		X		X		X		X		X				X		X		X		Hernan	
8:00	3:00	William			35.6	34.8	X		X		X		X		X		X				X		X		X		William	
8:00	3:00	Diego posada			34.8	34.4	X		X		X		X		X		X				X		X		X		Diegoposada	
8:00	3:00	Fredi Espinosa			34.7	34.6	X		X		X		X		X		X				X		X		X		Fredi Espi	
8:00	3:00	Huber Flores			34.6	34.1	X		X		X		X		X		X				X		X		X		Huberflo	
8:00	3:00	NOVIcorreo			33.4	34.8	X		X		X		X		X		X				X		X		X		NOVIcorreo	
8:00	3:00	DiegoHincapi			35.3	35.1	X		X		X		X		X		X				X		X		X		DiegoHin	
8:00	3:00	Hernan Cut			34.7	35.8	X		X		X		X		X		X				X		X		X		Hernan Cr	
8:00	3:00	Daniel			34.9	35.1	X		X		X		X		X		X				X		X		X		Daniel	
8:00	3:00	Mauricio Ort			36.1	35.3	X		X		X		X		X		X				X		X		X		Mauricio	

7 DE DICIEMBRE

8 DE DICIEMBRE

mantenimiento y mejoras limitada

PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE ENTIDAD

DOCUMENTO | VERSIÓN: 1 | Página 1 de 1

FECHA: 1/11/2020

| HORARIO | | | | | TEMPERATURA | | Marca con una X según corresponda | | | | |

JEAB ingeniería SAS

PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SINTOMAS

DOCUMENTO
VERSION: 1
Página 1 de 1

FECHA: 7-19-2020

HORARIO ENTRADA	HORARIO SALIDA	NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CEDULA	CARGO	TEMPERATURA ENTRADA	TEMPERATURA SALIDA	¿Tiene tos? SI	¿Tiene tos? NO	¿Tiene dificultad para respirar? SI	¿Tiene dificultad para respirar? NO	¿Ha presentado fiebre en los últimos 14 días? SI	¿Ha presentado fiebre en los últimos 14 días? NO	¿Ha presentado dificultad para respirar? SI	¿Ha presentado dificultad para respirar? NO	¿Ha tenido contacto estrecho con personas diagnosticadas con COVID-19? SI	¿Ha tenido contacto estrecho con personas diagnosticadas con COVID-19? NO	¿Ha tenido contacto estrecho con personas que presenten síntomas de COVID-19? SI	¿Ha tenido contacto estrecho con personas que presenten síntomas de COVID-19? NO	FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
7:00	4:00	Edison Arenas	1098628[illegible]	Operario	36.5	37.2	X		X		X		X		X		X			
7:00	4:00	Manuel jose Lopez	1[illegible]	Auxiliar	35.5	36.6	X		X		X		X		X		X			
7:00	4:00	Juan pablo Cantes	1[illegible]	Auxiliar	37.2	36.9	X		X		X		X		X		X			
7:00	4:00	Sebastian Machado	[illegible]	Coordinador	33.6	35.5	X		X		X		X		X		X			
7:00	4:00	Wilson Ortiz	1[illegible]	Auxiliar	37.6	37.5	X		X		X		X		X		X			
7:00	4:00	Carlos Machado	[illegible]	Auxiliar	36.7	36.9	X		X		X		X		X		X			
7:00	4:00	Agustin gonzalez	1[illegible]	Auxiliar	37.6	37.1	X		X		X		X		X		X			

Escaneado con CamScanner

JEAB ingeniería SAS

PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SINTOMAS

DOCUMENTO
VERSIÓN: 1
Página 1 de 1

FECHA 9-6-2020

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CEDULA	CARGO	TEMPERATURA		Marque con una X alguno inconveniente																FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
ENTRADA	SALIDA						1	NO	2	NO	3	NO	4	NO	5	NO	6	NO	7	NO	8	NO	9	NO	
7:00	4:00	Kelson Arenas	1098628[illegible]	Operario	35.5	36.9	X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:00	4:00	Manuel José Lopez	7021[illegible]	Auxiliar	36.2	36.8	X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:00	4:00	Jhon Jairo Cortes	1[illegible]	Auxiliar	37.2	36.5	X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:00	4:00	Sebastian Machado	1085[illegible]	conductor	36.5	36.2	X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:00	4:00	Reinton Ortiz	7[illegible]	Auxiliar	35.2	35.5	X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:00	4:00	Carlos Machado	1[illegible]	Auxiliar	36.9	36.4	X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:00	4:00	Franklin garcia	1[illegible]	Auxiliar	37.2	36.9	X		X		X		X		X		X		X		X		X		

Escaneado con CamScanner

JEAB ingeniería SAS

PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SINTOMAS

DOCUMENTO
VERSION: 1
Página 1 de 1

FECHA: 10-12-2020

HORARIO	NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CEDULA	CARGO	TEMPERATURA	¿Presenta tos seca, dificultad para respirar, fiebre mayor a 38°C, dolor muscular o cansancio?	¿Ha tenido contacto estrecho con alguna persona que haya sido diagnosticada con COVID-19 en los últimos 14 días?	¿Ha tenido contacto estrecho con alguna persona que presente síntomas respiratorios en los últimos 14 días?	¿Ha viajado fuera del país en los últimos 14 días?	¿Ha tenido contacto estrecho con alguna persona que haya viajado fuera del país en los últimos 14 días?	¿Ha tenido contacto estrecho con alguna persona que haya sido diagnosticada con COVID-19 en los últimos 14 días?	¿Ha tenido contacto estrecho con alguna persona que presente síntomas respiratorios en los últimos 14 días?	¿Ha viajado fuera del país en los últimos 14 días?	¿Ha tenido contacto estrecho con alguna persona que haya viajado fuera del país en los últimos 14 días?	¿Ha tenido contacto estrecho con alguna persona que haya sido diagnosticada con COVID-19 en los últimos 14 días?	¿Ha tenido contacto estrecho con alguna persona que presente síntomas respiratorios en los últimos 14 días?	¿Ha viajado fuera del país en los últimos 14 días?	¿Ha tenido contacto estrecho con alguna persona que haya viajado fuera del país en los últimos 14 días?	FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
ENTRADA / SALIDA				PUNTOS / SALUD	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO		
7:00 14:00	Carlos Arenas	1098628...	Conductor	33.2	32.2	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
7:00 14:00	Manuel José Lopez	7237178...	Auxiliar	33.3	32.2	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Manuel Lopez
7:00 14:00	Juan José Cantos	7235206...	Auxiliar	36.6	32.5	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Juan José Cantos
7:00 14:00	Sebastian Machado	1081...	Conductor	35.6	36.4	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Sebastian Machado
7:00 14:00	Ingrid Ortiz	7235...	Auxiliar	36.8	36.4	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Ingrid Ortiz
7:00 14:00	Carlos Machado	1098...	Auxiliar	35.2	32.2	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Carlos M.
7:00 14:00	Franklin gonzalez	1098...	Auxiliar	36.2	32.2	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Franklin

Escaneado con CamScanner

	JEAB ingeniería SAS	DOCUMENTO
	PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SINTOMAS	VERSIÓN: 1
FECHA	11-12-2020	Página 1 de 1

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CARGO	AREA	TEMPERATURA		Marque con una X según corresponda																		FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
ENTRADA	SALIDA				PUNTO	SALIDA	¿Fiebre ≥ 38°C?		¿Tos seca?		¿Dolor de cuerpo?		¿Dificultad para respirar?		¿Dificultad para caminar o moverse?		¿Secreción nasal?		¿Congestión nasal?		¿Dificultad para oler o degustar?		¿Ha tenido contacto estrecho con alguien que haya sido diagnosticado con COVID-19?			
							SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
7:00	4:00	Edison Arenas	Operario	Operativo	36.2	36.9		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:00	4:00	Manuel Jose Lopez	Practicante	Auxiliar	35.9	37.2		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Manuel Lopez	
7:00	4:00	Juan John Castro	Practicante	Auxiliar	36.1	37.1		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Juan John	
7:00	4:00	Sebastian Machado	Practicante	Coordinador	35.2	36.9		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Sebastian Machado	
7:00	4:00	Agustin Ortiz	Practicante	Auxiliar	36.8	32.5		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Agustin Ortiz	
7:00	4:00	Carlos Machado	Practicante	Auxiliar	36	37.2		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Carlos Machado	
7:00	4:00	Agustin gonzalez	Practicante	Auxiliar	36.1	36.9		X		X		X		X		X		X		X		X		X		

Escaneado con CamScanner

439

SST VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	JEAC. Ingeniería S.A.S San Carlos – San Rafael		DOCUMENTO
	PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SÍNTOMAS		VERSIÓN: 1
			Página 1 de 1
FECHA	01/10/2020 (7/12/20) Oscar Hernandez cordinador		

Marca con una X según corresponda

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		¿Fiebre?		¿Tos seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Perdida del Gusto y/o del olfato?		¿Escalofríos?		¿Dolor Muscular?		¿Cansancio Inusual?		¿Presentado Alguna Condición de Salud?		¿Ha Estado en Contacto con Personas Diagnosticadas con COVID-19 en los últimos 14 días?		¿Ha Tenido Contacto Estrecho con Personas que Hayan Llegado de otro País o Ciudad?		¿Ha Tenido Usted Contacto Estrecho con Personas Diagnosticadas con COVID-19 en los últimos 14 días?		FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
ENTRADA	SALIDA				REGRESO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
7 AM	4 PM	William Monsalve	1037611006	Ciudadano	36.5	35.2	X		X		X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		William Monsalve	Sin novedad
7 AM	4 PM	Dairon Ceballos	1007727709	Ciudadano	36.5	35.3	X		X		X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		Dairon C.	Sin novedad
7 AM	4 PM	Anselmo Usme	70124416	Ayudante	35.1	35.1	X		X		X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		Anselmo Usme	Sin novedad
7 AM	4 PM	Alvaro Albares	15937340	Ayudante	35.3	36.2	X		X		X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		Alvaro Albares	Sin novedad
7 AM	4 PM	Santiago Echeverri	1037611006	Ayudante	36.2	36.5	X		X		X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		Santiago Echeverri	Sin novedad
7 AM	4 PM	Ramirez Estiven	1037572845	Ayudante	35.1	36.5	X		X		X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		Estiven Ramirez	Sin novedad
7 AM	4 PM	Didier Leon	1040145385	Ayudante	35.5	35.5	X		X		X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		Didier Leon	Sin novedad
7 AM	4 PM	Jairo Ramirez	1128281852	Ayudante	36.5	36.1	X		X		X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		Jairo Ramirez	Sin novedad
7 AM	4 PM	Oscar Hernandez	1037611006	Cordinador	36.5	36.2	X		X		X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		Oscar H	Sin novedad

	JEAC. Ingeniería S.A.S San Carlos – San Rafael		DOCUMENTO
	PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE AISLAMIENTO		VERSIÓN: 1
FECHA	01/10/2020 (9/12/20) Oscar Hernandez cordinador		Página 1 de 1

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		Marca con una X según corresponda																				FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
							¿Fiebre ?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Perdida del Olfato y/o del sabor?		¿Diarrea?		¿Dolor de Cabeza?		¿Presencia de Lesiones en la Piel?		¿En Ciudad del Municipio en los Últimos 14 Días ?		¿Ha Tenido Contacto Estrecho con Personas que Hayan Llegado en los Últimos 14 Días a otro Municipio o País?		¿Ha Tenido Contacto con Personas con Virosis Positivo o Dudoso en los Últimos 14 Días?			
ENTRADA	SALIDA				EGRESO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
7 AM	4 PM	William Monsalve	70184[illegible]	Guadañero	36.0	35.1		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	William Monsalve	Sin novedad
7 AM	4 PM	Dairon Ceballos	70767[illegible]	Guadañero	36.1	35.3		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Dairon C.	Sin novedad
7 AM	4 PM	Ausenia Usme	70164[illegible]	Ayudante	36.2	35.5		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	ANGELINA U.	Sin novedad
7 AM	4 PM	Albaro Albares	15[illegible]	Ayudante	35.3	36.5		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Albaro Albares	Sin novedad
7 AM	4 PM	Gustavo Echeverri	70[illegible]	Ayudante	35.5	36.5		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Gustavo Echeverri	Sin novedad
7 AM	4 PM	Ramires Estiven	70[illegible]	Ayudante	36.3	36.0		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Ramires Estiven	Sin novedad
7 AM	4 PM	Didier Leon	70[illegible]	Ayudante	36.2	35.5		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Didier Leon	Sin novedad
7 AM	4 PM	Silva Ramirez	7[illegible]	Guadañero	36.5	35.1		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Silva Ramirez	Sin novedad
7 AM	4 PM	Oscar Hernandez	70[illegible]	Cordinador	35.5	36.3		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Oscar H.	Sin novedad

441

JEAG. Ingeniería S.A.S — San Carlos — San Rafael

DOCUMENTO | VERSIÓN: 1 | Página 1 de 1

PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SINTOMAS

FECHA: 01/10/2020 (10/12/20) Oscar Hernandez cordinador

HORARIO ENTRADA	HORARIO SALIDA	NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA ENTRADA	TEMPERATURA SALIDA	¿Dolor de cabeza? SI	¿Dolor de cabeza? NO	¿Tos Seca? SI	¿Tos Seca? NO	¿Dificultad para Respirar? SI	¿Dificultad para Respirar? NO	¿Perdida del Olfato y/o el Gusto? SI	¿Perdida del Olfato y/o el Gusto? NO	¿Diarrea? SI	¿Diarrea? NO	¿Congestión nasal? SI	¿Congestión nasal? NO	¿Presentado en Ultimos 14 Dias? SI	¿Presentado en Ultimos 14 Dias? NO	¿Ha Estado en Contacto con Alguien Diagnosticado con COVID-19? SI	¿Ha Estado en Contacto con Alguien Diagnosticado con COVID-19? NO	¿Ha Tenido Contacto Cercano Durante los Ultimos 14 dias con Alguna Persona a Quien le Aplicaron la Prueba Diagnostica COVID-19? SI	¿Ha Tenido Contacto Cercano Durante los Ultimos 14 dias con Alguna Persona a Quien le Aplicaron la Prueba Diagnostica COVID-19? NO	FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
7AM	4PM	Wilson Mosquera	1088291606	Guardiero	36.5	36.1		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Sin novedad
7AM	4PM	Dairon Ceballos	1007267709	Guardiero	36.5	36.5		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Sin novedad
7AM	4PM	Angelina Ospina	1016044146	Ayudante	36.1	35.2		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Sin novedad
7AM	4PM	Alvaro Alzates	15337340	Ayudante	35.2	35.3		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Sin novedad
7AM	4PM	Gustavo Echeverri	1017411177	Ayudante	35.5	35.5		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Sin novedad
7AM	4PM	Ramires Esteven	1001528145	Ayudante	35.6	36.5		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Sin novedad
7AM	4PM	Didier Leon	1001045781	Ayudante	36.1	36.5		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Sin novedad
7AM	4PM	Jairo Ramirez	71258852	Guardiero	36.5	36.0		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Sin novedad
7AM	4PM	Oscar Hernandez	70558116	Cordinador	35.7	36.2		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Sin novedad

442

SCS	JEAO. Ingenieria S.A.S (Julio/20)	San Carlos -- San Rafael	DOCUMENTO
		PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SÍNTOMAS	VERSIÓN 1
			Página 1 de 1
FECHA	01/10/2020	Coordinador: Oscar Hernandez	

Marca con una X según corresponda

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		¿Fiebre?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Perdida del Gusto y/o del olfato?		¿Diarrea?		¿Congestión Nasal?		¿Enfermedad en Familia en Casa?		¿En Salida del Cardigan en las Ultimas 72 Hrs?		¿En Tiempo Atención con Personal que Haya Llegado de otra Ciudad o Exterior?		¿En Tiempo Usted Convivio Durante las Ultimas 14 días con Alguna Persona a Quien le Hayan Diagnosticado Coronavirus?		FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
ENTRADA	SALIDA				INGRESO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
7 AM	4 PM	Wilson Monsalve	1128458856	Guadañero	35.2	36.0		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Wilson Monsalve	Sin novedad
7 AM	4 PM	Oscar Ceballos	1007577105	Guadañero	35.3	36.1		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Oscar C.	Sin novedad
7 AM	4 PM	Anselmo Usme	70164476	Ayudante	35.5	36.2		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Anselmo Usme	Sin novedad
7 AM	4 PM	Alvaro Alvarez	15617316	Ayudante	36.5	35.3		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Alvaro Alvarez	Sin novedad
7 AM	4 PM	Santiago Echeverri	1007511178	Ayudante	36.5	35.5		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Santiago Echeverri	Sin novedad
7 AM	4 PM	Ramirez Estiven	1035828165	Ayudante	36.1	35.5		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Ramirez Estiven	Sin novedad
7 AM	4 PM	Didier Leon	1035838882	Ayudante	35.0	36.5		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Didier Leon	Sin novedad
7 AM	4 PM	Jairo Ramirez	71588852	Guadañero	35.1	36.2		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Jairo Ramirez	Sin novedad
7 AM	4 PM	Oscar Hernandez	1035861412	Coordinador	35.2	35.3		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Oscar H	Sin novedad

443

NOMBRE DE LA EMPRESA	JEAG Ingeniería SAS Gualoe – San Rafael		DOCUMENTO
	Daniel Hernandez Coordinador FORMATO DE REPORTE DIARIO DE SÍNTOMAS		VERSIÓN 1
			Página 1 de 1
FECHA	01/10/2020 (7/12/20		

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		Marca con una X según corresponda																				FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
							¿Fiebre ?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Perdida del Gusto y/o del olfato?		¿Escalofrios Frecuentes?		¿Congestión Nasal?		¿Presencia de Sudoración en Exceso?		¿En Estos dos Ultimos 14 Días Y		¿Un Tercero Cercano con Personas que Hayan Llegado de otra Ciudad/país a Ciudad?		¿En Tercero Cercano con Personas con Síntomas en los Ultimos 14 días son Algunas Personas a Cargo a Responsables a la Hoja Diligenciada Cotidianas?			
ENTRADA	SALIDA				INGRESO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
7AM	4PM	Wilinton moreno	71193994	Ayudante	36.1	36.2		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Wilinton	Sin novedad
7AM	4PM	Esneck Londoño	70196236	Guadañero	36.2	36.0		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Juan Londoño	Sin novedad
7AM	4PM	Oscar Reys	70163999	Guadañero	36.4	36.5		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Oscar Reys	Sin novedad
7AM	4PM	Valberto Giraldo	70165419	Guadañero	35.9	36.0		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Valberto	Sin novedad
7AM	4PM	Carlos Arbeláez	8049307	Ayudante	36.0	36.3		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Anthony Londo	Sin novedad
7AM	4PM	Anthony Londoño	1037949062	Ayudante	35.7	35.7		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Carlos Arb	Sin novedad
7AM	4PM	Daniel Hernandez	1004496998	Coordinador	36.9	36.1		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Daniel Her.	Sin novedad
7AM	4PM	Gustavo Serrano	1011321286	Ayudante	36.4	36.3		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Gustavo S	Sin novedad
7AM	4PM	Oscar Reyes	1018134123	Ayudante	35.8	35.9		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Oscar Reyes	Sin novedad
7AM	4PM	Edinson Tascon	1045430515	Ayudante	36.1	36.3		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Edinson Tascon	Sin novedad
7AM	4PM	Jader Ramirez	1023527667	Ayudante	36.0	36.0		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	JAder Ram	Sin novedad
7AM	4PM	Elmer Correa	1037976043	Ayudante	36.4	36.3		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Elmer Correa	Sin novedad

444

SGS	JEAG Ingeniería SAS Guatapé – San Rafael Daniel Hernandez Coordinador PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SÍNTOMAS	DOCUMENTO VERSIÓN 1 Página 1 de 1

FECHA: 01/10/2020 (9/12/20

Marca con una X según corresponda

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		¿Fiebre?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Perdida del Gusto- y/o del olfato?		¿Enfermedad Previsible?		¿Diagnóstico Medico?		¿Permanecio en Lugares de Mucha?		¿Ha Sentido Malestar en los Ultimos 14 Dias?		¿Ha Tenido Contacto con Personas que Hayan Llegado de otro Municipio o Departamento?		¿Ha Tenido Usted Contacto Estrecho (Menos de 2 Metros) con Alguna Persona a Quien le Diagnosticaron el Virus?		FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
ENTRADA	SALIDA				INGRESO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
7AM	4PM	Wilinton moreno	71193994	Ayudante	36.1	36.4		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Wilinton	Sin novedad
7AM	4PM	Coach Londoño	70196836	Guadañero	36.2	35.9		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Juan Londoño	Sin novedad
7AM	4PM	Oscar Ruis	70163999	Guadañero	35.7	35.8		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Oscar Ruis	Sin novedad
7AM	4PM	Norberto Giraldo	70165419	Guadañero	36.1	36.0		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	norberto	Sin novedad
7AM	4PM	Carlos Arboleda	8049307	Ayudante	36.3	36.4		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Anthony Londo	Sin novedad
7AM	4PM	Anthony Londoño	1037949062	Ayudante	35.7	36.1		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Carlos Ruiz	Sin novedad
7AM	4PM	Daniel Hernandez	1004496998	Coordinador	36.0	36.0		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Daniel Her.	Sin novedad
7AM	4PM	Cristian Galeano	1041204286	Ayudante	35.3	35.7		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Cristian Z	Sin novedad
7AM	4PM	Oscar Ramos	70838423	Ayudante	36.3	36.1		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Angel Ruiz	Sin novedad
7AM	4PM	Edwards Tascon	1035430513	Ayudante	35.8	35.9		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Edwar Tascon	Sin novedad
7AM	4PM	Jader Ramirez	1038232667	Ayudante	36.1	36.1		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	JADER MILL	Sin novedad
7AM	4PM	Elmer Garcia	1037976043	Ayudante	36.0	35.9		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	ELMER GAR	Sin novedad

445

JEAG Ingeniería SAS Guatapé – San Rafael

Daniel Hernandez Cordinador

PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SÍNTOMAS

DOCUMENTO | VERSIÓN: 1 | Página 1 de 1

FECHA: 01/10/2020 (10/12/20)

Marca con una X según corresponda

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		¿Fiebre?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Perdida del Gusto y/o del olfato?		¿Alteraciones Previsores?		¿Congestión Nasal?		¿Presentado en Lugares de Riesgo?		¿Ha Estado del Municipio en los Últimos 14 Días?		¿Has tenido Contacto con Personas que Hayan Llegado de otro Municipio o Ciudad?		¿En Tiempo Usted Conocido Durante los Últimos 14 días con Alguna Persona a Quien le Haya Diagnosticado Coronavirus?		FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
ENTRADA	SALIDA				INGRESO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
7AM	4PM	Wilinton Moreno	71193794	Ayudante	36.0	36.3		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Wilinton	Sin novedad
7AM	4PM	Erick Londoño	70196926	Guadañero	36.2	36.1		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Juan Londoño	Sin novedad
7AM	4PM	Oscar Reis	70163999	Guadañero	35.5	35.6		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Oscar Reis	Sin novedad
7AM	4PM	Valberto Giraldo	70165419	Guadañero	36.3	36.0		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Valberto	Sin novedad
7AM	4PM	Carlos Arboleda	8043707	Ayudante	35.7	35.1		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Anthony Londo	Sin novedad
7AM	4PM	Anthony Londoño	1037949062	Ayudante	36.9	36.0		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Cordy Fer	Sin novedad
7AM	4PM	Daniel Hernandez	1004496998	Cordinador	36.4	36.4		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Daniel Her.	Sin novedad
7AM	4PM	Cristian Cardona	1041301286	Ayudante	36.3	35.9		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Cristian C	Sin novedad
7AM	4PM	Oscar Garcia	70878423	Ayudante	36.2	36.0		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Oscar Garcia	Sin novedad
7AM	4PM	Edinson Tascon	1045683053	Ayudante	35.5	36.0		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Edinson Tascon	Sin novedad
7AM	4PM	Jaider Ramirez	1032252667	Ayudante	35.7	35.8		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	JAider Mill	Sin novedad
7AM	4PM	Elmer Garcia	1037976043	Ayudante	36.0	36.0		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Elmer Gar	Sin novedad

446

JEAG Ingeniería S.A.S Guatapé — San Rafael

Daniel Hernandez Coordinador

PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SÍNTOMAS

DOCUMENTO
VERSIÓN 1
Página 1 de 1

FECHA 01/10/2020 (11/12/20)

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		Marca con una X según corresponda																				FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
ENTRADA	SALIDA				INGRESO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
7AM	4PM	Wilinton moreno	71183 334	Ayudante	36.0	36.1		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Wilinton	Sin novedad
7AM	4PM	Franck Londoño	70196826	Guadañera	36.2	36.2		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Franck Londoño	Sin novedad
7AM	4PM	Oscar Ruis	70163999	Guadañera	36.1	36.2		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Oscar Ruis	Sin novedad
7AM	4PM	Norberto Giraldo	70165449	Guadañera	35.8	36.1		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Norberto	Sin novedad
7AM	4PM	Carlos Arboleda	8049307	Ayudante	36.4	35.9		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Anthony Londo	Sin novedad
7AM	4PM	Anthony londoño	1037949062	Ayudante	36.3	36.1		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Carlos Fer	Sin novedad
7AM	4PM	Daniel Hernandez	1094146998	Coordinador	36.1	36.2		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Daniel Her.	Sin novedad
7AM	4PM	Cristian Carmona	1041126396	Ayudante	35.8	35.9		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Cristian C	Sin novedad
7AM	4PM	Oscar Garcia	70928423	Ayudante	35.9	36.1		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Oscar Garcia	Sin novedad
7AM	4PM	Edinson Tascon	1035430513	Ayudante	36.0	36.0		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Edinson Tascon	Sin novedad
7AM	4PM	Jader Ramirez	1032252667	Ayudante	36.9	36.0		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	JADER RAMI	Sin novedad
7AM	4PM	Elmer Garcia	1037976043	Ayudante	36.3	36.1		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	ELMER GAR	Sin novedad

PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SINTOMAS

DOCUMENTO
VERSION 1
Página 1 de 1

FECHA 07-12-2020 RYD CONSTRUCCIONES SAS Punto: La Honda - Semáforo

Marque con una X según corresponda

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CEDULA	CARGO	TEMPERATURA		¿Fiebre?		¿Tos seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Perdida del Gusto y/o del olfato?		¿Escalofrio Frecuente?		¿Congestion Nasal?		¿Presencia de Cansancio no Usual?		¿Ha tenido Contacto con alguien Diagnosticado con COVID-19?		¿Ha tenido Contacto con alguien que presente Síntomas de COVID-19?		¿Ha tenido Contacto con alguien que haya viajado en los ultimos 14 Días?		FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
ENTRADA	SALIDA				MILITARES	CELSIUS	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1:45	4:48	FABIO ALBERTO RIVERA ORDALES	71.199.829	OFICIAL	34.1	36.3	X		X		X		X		X		X		X		X		X					X	Fabio R.	
		JAMES ALEXANDER GONZALEZ GOMEZ	1.821.220.221	OFICIAL	34.4	36.0	X		X		X		X		X		X		X		X		X					X	James G	
		ALBEIRO ANTONIO ACEVEDO ALVAREZ	13.249.787	AYUDANTE	35.3	36.4	X		X		X		X		X		X		X		X		X					X	Alirio A.	
		HECTOR ANTONIO ARRIETA ALVAREZ	18.249.777	AYUDANTE	35.8	36.2	X		X		X		X		X		X		X		X		X					X	Nestor A	
		EVANGELISTA SERNA MADRIGAL	4.313.907	AYUDANTE	35.3	36.5	X		X		X		X		X		X		X		X		X					X	Evangelista	

Escaneado con CamScanner

PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE CONDUCTORES

FECHA: 04-12-2020 RYO CONSTRUCCIONES SAS Punto: La Honda - Sonadora

| HORARIO | | NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR | CEDULA | CARGO | TEMPERATURA | | Marca con una X según corresponda | | |

		DOCUMENTO
	PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SÍNTOMAS	VERSIÓN: 1
		Página 1 de 1

FECHA: 23/11/2020 — Jueves 10 Diciembre 2020

Marcá con una X según corresponda

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		¿Fiebre ?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Perdida del Olfato y/o del sabor?		¿Diarreas ?		¿Congestión Nasal ?		¿Presencia de Lesión de Riesgo?		¿Ha estado en contacto en los últimos 14 Días ?		¿Ha Tenido Contacto con Personas con Virus (Negativo de otro Municipio o Ciudad?		¿Ha Tenido Estos Contacto Personas Positivo a COVID-19 Alguna Persona a Quien le Hayan Diagnosticado COVID-19?		FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
ENTRADA	SALIDA				INGRESO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
7:30		Paulo Montoba	1037946050	Pateleta	36.4			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:31		Fabio Lopez	4075583S	Conductor	36.3			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:32		Alexis de Jesus	98512525	Conductor	36.4			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:34		Deisy Gio	1037943512	Patelera	36.5			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:35		Yajaitly Urrea	233441160	Patelera	36.3			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:36		Jorge Lopez	1035910783	Conductor	36.4			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:38		Jairo Villada	10179861	Conductor	36.3			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:41		Wilberto Arango	10361578	Conductor	36.4			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:35		Alejandro Murcia	10755471	Conductor	36.6			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:34		Jair Zapata	71332330	Conductor	36.5			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:38		Felipe Giraldo	1035914555	Conductor	36.4			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:39		Maria Cristina Gio	43838574	Patelera	36.3			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:40		Omar Alberto	71367870	Conductor	36.4			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:42		Cesar Augusto	1007619613	Conductor	36.5			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		

		DOCUMENTO
	PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SÍNTOMAS	VERSIÓN: 1
		Página 1 de 1

FECHA: 23/11/2020 — Jueves 10 Diciembre 2020

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		Marca con una X según corresponda																						FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
							¿Fiebre ?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Perdida del Gusto y/o del olfato?		¿Escalofrío Frecuente?		¿Congestión Nasal?		¿Presencia de Lesión en Piel?		¿Ha Estado Del Municipio en los Últimos 14 Días ?		¿Ha Tenido Contacto con Personas que Hayan Llegado de otro Municipio o Ciudad?		¿Ha Tenido Usted Contacto Reciente con Personas a las Cuales se les Hayan Diagnosticado Coronavirus?			
ENTRADA	SALIDA				INGRESO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
9:43		Ivan Ponce R	1044138526	Conductor	36.4			X		X		X		X		X		X	X				X		X		X		X	Ivan Ponce R	
7:44		Sabrina Tejada	1020412324	Cajera	36.5			X		X		X		X		X		X	X				X		X		X		X	Sabrina Tejada	
7:48		Natalia Garcia	1041151208	Cajera	36.4			X		X		X		X		X		X	X				X		X		X		X	Natalia Garcia	

		DOCUMENTO
	PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SÍNTOMAS	VERSIÓN: 1
		Página 1 de 1

FECHA: 23/11/2020 — Jueves 07 / Diciembre / 2020

Marca con una X según corresponda

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		¿Fiebre ?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Perdida del Gusto y/o del olfato?		¿Escalofríos o Temblores?		¿Congestión Nasal?		¿Presentado en Lavado de Manos?		¿Ha Estado con Diagnóstico de Enfermedad Respiratoria?		¿Ha Tenido Contacto con Personas Diagnosticadas con Enfermedad Respiratoria o COVID?		¿Ha Tenido Contacto Cercano (Vivido con, Compartido Espacios o Trabajado Cerca) con Personas Diagnosticadas con COVID?		FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
ENTRADA	SALIDA				INGRESO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
7:30		Wilberto Arango	40881318	Conductor	36.3			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Wilberto A.	
7:33		David Varela	0719861	Conductor	36.4			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:34		Jorge Lopez	1035910785	Ayudante	36.5			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Jorge Lopez	
7:35		Alejandro Martinez	80755941	Conductor	36.6			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Alejandro M	
7:36		Cesar Zapata	71.332.350	Conductor	36.7			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Cesar Zapata	
7:37		Cesar Augusto	10081.9413	Conductor	36.5			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:38		Felipe Jaramillo	1035911535	Conductor	36.4			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Felipe Jaramillo	
7:39		Magerly Lora	28344160	Paletera	36.3			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Magerly L.	
7:40		Alberto de Jesus	98512525	Conductor	36.4			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:41		Deisy Ciro	1128383791	Paletera	36.3			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Deisy Ciro	
7:42		Paula Arrubla	1039960930	Paletera	36.5			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Paula Arrubla	
7:43		Maria C. Ciro	1128383791	Paletera	36.4			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Maria C. Ciro	
7:46		Fabio Lopez	70755835	Conductor	36.5			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		

		DOCUMENTO
	PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SÍNTOMAS	VERSIÓN: 1
		Página 1 de 1

FECHA: 23/11/2020 — Jueves 07 Diciembre 2020

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		Marca con una X según corresponda																						FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
							¿Fiebre ?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Perdida del Gusto y/o del olfato?		¿Escalofrios /Temblores?		¿Congestión Nasal?		¿Presencia de Lesiones de Riesgo?		¿Ha Estado con Sintomas en los Últimos 14 Días ?		¿Ha Tenido Contacto con Personas que Hayan Llegado de otro Municipio o Ciudad?		¿En Treinta (treinta) Días Previos a la Última 14 días se encontraba en el Área Geográfica Restringida o en Cuarentena?			
ENTRADA	SALIDA				INGRESO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
8:02		Suleima Tejada	10041579-0	Tolletera	36.3			X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Suleima Tejada	
8:04		Ivan David Ramirez	04122958-6	Conductor	36.3			X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X		X		
8:06		Natalia Sierra Garcia	04115120-8	Tolletera	36.4			X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X		X		

		DOCUMENTO
	PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SÍNTOMAS	VERSIÓN: 1
		Página 1 de 1

FECHA: 23/11/2020 — Miercoles 09 Diciembre 2020

Marca con una X según corresponda

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		¿Fiebre?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Perdida del Olfato y/o del sabor?		¿Diarrea?		¿Congestión Nasal?		¿Presentado Contacto con Persona que Viaje o Llegado de otra Ciudad?		¿En Ultimos 14 Días Ha Estado en Contacto con Personas Diagnosticadas con COVID-19?		¿En Ultimos 14 Días Ha Estado en Algunos Municipios o Ciudades de Alto Riesgo?		FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
ENTRADA	SALIDA				INGRESO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
7:30		Heriberto Arango	70381378	Conductor	36.5			X		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:32		Alejandro Meriño	70755941	Conductor	36.5			X		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:34		Oscar Zapata	71332350	Conductor	36.3			X		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:35		Cesar Augusto	1007889613	Conductor	36.1			X		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:35		Felipe Jaramillo	1035911335	Conductor	36.5			X		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:36		Yesenia C. Cano	1128385777	Boletera	36.4			X		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:38		Paula Austria	1037976038	Boletera	36.3			X		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:39		Fabio Lopez	70755835	Conductor	36.4			X		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:40		Albano de Jesus	78512325	Conductor	36.6			X		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:42		Deby Cano	1039948512	Boletera	36.3			X		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:44		Mayerlly Yoreo	28544160	Boletera	36.4			X		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:45		Jorge Lopez	1035918785	Ayudante	36.5			X		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:46		Dario Valera	10179861	Conductor	36.4			X		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X		

		DOCUMENTO
	PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SÍNTOMAS	VERSIÓN: 1
		Página 1 de 1

FECHA: 23/11/2020 — Miercoles 09 Diciembre 2020

Marca con una X según corresponda

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		¿Fiebre ?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Perdida del Gusto y/o del olfato?		¿Secreción Purulenta?		¿Congestión Nasal?		¿Presentado en el Lapso de Horas?		¿Ha Estado en Contacto en Ultimos 14 Días Con Alguien Positivo o Con Sospechoso o Ha Tenido Contacto Estrecho?		¿Ha Tenido Contacto con Personas que Hayan Llegado de otro Municipio o Ciudad?		¿Ha Tenido Fiebre Cerrada Durante los Ultimos 14 días con Alguien Positivo o Con Sospechoso o Ha Tenido Contacto Estrecho?		FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
ENTRADA	SALIDA				MEDIDO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
7:30		Julio Cesar Perez	1049124502	Conductor	36.5			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
7:42		Sulcira Tejada	1010487324	Paletera	36.4			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
7:44		Natalia Garcia	1049151688	Paletera	36.5			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	

RYO Construcciones SAS

PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SINTOMAS

FECHA: 01-12-2020 RYO CONSTRUCCIONES SAS Punto: La Heredia - Santacruz.

Marca con una X según corresponda

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CEDULA	CARGO	TEMPERATURA		¿Fiebre?		¿Tos Seca?		¿Dificultad para Respirar?		¿Dolor de Cabeza?		¿Dolor Muscular?		¿Contacto Estrecho?		¿Perdida del gusto y/o olfato?		¿Ha estado en contacto con alguien diagnosticado con COVID-19?		¿Ha Tenido Contacto con Personas con Sintomas Gripales o Diagnosticadas con COVID-19?		¿Ha Tenido contacto Cercano (Menos de 2 Metros) con Personas que hayan Viajado en los Ultimos 14 Días?		FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
ENTRADA	SALIDA				INGRESO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
6:54	5:08	FABIO ALBERTO RIVERA ORGALES	71.594.025	OFICIAL	—	—	—		—		—		—		—		—		—		—		—		—		—		—	
		JAMES ALEXANDER GONZALEZ GOMEZ	1.039.736.223	OFICIAL	35.4	36.0	X		X		X		X		X		X		X		X		X				X		James G
		ALVIS ANTONIO ACEVEDO ALVAREZ	10.263.737	AYUDANTE	36.2	35.3	X		X		X		X		X		X		X		X		X				X		Alvis A.
		NESTOR ALFONSO ARDILA DA ALVAREZ	19.348.777	AYUDANTE	36.3	35.8	X		X		X		X		X		X		X		X		X				X		Nestor A
		FERNANDO SERNA MACHADO	4.613.987	AYUDANTE	34.2	36.2	X		X		X		X		X		X		X		X		X				X		Fernando S

Escaneado con CamScanner

RYO Construcciones SAS.

PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SINTOMAS

FECHA: 10-12-2020 RYO CONSTRUCCIONES SAS Punto: La Honda - Senadores.

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CEDULA	CARGO	TEMPERATURA		Marca con una X según corresponda																				FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
ENTRADA	SALIDA				INGRESO	SALIDA	¿Fiebre?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Perdida del Olfato y el Gusto?		¿Contacto Reciente?		¿Congestión Nasal?		¿Presentaba Malestar General?		¿Ha Estado en Contacto con Personas con Sintomas Gripales?		¿Ha Tenido Contacto con Personas que Hayan Estado en el Exterior?			
							SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
7:14	4:47	FABIO ALBERTO RIVERA ORDUZ	73.194.822	OFICIAL	—	—	—		—		—		—		—		—		—		—		—		—			
		JAMES ALEXANDER GONZALEZ GOMEZ	1.051.765.223	OFICIAL	34.2	34.9	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X			James G
		ALIRIO ANTONIO ACEVEDO ALVAREZ	12.555.797	AYUDANTE	34.6	35.4	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X			Alirio A
		NESTOR ALFONSO ARDILLESA ALVAREZ	77.140.777	AYUDANTE	35.7	34.8	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X			Nestor A
		FRANKMAN SERNA MACHADO	4.213.587	AYUDANTE	34.3	34.9	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X			Frankmans

Escaneado con CamScanner

		DOCUMENTO
	PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SÍNTOMAS	VERSIÓN: 1
		Página 1 de 1

FECHA: 23/11/2020 — Viernes 11 Diciembre 2020.

Marca con una X según corresponda

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		¿Fiebre?		¿Tos seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Pérdida del Sentido del Olfato?		¿Dolorcillas Musculares?		¿Congestión Nasal?		¿Presentado en los últimos 14 días síntomas de Gripa?		¿Ha Estado en el Municipio en los Últimos 14 Días?		¿Ha Tenido Contacto con Personas que Hayan Estado en otro Municipio o Ciudad?		¿Ha Tenido Contacto Estrecho con Personas que Hayan Presentado o Estado en Aislamiento Preventivo?		FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
ENTRADA	SALIDA				INGRESO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
4:30		David Ulloa	10179861	Conductor	365			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	David Ulloa	
4:33		Jorge Lopez	1035910785	Conductor	364			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Jorge Lopez	
4:34		Maycelly Ocon	23344160	Peletera	365			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Maycelly U	
4:35		Deisy Ciro	1037448812	Peletera	364			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Deisy Ciro	
4:37		Alberto de Jesus	98512515	Conductor	363			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Alberto Jesus	
4:38		Fabio Lopez	10755835	Conductor	365			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
4:39		Paula Arismendi	1037940	Peletera	366			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Paula Arismendi	
4:40		Omar Albeiro	1087819613	Conductor	367			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Omar Albeiro	
4:42		Maria C Ciro	1128385741	Peletera	365			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Maria C Ciro	
4:43		Felipe Jaramillo	1035918553	Conductor	364			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Felipe Jaramillo	
4:44		Cesar Augusto	1087819613	Conductor	365			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Cesar Augusto	
4:45		Oscar Zapata	71535350	Conductor	366			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Oscar Zapata	
4:47		Algondo Mendoza	70755971	Conductor	367			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Algondo M	
4:50		Nolberto Arango	70381378	Conductor	366			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Nolberto Arango	

	PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SÍNTOMAS	DOCUMENTO	
		VERSIÓN: 1	
		Página 1 de 1	

FECHA: 23/11/2020 — Viernes 11 Diciembre 2020

Marca con una X según corresponde

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		¿Fiebre?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Perdida del Gusto y/o del olfato?		¿Escalofrío o Temblores?		¿Congestión Nasal?		¿Procedente de Lugares de Riesgo?		¿Ha Estado en el Municipio en los últimos 14 Días?		¿Ha Tenido Contacto con Personas con Virus Confirmado de otro Municipio o Ciudad?		¿Un Familiar Cercano Tiene los síntomas Mencionados o Ha Tenido Diagnostico Confirmado?		FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
ENTRADA	SALIDA				INGRESO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
7:30		Natalia García	1041151708	Palotera	36.3			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:33		Wendy Ramírez	1041128945	Cocinera	36.4			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:33		Salome Tejada	1020412314	Palotera	36.5			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		

	PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SÍNTOMAS	DOCUMENTO VERSIÓN: 1 Página 1 de 1

FECHA: 07/12/2020

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		Marca con una X según corresponda																						FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
							¿Fiebre ?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Perdida del Gusto y/o del olfato?		¿Fortalecido Previamente?		¿Congestión Nasal?		¿Procedente de Lugares de Riesgo?		¿No Salido del Municipio en los Últimos 14 Días ?		¿No Tenido Contacto con Personas que Hayan Llegado de otro Municipio o Ciudad?		¿No Tenido Contacto Cercano Sin Usar Mascarilla con Alguna Persona a Quien se sospechara o le Haya Diagnosticado Coronavirus?			
ENTRADA	SALIDA				INGRESO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
7:00	5:00	Natalia Yepes	[illegible]	Social	36.4			X		X		X		X		X		X		X	X		X		X				X		
11	11	Jesco [illegible]	[illegible]	[illegible]	36.5			X		X		X		X		X		X		X	X		X		X		X		X		
11	11	[illegible]	[illegible]	[illegible]	36.8			X		X		X		X		X		X		X	X		X		X				X		

Escaneado con CamScanner

	PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SÍNTOMAS	DOCUMENTO VERSIÓN: 1 Página 1 de 1

FECHA: 09-Diciembre-2020

Marca con una X según corresponda

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		¿Fiebre?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Perdida del Gusto y/o del olfato?		¿Estornudo Frecuente?		¿Congestión Nasal?		¿Frecuencia de Lavado de Manos?		¿Ha Salido del Municipio en los Ultimos 14 Días?		¿Ha Tenido Contacto con Personas que Hayan Llegado de otro Municipio o Ciudad?		¿Ha Tenido Usted Contacto Durante los Ultimos 14 días con Algun Persona a Quien le sospechen o le Haya Diagnosticado Coronavirus?		FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
ENTRADA	SALIDA				INGRESO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
7:00	5:00	Catalina P		Res. SST	36,3			Y		Y		Y		Y		Y		Y		Y	Y		Y		Y				Y		
9:00	11	Humberto S		Director	35,7																									
7:00	4	Francisco H		Res. Obra	36,3			X		X		X		X		X		X		X		X		X				X		
7:00	4	Carlos Isaí		Inspector Obra	36,6			X		X		X		X		X		X		X		X		X				X		
7:00	4	Natalia Y		Res. Social	36,6			X		X		X		X		X		X		X	X		X		X					
7:00	11	Wilmar		Tecnologo	36,1			X		X		X		X		X		V		X	X		X		X					

Visible.

	PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SÍNTOMAS	DOCUMENTO VERSIÓN: 1 Página 1 de 1

FECHA: 09 - DICIEMBRE - 2020

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		Marca con una X según corresponda																						FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
							¿Fiebre ?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Perdida del Gusto y/o del olfato?		¿Cansancio Persistente?		¿Congestión Nasal?		¿Frecuencia de Lavado de Manos?		¿Ha Salido del Municipio en los Ultimos 14 Dias ?		¿Ha Tenido Contacto con Personas que Hayan Llegado de otro Municipio o Ciudad?		¿Ha Tenido Usted Contacto Durante los Ultimos 14 dias con Alguna Persona a Quien le sospechen o le haya Diagnosticado Coronavirus?			
ENTRADA	SALIDA				INGRESO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
7:30 AM		Juan R. Cancha		Recepcion	36.3			X		X		X		X		X		X		X	X											
10:30 AM		Juan Oyuela		Recepcion	35.7																											

		DOCUMENTO
	PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SINTOMAS	VERSIÓN: 1
		Página 1 de 1

FECHA: 10- Diciembre -2020

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		Marca con una X según corresponda																				FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
							¿Fiebre ?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Perdida del Gusto y/o del olfato?		¿Presentado Fiebre?		¿Congestión Nasal?		¿Presentado en Lapso de Meses?		¿Ha Salido del Municipio en los Ultimos 14 Días ?		¿Ha Tenido Contacto con Personas que Hayan Llegado de otro Municipio o Ciudad?		¿Ha Tenido Unidad Conviccio Durante los Ultimos 14 dias con Alguna Persona a Quien le respectivo o le Haya Diagnosticado Coronavirus?		
ENTRADA	SALIDA				INGRESO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
9:00	500pm	Wilmer Jiménez		Inspector 1	35.2			X		X		X		X		X		X		X		X	X		X			X		
7:00	500pm	Carlos León	1116257878	Inspector	36.3			X		X		X		X		X		X		X		X			X			X		
7:00	500pm	Natalia Yepes		asesora social	36.6			X		X		X		X		X		X		X		X		X				X		
7:00	500pm	Catalina P	1020804219	R. SST	36.2			X		X		X		X		X				X		X		X				X		
7:00	500pm	Fernando Hinc		D. Obra	35.7			X		X		X		X		X				X		X		X				X		

Escaneado con CamScanner

	PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SÍNTOMAS	DOCUMENTO VERSIÓN: 1 Página 1 de 1

FECHA: 11 - Diciembre 2020

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		Marca con una X según corresponda																						FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
							¿Tiene ?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Pérdida del Gusto y/o del olfato?		¿Estornudo Frecuente?		¿Congestión Nasal?		¿Permanecio en Lugares de Masas?		¿No Salio del Municipio en los Ultimos 14 Días ?		¿No Tuvieto Contacto con Personas que Hayan Llegado de otro Municipio o Ciudad?		¿No Tuvieto Contacto Durante los Ultimos 14 dias con Alguna Persona a Quien le asignaron o le Hayn Diagnosticado Coronavirus?			
ENTRADA	SALIDA				INGRESO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
7:00	2:00pm	Natalia Yepes	1037590124		36.4°			X		X		X		X		X		X		X	X		X		X				X	
700	300	Estefany P		Res. SST	36			X		X		X		X		X		X		X	X		X		X				X	
700	500	Humberto		Director	36.1			X		X		X		X		X		X		X	X		X		X				X	
700	11	Francisco H		Res. Obra	35.9			X		X		X		X		X		X		X	X		X		X				X	
11	11	Carlos José		Ayud Obra	36.4			X		X		X		X		X		X		X	X		X		X				X	

Escaneado con CamScanner

464

FECHA: 07/12/2020

PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SINTOMAS

DOCUMENTO
VERSIÓN: 1
Página 1 de 1

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CEDULA	CARGO	TEMPERATURA		Marca con una X según corresponda																						FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
ENTRADA	SALIDA				ENTRADA	SALIDA	¿Fiebre?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Contacto con alguien con Sintomas de COVID?		¿Convivientes Positivos?		¿Compañeros Positivos?		¿Personas de la Casa en Riesgo?		¿Ha Tenido del Mencionados en los últimos 14 Días?		¿Ha Tenido Contacto con Personas que Hayan Estado en Alto Riesgo en Casa?		¿Ha Tenido Contacto Estrecho Dentro los Últimos 14 días con Personas Confirmadas o Sospechosas de COVID? (Compañeros o Familiares)			
							SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
7	5	Heldebrando Vargas Urrego	72116467	Encargado de Obra	26.5	25.5	X		X		X		X		X		X		X		X			X		X		X		
7	5	Rodrigo Antonio Mesa Vanegas	70100993	Rastrillero	25.2	26.2	X		X		X		X		X		X		X		X			X		X		X		
7	5	Julian Alonso Galeano	1001224018	Rastrillero	25.5	24.4	X		X		X		X		X		X		X		X			X		X		X		
7	5	Roger Garcia Quiroz	1000194557	Ligiero	25.3	26.2	X		X		X		X		X		X		X		X			X		X		X		
7	5	Mario Nel Gaviria Gaviria	71641765	Ayudante de obra	26.5	26.2	X		X		X		X		X		X		X		X			X		X		X		
7	5	Vicente Machado Pinilla	1247951237	Ayudante de obra	26.6	26.4	X		X		X		X		X		X		X		X			X		X		X		
7	5	Ivan de Jesus Chavarria Chavarria	8429243	Ayudante de obra	26.2	25.4	X		X		X		X		X		X		X		X			X		X		X		
7	5	Harol Jose Serna Giraldo	1001189429	Ayudante de obra	26.2	26.4	X		X		X		X		X		X		X		X			X		X		X		
7	5	Wilmar Alejandro Tabares Agudelo	1006883606	Ayudante de obra	26.0	26.2	X		X		X		X		X		X		X		X			X		X		X		
7	5	Germán Antonio Mayquota Mosquera	71364045	Ayudante de obra	25.5	25.6	X		X		X		X		X		X		X		X			X		X		X		
							X		X		X		X		X		X		X		X			X						
							/																							

48

465

FECHA: 19/12/2020

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CEDULA	CARGO	TEMPERATURA		FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
ENTRADA	SALIDA							
7	6:30	Hildebrando Vargas Ortega	70110187	Encargado de Obra	36.6	35.5		
7	6:30	Rodrigo Antonio Mora Vanegas	70100995	Kastrillero	35.2	36.8		
7	5:30	Julian Antonio Galeano	1001226018	Kastrillero	36.2	36.7		
7	5:30	Roger Garcia Quiros	1000194557	Liguero	36.6	36.4		
7	5:30	Mario Itel Garcia Gaviria	71641765	Ayudante de obra	36.2	36.4		
7	5:30	Vicente Machado Portilla	1147951237	Ayudante de obra	36.3	36.5		
7	5:30	Ivan de Jesus Chavarria Chavarria	3423241	Ayudante de obra	35.2	36.6		
7	5:30	Harol Jose Jorna Jaramillo	1001189429	Ayudante de obra	36.3	36.5		
7	6:30	Wilmar Alejandro Taborda Agudelo	1000883600	Ayudante de obra	36.5	36.7		
7	5:30	Germen Antonio Mosquera Mosquera	71384045	Ayudante de obra	35.6	35.6		

		DOCUMENTO
	PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SINTOMAS	VERSION: 1
		Página 1 de 1

FECHA 05/12/2020

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		Marca con una X según corresponda																						FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
ENTRADA	SALIDA				INGRESO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
7	5:35	Hildebrando Vargas Urrego	70516487	Encargado de Obra	34.5	36.2	X		X		X		X		X			X		X	X			X		X		X		
7	5:30	Rodrigo Antonio Mesa Vanegas	70190993	Rastrillero	36.7	36.1	X		X		X		X		X			X		X	X			X		X		X		
7	4:30	Julian Alonso Galeano	1001226018	Rastrillero	36.7	36.2	X		X		X		X		X			X		X	X			X		X		X		
7	6:30	Roger Garcia Quiroz	1000194557	Liguero	36.0	36.0	X		X		X		X		X			X		X	X			X		X		X		
7	5:30	Mario Ivel Gaviria Gaviria	71641705	Ayudante de obra	36.5	36.2	X		X		X		X		X			X		X	X			X		X		X		
7	6:30	Vicente Machado Pinilla	1147951237	Ayudante de obra	36.2	36.5	X		X		X		X		X			X		X	X			X		X		X		
7	5:30	Ivan de Jesus Chavarria Chavarria	3423241	Ayudante de obra	36.1	36.1	X		X		X		X		X			X		X	X			X		X		X		
7	4:30	Harol Jose Serna Giraldo	1001389429	Ayudante de obra	35.2	36.2	X		X		X		X		X			X		X	X			X		X		X		
7	5:30	Wilmar Alejandro Tabares Agudelo	1000883506	Ayudante de obra	36.5	36.2	X		X		X		X		X			X		X	X			X		X		X		
7	5:30	Germin Antonio Mosquera Mosquera	71364045	Ayudante de obra	36.3	36.2	X		X		X		X		X			X		X	X			X		X		X		

FLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SINTOMAS

DOCUMENTO
VERSIÓN 1
Página 1 de 1

FECHA 16/12/2020

Marca descarta X según corresponda

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		¿Fiebre?		¿Tos Seca?		¿Dolor en Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Perdida del Gusto y/o del olfato?		¿Secreción Purulenta?		¿Congestión Nasal?		¿Escalofrios o Temblor?		¿Ha estado en Aislamiento en los últimos 14 Días?		¿Ha Tenido Contacto con Personas que Hayan Estado en Aislamiento en los Ultimos 14 Días?		¿Ha Tenido Contacto Estrecho (Abrazos, Besos, Estar a menos de 2 metros) con Personas a los Cuales se les Haya Diagnosticado COVID19?		FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
ENTRADA	SALIDA				INGRESO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
7	4:30	Hildebrando Vargas Urrego	70116487	Encargado de Obra	36.2	36.5		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
7	4:30	Rodrigo Antonio Mesa Vanegas	70100993	Rastrillero	35.4	36.6		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
7	5:30	Julian Alonso Galeano	1001226018	Rastrillero	36.4	35.7		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
7	5:30	Roger Garcia Quiroz	1000194557	Liguero	36.2	35.7		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
7	5:30	Mario Nel Gaviria Gaviria	71641705	Ayudante de obra	35.5	36.5		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
7	4:30	Vicente Machado Perilla	1147951237	Ayudante de obra	36.4	36.4		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
7	4:30	Ivan de Jesus Chavarria Chavarria	3423241	Ayudante de obra	35.6	35.5		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
7	4:30	Heryl Jose Serna Giraldo	1001269429	Ayudante de obra	36.4	36.6		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
7	5:30	Wilmar Alejandro Taborez Agudelo	1000883506	Ayudante de obra	36.6	36.4		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
7	5:30	Germin Antonio Mosquera Mosquera	71254045	Ayudante de obra	36.7	36.5		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
7	4:30																														
7	5:30																														

Mantenimiento y Mejoras Limitada

PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE ANTORAS

DOCUMENTO | VERSION: 1 | Pagina 1 de 1

FECHA: 5/10/2020

Marca con una X según corresponda

HORARIO ENTRADA	HORARIO SALIDA	NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA INGRESO	TEMPERATURA SALIDA	¿Fiebre? SI	¿Fiebre? NO	¿Tos Seca? SI	¿Tos Seca? NO	¿Dolor de Garganta? SI	¿Dolor de Garganta? NO	¿Dificultad para Respirar? SI	¿Dificultad para Respirar? NO	¿Presenta Dolor de Cuerpo sin Razón Aparente? SI	¿Presenta Dolor de Cuerpo sin Razón Aparente? NO	¿Presencia de Lesiones en Manos? SI	¿Presencia de Lesiones en Manos? NO	¿Ha Estado en Contacto con Personas con Síntomas de COVID-19? SI	¿Ha Estado en Contacto con Personas con Síntomas de COVID-19? NO	¿Ha Tenido Contacto con Personas que Hayan Estado en Contacto con Personas con Síntomas de COVID-19? SI	¿Ha Tenido Contacto con Personas que Hayan Estado en Contacto con Personas con Síntomas de COVID-19? NO	FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
7:00	4:00	Willian Ceballos			35.3	34.9	X		X		X		X		X		X			X		X		X	Willian
7:00	4:00	Diego posada			34.4	34.7	X		X		X		X		X		X			X		X		X	Diego PS
7:00	4:00	Hubar flores			35.7	35.3	X		X		X		X		X		X			X		X		X	Hubar Flo
7:00	4:00	Robello Atehortua			34.3	34.00	X		X		X		X		X		X			X		X		X	Robello
7:00	4:00	Freddi espinoza			34.8	34.4	X		X		X		X		X		X			X		X		X	Freddi esp
7:00	4:00	Daniel castaño			34.00	34.00	X		X		X		X		X		X			X		X		X	Daniel
7:00	4:00	mauricio castaño			34.9	34.4	X		X		X		X		X		X			X		X		X	mauricio
7:00	4:00	Hernan cardona			35.4	34.8	X		X		X		X		X		X			X		X		X	Hernan ca
7:00	4:00	Diego Hincapie			35.4	34.8	X		X		X		X		X		X			X		X		X	Diegohin
7:00	4:00	Diego posada			34.9	35.2	X		X		X		X		X		X			X		X		X	Diego PS
7:00	4:00	Robello Atehortua			34.2	35.1	X		X		X		X		X		X			X		X		X	Robello
7:00	4:00	Freddi espinoza			34.2	35.5	X		X		X		X		X		X			X		X		X	Freddi
7:00	4:00	Daniel castaño			34.3	35.8	X		X		X		X		X		X			X		X		X	Daniel
7:00	4:00	mauricio castaño			34.1	36.3	X		X		X		X		X		X			X		X		X	mauricio
7:00	4:00	Hernan cardona			34.7		X		X		X		X		X		X			X		X		X	Hernan ca
7:00	4:00	Diego Hincapie			35.6	35.6	X		X		X		X		X		X			X		X		X	Diego Hin
7:00	4:00	Wilian Ceballos			35.5	34.8	X		X		X		X		X		X			X		X		X	Willian
7:00	4:00	Diego posada			34.0	34.0	X		X		X		X		X		X			X		X		X	Diego PS
7:00	4:00	Robello Atehortua			34.3	35.3	X		X		X		X		X		X			X		X		X	Robello
7:00	4:00	Freddi espinoza			34.5	35.4	X		X		X		X		X		X			X		X		X	Freddi esp
7:00	4:00	Diego Hincap			34.9	35.8	X		X		X		X		X		X			X		X		X	Diego Hinca
7:00	4:00	Daniel castaño			34.3	35.0	X		X		X		X		X		X			X		X		X	Daniel
7:00	4:00	Mauricio castaño			34.8	35.3	X		X		X		X		X		X			X		X		X	mauricio
[illegible]																									

4 DE diciembre

5 de diciembre

6 de diciembre

469

		DOCUMENTO
	PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SINTOMAS	VERSIÓN: 1
FECHA	1/10/2020	Página 1 de 1

RIO	NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CEDULA	CARGO	TEMPERATURA		Marca con una X según corresponda																				FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
SALSA				INGRESO	SALIDA	¿Fiebre?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Perdida del sentido olfato/gusto?		¿Diarrea?		¿Dolor de Cabeza?		¿Presentaste Dolor Muscular?		¿Has estado mas de 48 horas en Bogotá en los últimos 14 Días?		¿Has Tenido Contacto con Personas con Riesgo Exposición en este Momento o Cuidado?		¿Has Tenido Estado Confinado, Cuarentena los últimos 14 días con Alguna Persona a Cargo o Sospechosa o Caso Confirmado?		
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	Jesus Uribe			35.7	36.1		X		X		X		X		X		X		X	✓			X		X		X	
2	Andres P.			35.4	36.0		X		X		X		X		X		X	✓			X		X		X		X	Andres P.
3	Diego Parra			35.5	35.8		X		X		X		X		X		X	✓			X		X		X		X	Diego
4	Bernardo A.			35.4	36.0		X		X		X		X		X		X	✓			X		X		X		X	Bernardo
5	Andres Londoño			35.4	35.8		X		X		X		X		X		X	✓			X		X		X		X	Yuneri A.
6	Ramiro Cuervo			34.7	36.1		X		X		X		X		X		X	✓			X		X		X		X	Reinaldo
7	Diego Osorio			35.8	35.0		X		X		X		X		X		X	✓			X		X		X		X	Diego Arcila
8	Libar Gallego			35.9	36.4		X		X		X		X		X		X	✓			X		X		X		X	Libar G
1	Jesus Uribe			36.1	36.0		X		X		X		X		X		X	✓			X		X		X		X	
2	Ramiro Cuervo			36.0	36.3		X		X		X		X		X		X	✓			X		X		X		X	Reinaldo
3	Andres Parra			36.2	36.7		X		X		X		X		X		X	✓			X		X		X		X	Andres P.
4	Diego Parra			36.2	36.8		X		X		X		X		X		X	✓			X		X		X		X	Diego
5	Andres Londoño			35.9	36.0		X		X		X		X		X		X	✓			X		X		X		X	Yuneri A.
6	Diego Osorio			35.0	36.0		X		X		X		X		X		X	✓			X		X		X		X	Diego Arcila
7	Libar Gallego			36.0	36.1		X		X		X		X		X		X	✓			X		X		X		X	Libar G
8	Bernardo Arias			36.0	36.1		X		X		X		X		X		X	✓			X		X		X		X	Bernardo
1	Jesus Uribe			35.5	35.8		X		X		X		X		X		X	✓			X		X		X		X	
2	Ramiro Cuervo			35.1	34.9		X		X		X		X		X		X	✓			X		X		X		X	Reinaldo
3	Diego Osorio			35.3	35.1		X		X		X		X		X		X	✓			X		X		X		X	Diego Arcila
4	Libar Gallego			35.1	35.2		X		X		X		X		X		X	✓			X		X		X		X	Libar G
5	Andres Londoño			35.0	35.0		X		X		X		X		X		X	✓			X		X		X		X	Yuneri A.
6	Bernardo Arias			35.6	35.8		X		X		X		X		X		X	✓			X		X		X		X	Bernardo
7	Diego Parra			35.0	35.1		X		X		X		X		X		X	✓			X		X		X		X	Diego
8	Andres Parra			35.7	36.0		X		X		X		X		X		X	✓			X		X		X		X	Andres

08/12/20 08/12/20 07/12/20

470

		DOCUMENTO
	PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SINTOMAS	VERSIÓN: 1
		Página 1 de 1

FECHA 1/10/2020

RIO	NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA	Marca con una X según corresponda																				FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
					¿Fiebre ?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Dificultad con Gusto y/o Olfato?		¿Diarrea?		¿Cansancio Inusual?		¿Presentado en 2 puntos de Control?		¿En Caliente del Municipio en los Últimos 14 Días ?		¿En Territorio Circunvecino con Alguna Categoría de alto Riesgo de Contagio o Muerte?		¿En Territorio Distrital Caracterizado Durante los Últimos 14 días con Alguna Persona o Sitio de Aislamiento o En Proceso Diagnóstico? Circunstancia?			
SALIDA				INGRESO SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
	Deisa Ulloa			35.9 35.0	X		X		X		X		X		X		X		✓			X		X		X		
	Ramiro Cuervo			35.1 35.4	X		X		X		X		X		X		X		✓			X		X		X	Ramiro	
	Andres Londoño			35.2 36.1	X		X		X		X		X		X		X		✓			X		X		X	Andres L.	
	Andres Parejo			35.2 36.1	X		X		X		X		X		X		X		✓			X		X		X	Andres P.	
	Leiber Tellez			35.0 35.8	X		X		X		X		X		X		X		✓			X		X		X	Leiber T.	
	Diego Parejo			35.8 35.2	X		X		X		X		X		X		X		✓			X		X		X	Diego	
	Bernardo Arias			36.1 36.0	X		X		X		X		X		X		X		✓			X		X		X	Bernardo	
	Diego Gloria			35.4 36.4	X		X		X		X		X		X		X		✓			X		X		X	Diego Arcila	
	Deisa Ulloa			35.2 36.0	X		X		X		X		X		X		X		✓			X		X		X		
	Ramiro Cuervo			35.4 36.1	X		X		X		X		X		X		X		✓			X		X		X	Ramiro	
	Andres Londoño			35.0 36.8	X		X		X		X		X		X		X		✓			X		X		X	Andres L.	
	Bernardo Arias			36.1 36.0	X		X		X		X		X		X		X		✓			X		X		X	Bernardo	
	Andres Parejo			35.4 36.0	X		X		X		X		X		X		X		✓			X		X		X	Andres P.	
	Diego Parejo			35.0 36.2	X		X		X		X		X		X		X		✓			X		X		X	Diego	
	Diego Gloria			36.1 36.9	X		X		X		X		X		X		X		✓			X		X		X	Diego Arcila	
	Deisa Ulloa			35.9 36.2	X		X		X		X		X		X		X		✓			X		X		X		
	Bernardo Arias			35.4 36.4	X		X		X		X		X		X		X		✓			X		X		X	Bernardo	
	Ramiro Cuervo			35.0 36.1	X		X		X		X		X		X		X		✓			X		X		X	Ramiro	
	Diego Parejo			35.1 36.0	X		X		X		X		X		X		X		✓			X		X		X	Diego P.	

12/12/20 11/12/20 12/12/20

JEAG Ingeniería SAS Guatapé – San Rafael

Daniel Hernandez Coordinador

PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SÍNTOMAS

DOCUMENTO | VERSIÓN: 1 | Página 1 de 1

FECHA: 01/10/2020 (14/12/20)

Marca con una X según corresponda

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		¿Fiebre?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Pérdida del Olfato y/o del sabor?		¿Diarrea?		¿Congestión Nasal?		¿Presentó de Lunes de Mayo?		¿Ha Estado del Municipio en los últimos 14 días?		¿Ha Tenido Contacto con Personas que Hayan Llegado de esa Ciudad?		¿Ha Tenido Usted Contacto Estrecho (a menos de 2 mts) con Alguna Persona a Quien le Hayan Diagnosticado Coronavirus?		FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
ENTRADA	SALIDA				INGRESO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
7AM	4PM	Wilinton moreno	71193791	Ayudante	36.1	36.2		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Wilinton	Sin novedad
7AM	4PM	Esneck Londoño	70196826	Guadañero	35.9	360		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Esneck Londoño	Sin novedad
7AM	4PM	Oscar Reis	70163999	Guadañero	36.1	36.2		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Oscar Reis	Sin novedad
7AM	4PM	Norberto Giraldo	70165469	Guadañero	35.5	35.4		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Norberto	Sin novedad
7AM	4PM	Carlos Arboleda	80493037	Ayudante	36.3	36.6		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Anthony Londoño	Sin novedad
7AM	4PM	Anthony londoño	1037949062	Ayudante	35.7	35.7		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Esneck Esn	Sin novedad
7AM	4PM	Daniel Hernandez	1001116998	Coordinador	36.4	363		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Daniel Her.	Sin novedad
7AM	4PM	Cristian Carmona	1041201286	Ayudante	36.1	360		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Cristian Z	Sin novedad
7AM	4PM	Oscar Zapata	70828423	Ayudante	35.9	35.4		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Oscar Zapata	Sin novedad
7AM	4PM	Edinson Tascon	1035430512	Ayudante	36.0	36.2		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Edinz Tascon	Sin novedad
7AM	4PM	Jader Ramirez	1032252667	Ayudante	36.1	36.1		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	JADER MILL	Sin novedad
7AM	4PM	Elmer Garcia	1037976043	Ayudante	35.5	35.6		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Elmer Gar	Sin novedad

47

	JEAG Ingeniería SAS Guatapé – San Rafael	DOCUMENTO
	Daniel Hernandez Coordinador PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SÍNTOMAS	VERSIÓN: 1
FECHA	01/10/2020 (15/12/20	Página 1 de 1

HORARIO		HOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		Marco con una X según corresponda																								FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
							¿Fiebre?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Perdida del Olfato y/o del sabor?		¿Diarreas Frecuentes?		¿Cansancio Inusual?		¿Permanece en Lugares de Riesgo?		¿Ha tenido del Aislamiento en las Ultimas 14 Días?		¿De Tratado Contacto con Personas que Hayan Llegado de otro Municipio o Ciudad?		¿Ha Tenido Usted Contacto Dentro las Ultimas 14 días con Alguien Presente Síntomas Gripales Independiente de la Vega Diagnosticado Coronavirus?			
ENTRADA	SALIDA				INGRESO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
7AM	4PM	Wilinton moreno	71193994	Ayudante	35.9	36.1		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Wilinton	Sin novedad
7AM	4PM	Esneck Londoño	71196836	Guardañera	36.1	36.0		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Juan Londoño	Sin novedad
7AM	4PM	Oscar Ruis	70163999	Guardañero	36.0	36.1		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Oscar Ruis	Sin novedad
7AM	4PM	Norberto Giraldo	70165469	Guardañero	36.1	35.9		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Norberto	Sin novedad
7AM	4PM	Carlos Arboleda	8049307	Ayudante	36.2	35.9		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Anthony Londo	Sin novedad
7AM	4PM	Anthony Londoño	1037949062	Ayudante	36.3	36.2		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Esneck Ruis	Sin novedad
7AM	4PM	Daniel Hernandez	1001016998	Coordinador	36.1	36.1		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Daniel Her.	Sin novedad
7AM	4PM	Cristian Coneano	1041201386	Ayudante	35.5	35.6		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Cristian Z	Sin novedad
7AM	4PM	Oscar Zapata	70823423	Ayudante	36.2	36.1		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Gabriel Gallo	Sin novedad
7AM	4PM	Edinson Tascon	1045431051	Ayudante	36.0	36.3		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Edinz Tascon	Sin novedad
7AM	4PM	Jader Ramirez	1037252667	Ayudante	35.8	35.9		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	JAder mills	Sin novedad
7AM	4PM	Elmer Garcia	1037976043	Ayudante	35.9	36.0		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Elmer Gar	Sin novedad

JEAG Ingeniería S.A.S Gualoe – San Rafael

Daniel Hernandez Cordinador PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SINTOMAS

DOCUMENTO | VERSIÓN: 1 | Página 1 de 1

FECHA 01/10/2020 (16/12/20

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		Marca con una X según corresponda																						FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
							¿Fiebre?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Perdida del Olfato y/o del sabor?		¿Enfermedad Pulmonar?		¿Congestión Nasal?		¿Permanecio en Lugares de Mucha?		¿Ha tenido este Síntoma en los Ultimos 14 Días?		¿Ha Tenido Contacto con Personas que Hayan Llegado de otro Municipio o Ciudad?		¿Ha Tenido Usted Contacto Estrecho con Alguna Persona a Quien le Hayan Diagnosticado Coronavirus?			
ENTRADA	SALIDA				INGRESO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
7AM	4PM	Wilinton moreno	91193 990	Ayudante	36.0	36.1		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Wilinton	Sin novedad
7AM	4PM	Cesar Londoño	70196836	Guadañero	36.1	36.3		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Juan Londoño	Sin novedad
7AM	4PM	Oscar Ruis	70163999	Guadañero	36.3	36.4		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Oscar Ruis	Sin novedad
7AM	4PM	Norberto Giraldo	70165819	Guadañero	35.5	35.6		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Norberto	Sin novedad
7AM	4PM	Carlos Arboleda	8049307	Ayudante	35.9	35.9		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Anthony Londo	Sin novedad
7AM	4PM	Anthony Londoño	1037949062	Ayudante	36.0	36.2		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Edwin Ruiz	Sin novedad
7AM	4PM	Daniel Hernandez	1094146998	Cordinador	36.3	36.3		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Daniel Her.	Sin novedad
7AM	4PM	Cristian Serrano	1041204286	Ayudante	36.1	36.0		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Cristian Z	Sin novedad
7AM	4PM	Oscar Parra	70828423	Ayudante	36.1	35.9		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Oscar Parra	Sin novedad
7AM	4PM	Edinson Tascon	1045420512	Ayudante	36.3	35.8		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Edinson Tascon	Sin novedad
7AM	4PM	Jader Ramirez	1032252667	Ayudante	35.7	35.6		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	JADER MILLS	Sin novedad
7AM	4PM	Elmer Correa	1037976043	Ayudante	35.9	35.7		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Elmer Correa	Sin novedad

SG	JEAG Ingeniería S.A.S Guatapé – San Rafael Daniel Hernandez Cardiador PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SÍNTOMAS	DOCUMENTO VERSIÓN: 1 Página 1 de 1	

FECHA: 01/10/2020 (17/12/20

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		Marca con una X según corresponda																				FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
							¿Fiebre ?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Perdida del Olfato y/o del sabor?		¿Escalofrios Frecuentes?		¿Congestion Nasal?		¿Procedente de Lugares de Riesgo?		¿En Estos dos Ultimos 14 Dias ?		¿En Estos dos Ultimos 14 Dias Estuvo en Contacto con Personas que Hayan Llegado de otro Municipio o Ciudad?		¿En Estos dos Ultimos 14 dias usted Presenta los Siguientes Sintomas?			
INGRESO	SALIDA				INGRESO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
7AM	4PM	Wilinton moreno	71193791	Ayudante	36.0	36.0		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Wilinton	Sin novedad
7AM	4PM	Franck Londoño	70196826	Guadañero	36.5	36.3		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Juan Londoño	Sin novedad
7AM	4PM	Oscar Reis	70163999	Guadañero	35.9	35.7		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Oscar Reis	Sin novedad
7AM	4PM	Norberto Giraldo	70165449	Guadañero	35.3	35.2		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Norberto	Sin novedad
7AM	4PM	Carlos Arboleda	8049307	Ayudante	36.2	36.0		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Jathyz Londo	Sin novedad
7AM	4PM	Anthony Londoño	1037949062	Ayudante	36.3	36.5		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Carlos Fer	Sin novedad
7AM	4PM	Daniel Hernandez	1036996998	Cardiador	36.1	35.11		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Daniel Her.	Sin novedad
7AM	4PM	Cristian Cardona	1041381386	Ayudante	36.3	36.1		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Cristian Z	Sin novedad
7AM	4PM	Oscar Zapata	70838423	Ayudante	36.4	35.8		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Brayan Ferll	Sin novedad
7AM	4PM	Edinson Tascon	1035430512	Ayudante	36.0	35.7		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Edinson Tascon	Sin novedad
7AM	4PM	Jader Ramirez	1032252667	Ayudante	36.2	36.1		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	JAder ram	Sin novedad
7AM	4PM	Elmer Garcia	1037976043	Ayudante	36.1	36.0		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X	Elmer Gar	Sin novedad

JEAG Ingeniería S.A.S Guatapé – San Rafael

Daniel Hernandez Coordinador PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SINTOMAS

DOCUMENTO | VERSIÓN: 1 | Página 1 de 1

FECHA: 01/10/2020 (18/12/20

Marca con una X según corresponda

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		¿Fiebre ?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Perdida del Gusto y/o del olfato?		¿Enfermedad Pulmonar?		¿Diagnostico de Asma?		¿Presencia de Lesión de Piel?		¿Ha Estado del Municipio en los últimos 14 Días ?		¿Ha Tenido Contacto con Personas que Hayan Llegado de otro Municipio o Ciudad?		¿Ha Tenido Usted Contacto Durante los últimos 14 días con Alguna Persona a Quien le Hayan Diagnosticado Coronavirus?		FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
ENTRADA	SALIDA				INGRESO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
7AM	4PM	Wilinton Moreno	71193991	Ayudante	35.7	35.9		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Wilinton	Sin novedad
7AM	4PM	Erick Londoño	70196836	Guadañero	36.1	36.0		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Erick Londoño	Sin novedad
7AM	4PM	Oscar Ruiz	70163999	Guadañero	36.3	36.1		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Oscar Ruiz	Sin novedad
7AM	4PM	Wilberto Giraldo	70165049	Guadañero	36.4	36.5		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Wilberto	Sin novedad
7AM	4PM	Carlos Arboleda	8049307	Ayudante	35.9	36.1		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Anthony Londo	Sin novedad
7AM	4PM	Anthony Londoño	1037949062	Ayudante	35.3	35.2		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Edwin Fun	Sin novedad
7AM	4PM	Daniel Hernandez	1040436998	Coordinador	35.8	35.8		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Daniel Her.	Sin novedad
7AM	4PM	Cristian Cataño	1041204186	Ayudante	36.1	36.1		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Cristian C.	Sin novedad
7AM	4PM	Oscar Garcia	70838423	Ayudante	36.0	36.3		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Angel Gallo	Sin novedad
7AM	4PM	Edinson Tascon	1045439513	Ayudante	36.1	36.0		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Edinson Tascon	Sin novedad
7AM	4PM	Jader Ramirez	1032251667	Ayudante	36.0	36.1		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	JADER RAMI	Sin novedad
7AM	4PM	Elmer Garcia	1037976043	Ayudante	36.0	36.2		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Elmer Gar	Sin novedad

547

SGS | JEAG. Ingenieria S.A.S (III/12/20) | San Carlos — San Rafael

PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SÍNTOMAS

DOCUMENTO | VERSIÓN: 1 | Página 1 de 1

FECHA: 01/10/2020 | Oscar Hernandez cordinador

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		Marco con una X según corresponda																						FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
							¿Fiebre?		¿Tos seca?		¿Dificultad respiratoria?		¿Dificultad para Respirar?		¿Perdida del Olfato y/o del sabor?		¿Estornuda Frecuente?		¿Congestión Nasal?		¿Secreción de Lagrimeo en Ojos?		¿Un familiar del Conductor en los últimos 14 Días?		¿Un Tercero Cercano que Presente Sintomas Viaja en su Vehiculo?		¿Un Tercero Cercano Cumple con Alguna Persona a Cargo en condición de Riesgo Epidemiológico Preexistente?			
ENTRADA	SALIDA				INGRESO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
7 AM	4 PM	Wilson Monsalbe	1018411866	Guadañero	36.9	36.5		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Wilson M.	Sin novedad
7 AM	4 PM	Oairon Ceballos	1007577208	Guadañero	36.1	35.1		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Oairon C.	Sin novedad
7 AM	4 PM	Anselmo Usme	70126116	Ayudante	35.2	35.2		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	ANSELMO U.	Sin novedad
7 AM	4 PM	Alvaro Alvarez	15537540	Ayudante	35.0	36.3		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Alvaro A.	Sin novedad
7 AM	4 PM	Sanbaste Echeverri	1007411379	Ayudante	35.5	36.0		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Sebastian E.	Sin novedad
7 AM	4 PM	Ramirez Estiven	1035881615	Ayudante	36.3	35.1		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Estiven R.	Sin novedad
7 AM	4 PM	Didier Leon	1001514999	Ayudante	36.1	35.5		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Didier L.	Sin novedad
7 AM	4 PM	Julio Ramirez	71258852	Guadañero	36.0	35.5		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Julio R.	Sin novedad
7 AM	4 PM	Oscar Hernandez	70580118	Cordinador	35.6	36.5		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Oscar H.	Sin novedad

NOMBRE DEL CONTRATISTA	JEAG. Ingeniería S.A.S (15/12/20)	San Carlos – San Rafael	DOCUMENTO
		PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SÍNTOMAS	VERSIÓN 1
FECHA	01/10/2020	Oscar Hernandez cordinador	Página 1 de 1

Marca con una X según corresponda

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		¿Fiebre?		¿Tos seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Fatiga del Cuello y/o del abdomen?		¿Secreción Persistente?		¿Congestión Nasal?		¿Presentaba en Ultimos 14 días?		¿Ha Salido del Municipio en los Ultimos 14 días?		¿En Tiempo Cercano con Personas que Hayan Llegado de Alto Contagio o Diabetes?		¿Ha Tenido Contacto Directo Durante los Ultimos 14 días con Alguna Persona a Quien le Hayan Diagnosticado Coronavirus?		FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
ENTRADA	SALIDA				ENTRADA	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
7 AM	4 PM	Wilson Monsalve	1035421606	Guadañero	35.7	36.1		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Wilson M.	Sin novedad
7 AM	4 PM	Oaiver Ceballos	1037677209	Guadañero	35.5	36.5		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Oaiver C.	Sin novedad
7 AM	4 PM	Aurelino Usme	70124476	Ayudante	36.8	35.5		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Aurelino U.	Sin novedad
7 AM	4 PM	Alvaro Alvarez	15377340	Ayudante	36.5	35.5		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Alvaro A.	Sin novedad
7 AM	4 PM	Santiago Echeverri	1037421459	Ayudante	35.1	35.7		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Santiago E.	Sin novedad
7 AM	4 PM	Ramires Estiven	1035282845	Ayudante	36.2	36.0		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Ramires E.	Sin novedad
7 AM	4 PM	Didier Leon	1035282845	Ayudante	36.3	36.2		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Didier L.	Sin novedad
7 AM	4 PM	Jairo Ramirez	71282852	Guadañero	36.0	35.1		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Jairo R.	Sin novedad
7 AM	4 PM	Oscar Hernandez	1035801116	Cordinador	35.5	36.8		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Oscar H.	Sin novedad

DEAG. Ingeniería S.A.S — San Carlos – San Rafael (16/12/20)

PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SINTOMAS

DOCUMENTO | VERSIÓN: 1 | Página 1 de 1

FECHA: 09/10/2020 — Ocaris Hernandez cordinador

Marca con una X según corresponda

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		¿Fiebre?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para respirar?		¿Perdida del Gusto y/o del olfato?		¿Estuvo en Aislamiento Preventivo?		¿Congestión Nasal?		¿Presentó en Ultimos 14 Días?		¿En Todos los Contactos con Personas Con Virus Ha Utilizado la Mascarilla de Manera Correcta?		¿En Todos los Contactos con Personas Con Virus Ha Utilizado la Mascarilla de Manera Correcta?		¿En Todos los Contactos con Personas Con Virus Ha Utilizado la Mascarilla de Manera Correcta?		FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
ENTRADA	SALIDA				ENTRADA	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
7 AM	4 PM	William Monsalve	1035871766	Guachinero	35.3	36.7		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	William Monsalve	Sin novedad
7 AM	4 PM	Daiver Caballos	1035871748	Guachinero	35.2	36.8		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Daiver C.	Sin novedad
7 AM	4 PM	Anselmo Usme	70164476	Ayudante	36.3	35.0		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Anselmo Usme	Sin novedad
7 AM	4 PM	Alvaro Albares	1035871340	Ayudante	36.0	36.2		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Alvaro Albares	Sin novedad
7 AM	4 PM	Santiago Echeverri	1007411871	Ayudante	36.1	35.7		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Santiago Echeverri	Sin novedad
7 AM	4 PM	Ramirez Estiven	1001528165	Ayudante	35.1	36.5		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Ramirez Estiven	Sin novedad
7 AM	4 PM	Didier Leon	1001528981	Ayudante	35.2	36.3		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Didier Leon	Sin novedad
7 AM	4 PM	Jairo Ramirez	70198852	Guachinero	36.5	35.6		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Jairo Ramirez	Sin novedad
7 AM	4 PM	Ocaris Hernandez	1035871481	Cordinador				X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Ocaris H	Sin novedad

	JEAS. Ingeniería S.A.S — San Carlos – San Rafael		DOCUMENTO
	PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SERVICIOS		VERSIÓN 1
FECHA	01/10/2020 (17/12/20)		Página 1 de 1

Ocaris Hernandez cordinador

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		Marca con una X según corresponda																								FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
							¿Fiebre ?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Perdida del Sentido del Olfato?		¿Enfermedad Pulmonar?		¿Diagnóstico Asma?		¿Procedente de Lugares de Riesgo?		¿Ha Estado del Municipio en los Ultimos 14 Días ?		¿Ha Tenido Contacto con Personas que Hayan Llegado de una Ubicación o Ciudad?		¿Ha Tenido Usted Contacto Estrecho los Ultimos 14 días con Alguna Persona a Quien le Hayan Diagnosticado Coronavirus?			
ENTRADA	SALIDA				INGRESO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
7 AM	4 PM	Wilson Monsalbe	1035871864	Guadaniero	36.5	36.1		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Wilson Monsalbe	Sin novedad
7 AM	4 PM	Dairon Ceballos	1007247209	Guadaniero	36.3	36.2		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Dairon C.	Sin novedad
7 AM	4 PM	Yiseima Usme	1035871476	Ayudante	35.2	35.3		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	ANDERSON G.	Sin novedad
7 AM	4 PM	Alvaro Alvares	1152375340	Ayudante	35.1	35.0		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Alvaro	Sin novedad
7 AM	4 PM	Sneider Echeverri	1035871871	Ayudante	35.7	35.5		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Santiago E.	Sin novedad
7 AM	4 PM	Ramirez Estiven	1035872145	Ayudante	36.0	36.6		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Felipe	Sin novedad
7 AM	4 PM	Didier Leon	1035871882	Ayudante	36.8	36.8		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Didier Leon	Sin novedad
7 AM	4 PM	Juan Ramirez	1035872852	Guadaniero	35.6	36.7		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X		Sin novedad
7 AM	4 PM	Ocaris Hernandez	1035871419	Cordinador	35.6	35.1		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Ocaris H.	Sin novedad

SC	JEAO. Ingeniería S.A.S	San Carlos – Santander	DOCUMENTO
		FORMATO DE REPORTE DIARIO DE SÍNTOMAS	VERSIÓN 1
FECHA	01/10/2020 (08/12/20)		Página 1 de 1

Ocaris Hernandez cordinador

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		Marca con una X según corresponda: ¿Fiebre?		¿Tos seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Perdida del Olfato y/o del sabor?		¿Diarrea?		¿Cansancio?		¿Presentó en Lunes en Casa?		¿En Semana del Reporte en las Labores Ud Ejerce?		¿Ha Tenido Contacto con Personas que Hayan Llegado de otra Ciudad?		¿Ha Tenido Contacto Cercano Con Alguna Persona a Quien le Hayan Diagnosticado Coronavirus?		FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
ENTRADA	SALIDA				ENTRADA	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
7 AM	4 PM	Wilson Mauricio Velasquez	1098811866	Guadañero	36.2	36.4		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X		
7 AM	4 PM	Dairon Ceballos	1007477205	Guadañero	35.5	36.6		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X		
7 AM	4 PM	Alexeima Usme	1013644476	Ayudante	35.6	35.5		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X		
7 AM	4 PM	Alvaro Alvares	1098811340	Ayudante	36.7	35.3		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X		
7 AM	4 PM	Santiago Echeverri	1007477205	Ayudante	36.8	35.4		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X		
7 AM	4 PM	Ramiver Estiven	1098811866	Ayudante	35.0	36.7		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X		
7 AM	4 PM	Didier Leon	1098811866	Ayudante	35.1	36.3		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X		
7 AM	4 PM	Jairo Ramirez	1098811852	Guadañero	35.2	36.1		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X		
7 AM	4 PM	Ocaris Hernandez	1098811866	Cordinador	36.5	36.0		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X		

RYO Construcciones

FECHA 18-12-2020 SANTO DOMINGO Via vieja a Conocoto

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DE TRABAJADOR	CEDULA	CARGO	TEMPERATURA		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		FIRMA DEL TRABAJADOR	OBSERVACIONES
ENTRADA	SALIDA				MAÑANA	TARDE	E	S	E	S	E	S	E	S	E	S	E	S	E	S	E	S	E	S	E	S		
6:30	5:00	Ramiro Gabriel Sotalin Pilaguano		Obrero	36.5	36.5	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Ramiro Sotalin	
		Victor Hugo Villa Andrade		Ayudante	36.3	36.2	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Victor Villa	

Escaneado con CamScann

182

FECHA 16-12-2020 RITI CONSTRUCCIONES SAS Planta La Hondita - Bonanza

| | | | | TEMPERATURA | | | |

Mantenimiento y Mejoras Limitada

PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE RUTINAS

DOCUMENTO | VERSIÓN: 1 | Página 1 de 1

FECHA: 1/10/2020

Marca con una X según corresponda

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		¿Fiebre?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Presenta Sintomas Gripales?		¿Convivio Personas?		¿Congestión Nasal?		¿Presencia de Lesiones en la Piel?		¿En Ultima Semana Estuvo en Contacto con Personas que Hayan Llegado de otro Municipio o Ciudad?		¿En Ultimo Mes Estuvo en Contacto con Personas Diagnosticadas con COVID-19?		FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
ENTRADA	SALIDA				ENTRADA	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
7:00	4:00	William Cepeda			35.3	34.9	X		X		X		X		X		-				X		X		X				William
7:00	4:00	Diego posada			34.4	34.7	X		X		X		X		X		-				X		X		X				Diego PS
7:00	4:00	Hubey Flores			35.7	35.3	X		X		X		X		X		-				X		X		X				Hubey Flo
7:00	4:00	Robello Atehortua			34.3	34.00	X		X		X		X		X		-				X		X		X				Robello
7:00	4:00	Fredi espinoza			34.8	34.4	X		X		X		X		X		-				X		X		X				Fredi Esp
7:00	4:00	Daniel castaño			34.00	34.00	X		X		X		X		X		-				X		X		X				Daniel
7:00	4:00	Mauricio castaño			34.9	35.4	X		X		X		X		X		-				X		X		X				Mauricio
7:00	4:00	Hernan Cardona			35.4	34.8	X		X		X		X		X		-				X		X		X				Hernan ca
7:00	4:00	Diego Hincapie			35.4	34.8	X		X		X		X		X		-				X		X		X				Diegohinc
7:00	4:00	Diego posada			34.9	35.2	X		X		X		X		X		-				X		X		X				Diego PS
7:00	4:00	Robello Atehortua			34.2	35.1	X		X		X		X		X		-				X		X		X				Robello
7:00	4:00	Fredi espinoza			34.2	35.5	X		X		X		X		X		-				X		X		X				Fredi
7:00	4:00	Daniel castaño			34.3	35.8	X		X		X		X		X		-				X		X		X				Daniel
7:00	4:00	Mauricio castaño			36.1	36.3	X		X		X		X		X		-				X		X		X				Mauricio
7:00	4:00	Hernan cardona			34.7		X		X		X		X		X		-				X		X		X				Hernan ca
7:00	4:00	Diego Hincapie			35.6	35.6	X		X		X		X		X		-				X		X		X				Diego Hin
7:00	4:00	William Cepeda			35.3	34.8	X		X		X		X		X		-				X		X		X				William
8:00	4:00	Diego posada			34.0	34.0	X		X		X		X		X		-				X		X		X				Diego PS
7:00	4:00	Roberto Atehortua			34.3	35.3	X		X		X		X		X		-				X		X		X				Roberto
7:00	4:00	Fredi espinoza			34.5	35.4	X		X		X		X		X		-				X		X		X				Fredi Esp
7:00	4:00	Diego Hincap			34.9	35.8	X		X		X		X		X		-				X		X		X				Diego Hinca
7:00	4:00	Daniel castaño			34.3	35.0	X		X		X		X		X		-				X		X		X				Daniel
7:00	4:00	Mauricio castaño			34.8	35.3	X		X		X		X		X		-				X		X		X				Mauricio

4 DE diembre

5 DE Diembre

6 DE Diembre

PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE HISTORIAL

FECHA 23/11/2020

Jueves 14 / Diciembre 2020.

| HORARIO | | | CEDULA | CARGO | TEMPERATURA | | |

FECHA 23/11/2020

Jueves 14 Diciembre 2020

| HORARIO | | NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR | CEDULA | CARGO | TEMPERATURA | | |

FECHA Martes 15 Diciembre 2020

| HORARIO | | | | | TEMPERATURA | | | | |

FECHA 23/11/2020

Martes 15 Diciembre 2020

| HORARIO | | CEDULA | CARGO | TEMPERATURA | | |

FECHA 23/11/2020 Miercoles 16 Diciembre 2020

| HORARIO | | NOMBRES Y APELLIDOS COLABORADOR | CEDULA | CARGO | TEMPERATURA | | |

PLANILLA DE REGISTRO DIARIO DE ACTIVIDADES

FECHA 23/11/2020 Miercoles 16 Diciembre 2020

HORARIO		NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR	CEDULA	CARGO	TEMPERATURA																								FIRMA DEL TRABAJADOR
ENTRADA	SALIDA																												
4:59		Omar Alberto Osorio	11367810	Conductor	36.4		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		Omar Osorio
4:59		Yoban Morales	10204427	Conductor	36.3		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		Yoban Morales
5:00		Carlos Eduardo Suarez	10558544	Conductor	36.4		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		Carlos Suarez
5:02		Omar A Osorio	11367810	Conductor	36.3		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		Omar Osorio
5:04		Luis Arbelaez	04132897	Conductor	36.2		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		Luis Arbelaez

FECHA 23/11/2020

Jueves 17 Diciembre 2020

| HORARIO | | | | TEMPERATURA | | | |

FECHA 23/11/2020

Jueves, 17 Diciembre 2020

| HORARIO | | | | | TEMPERATURA | | | | |

	FORMULARIO DE REPORTE DIARIO DE SÍNTOMAS	CÓDIGO DOCUMENTO	
		VERSIÓN: 1	
		Página 1 de 1	

FECHA: 23/11/2020 — Jueves 17 Diciembre 2020

Marca con una X según corresponda

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		¿Fiebre?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Presenta mal Estado general o de salud?		¿Cansancio Excesivo?		¿Congestión Nasal?		¿Presencia de Cefalea o Dolores de Cabeza?		¿Ha tenido Contacto con Personas con Diagnóstico de COVID-19?		¿Ha tenido Contacto con Personas que tengan o hayan tenido síntomas de COVID-19?		¿Ha tenido Contacto Estrecho (Menos de 2 metros de distancia) con Personas Diagnosticadas con COVID-19?		FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
ENTRADA	SALIDA				NUMERO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO			
7:30		Oscar Zapata	71537350	Conductor	36.1			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Oscar Zapata	
7:33		Alejandro Montes	70755971	Conductor	36.3			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Alejandro Montes	
7:34		Norberto Arango	70381376	Conductor	36.4			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Norberto A	
7:35		Maria C. Cano	42853544	Paletero	36.5			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Maria C Cano	
7:36		Cesar Augusto	8093876 13	Conductor	36.4			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Cesar Augusto	
7:46		Felipe Jaramillo	10359438	Conductor	36.5			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Felipe Jaramillo	
7:42		Dario Villada	10179861	Conductor	36.2			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Dario Villada	
7:44		Jorge Lopez	1035910935	Conductor	36.4			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Jorge Lopez	
7:46		Omar Alberto	8078196 13	Conductor	36.5			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Omar Alberto	
7:48		Pedro Austriaco	10394 42030	Paletero	36.7			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Pedro Austriaco	
7:50		Fabio Lopez	70755855	Conductor	36.3			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:54		Alberto Jesus	98312575	Conductor	36.1			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Alberto Jesus	
7:57		Deisy Cano	10394 3312	Paletero	36.3			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Deisy Cano	
8:00		Mayerly Cano	23544160	Paletero	36.7			X		X		X		X		X		X		X		X										

		DOCUMENTO
	PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SÍNTOMAS	VERSIÓN: 1
		Página 1 de 1

FECHA: 23/11/2020 — Jueves 17 Diciembre 2020.

Marcar con una X la opción correspondiente

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		¿Dolor?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Perdida del Gusto y/o del olfato?		¿Escalofrío, Fiebre?		¿Congestión Nasal?		¿Presencia de Cansancio Muscular?		¿En Nuestro Hogar Alguien ha sido diagnosticado con COVID-19?		¿Ha Tenido Contacto con una Persona Diagnosticada con COVID-19?		¿Ha Tenido Alguna Condición Médica Que Le Dificulte Su Labor Con Mayor Riesgo de Contagio? (Hipertensión, Diabetes, Obesidad)		FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
ENTRADA	SALIDA				SOPLO	SÍLICA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
8:01		Jues Abdiel	1043207785	Conductor	36.4			X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Jues Abdiel	
8:04		Omar Alberto	7136782	Conductor	36.5			X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Omar Alberto	
8:05		Yhan Freddy Castro	1035220731	Conductor	36.4			X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Yhan Castro	
8:06		Carlos Hernandez	1095951144	Conductor	36.4			X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Carlos Hernandez	
8:07		Yohan Morales	1014247449	Conductor	36.1			X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	Yohan Morales	

		DOCUMENTO
	PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SINTOMAS	VERSION: 1
		Página 1 de 1

FECHA: 23/11/2020 — Jueves 14 / Diciembre 2020.

Marca con una X según corresponda

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		¿Fiebre?		¿Tos seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Perdida del Gusto o/o olfato?		¿Cansancio Inusual?		¿Congestión Nasal?		¿Presentaba en Contacto con Alguien?		¿Ha Tenido Dolor Abdominal en las ultimas 24 Horas?		¿Ha Tenido Contacto con Personas que Hayan Regresado de otros Municipios o Ciudades?		¿Ha Tenido Contacto Directo Durante los Ultimos 14 días con Personas Portadoras o Dentro de Hospitales de la Mujer?		FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
ENTRADA	SALIDA				ENTRADA	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
7:30		Alexis de Jesus	1155125615	Conductor	36.5			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:33		Reiny Ciro	1037985512	Paletero	36.3			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:34		Jorge Lopez	1035986985	Conductor	36.4			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:35		Dario Ulloa	10119861	Conductor	36.1			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:37		Mayerly Urca	33544160	Paletera	36.2			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:39		Fabio Lopez	70755555	Conductor	36.4			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:40		Alberto Arango	70381373	Conductor	36.5			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:42		Alejandro Hurtado	70755911	Conductor	36.4			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:43		Oscar Zapata	71357350	Conductor	36.5			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:46		Cesar Augusto	1007979613	Conductor	36.5			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:48		Felipe Jaramillo	1035971555	Conductor	36.4			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:49		Maria C. Ciro	1128333711	Paletera	36.5			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:50		Oscar Alberto	1007979613	Conductor	36.5			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:52		Paulo Aristobal	1035971050	Paletero	36.4			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		

414

		DOCUMENTO
	PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SINTOMAS	VERSIÓN: 1
		Página 1 de 1

FECHA: 23/11/2020 — Jueves 14 Diciembre 2020

Marca con una X según corresponda

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CEDULA	CARGO	TEMPERATURA		¿Fiebre?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Perdida del Gusto y/o del olfato?		¿Cansancio Prolongado?		¿Congestión Nasal?		¿Presencia de Lesiones en Manos?		¿En la ultima Semana se ha Ausentado de Clase?		¿Ha Tenido Contacto con Personas que Tengan o Sospecha de ellos Sintomaticos o Positivos?		¿En Nuestro Centro Contamos con Alcohol Glicerinado y Toallas de Papel?		FIRMA DEL ELABORADOR	OBSERVACIONES
ENTRADA	SALIDA				INGRESO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
7:54		Johan Mendez	8-704-2349	Conductor	36.1			X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X	Johan Mendez
7:55		Carlos Rodriguez	8-358-1144	Conductor	36.4			X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X	Carlos Rodriguez
7:58		Jhon Fidel Cutero	8-935-2051	Conductor	36.3			X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X	Jhon Fidel Cutero
7:59		Omar Alberto Dixon	8-367870	Conductor	36.4			X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X	Omar Alberto Dixon
8:00		Jesus Abelaez	6-713-1725	Conductor	36.5			X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X	Jesus Abelaez

DOCUMENTO
VERSIÓN: 1
Página 1 de 1

PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE EXITOMAS

FECHA: 23/11/2020 — Miercoles 16 Diciembre 2020

Marca con una X según corresponda

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CEDULA	CARGO	TEMPERATURA	¿Fiebre?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Perdida del Gusto y/o del olfato?		¿Diarrea?		¿Vomitos?		¿Transmisión de la Covid-19 en Familia?		¿Ha Estado del Contagio en los ultimos 14 Días?		¿Ha Tenido Contacto con Personas con Sintomas o Diagnosticadas con Covid-19?		¿Ha Tenido Contacto Cercano Familiar con Sintomas, ha sido un Caso Positivo o Estado en Aislamiento o En Espera Disponibilidad Covid-19?		FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
ENTRADA	SALIDA				INGRESO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
7:30		Maria Cano	1115355941	Taletera	36.2			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:31		Omar Alberto	1007819613	Conductor	36.7			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:32		Paula Arostegui	1037946059	Taletera	36.5			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:34		Fabian Lopez	70755815	Conductor	36.4			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:35		Alberto Jesus	70512515	Conductor	36.1			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:38		Perez Cano	1037945122	Taletera	36.5			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:40		Mayerly Urrea	25344160	Taletera	36.4			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:42		Jorge Lopez	1035807855	Conductor	36.3			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:43		Dario Villada	10179861	Conductor	36.1			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:44		Felipe Jaramillo	1035911555	Conductor	36.4			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:46		Cesar Augusto	1007819613	Conductor	36.5			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:50		Oscar Zapata	71332330	Conductor	36.4			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:54		Alejandro Tuberquia	70755941	Conductor	36.1			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7:56		Alberto Arango	70351373	Conductor	36.6			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		

		DOCUMENTO
	PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE BÁTONAS	VERSIÓN 1
		Página 1 de 1

FECHA: 23/11/2020 — Miercoles 16 Diciembre 2020

Marca con una X según corresponda

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA	¿Fiebre ?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Perdida del Olfato y/o del Gusto?		¿Dolores Musculares?		¿Congestión Nasal?		¿Presentación de 3 o mas de estos?		¿Ha tenido del Diagnóstico en los últimos 14 Días ?		¿Ha tenido Contacto con Personas que tengan o hayan sido diagnosticados con COVID19?		¿Ha tenido Estado Febril en los últimos 14 días sin Ningún Proceso o Estado de Inmunidad o de Vacunación o de Viaje Dispuesto por Gobernación?		FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
ENTRADA	SALIDA				INGRESO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
7:59		Omar Alexander Osorio	71367870	Conductor	36.4			X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X		
7:59		Yohan Mendez	1020447744	Conductor	36.3			X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X		
8:00		Carlos Alejandro	1035535474	Conductor	36.4			X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X		
8:02		Omar A Osorio	71367870	Conductor	36.3			X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X		
8:04		Luis Arbelaez	1041528975	Conductor	36.2			X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X		

498

PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SINTOMAS

FECHA 14-12-2020 KYD CONSTRUCCIONES SAS Puesto La Mansla - La Secretaria

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CEDULA	CARGO	TEMPERATURA		¿Fiebre?		¿Tos seca?		¿Dolor de cabeza?		¿Dificultad para Respirar?		¿Perdida del Gusto y/o olfato?		¿Dolor muscular?		¿Congestion Nasal?		¿Malestar en General o fatiga?		¿Ha tenido en Municipio en los ultimos 14 Dias ?		¿Ha Tenido Contacto con Personas que hayan viajado a regiones en otro Municipio o Ciudad?		¿Ha Tenido Contacto con Personas que hayan sido diagnosticadas con COVID-19?		FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
					INGRESO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
6:48	4:50	FABIO ALBERTO RIVERA CRISALES	79 584 825	OPERAL	34.2	36.1		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Fabio R	
		[illegible]	[illegible]	OPERAL	36.2	36.2		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	James G	
		ALIRIO ANTONIO ALEVIS DIAZ ALVAREZ	19.365.781	AYUDANTE	36.5	36.4		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Alirio A	
		NESTOR ALFONSO ALEVIS DIAZ ALVAREZ	93.388.777	AYUDANTE	36.1	36.4		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Nestor A	
		FRANKMAR SERNA MACHADO	4.813.987	AYUDANTE	35.2	35.9		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	Frankmar S	

Escaneado con CamScann

FECHA 15-12-2020 RYO CONSTRUCCIONES SAS Puesto: La Heroica - Sincelejo

HORARIO			CEDULA	CARGO	TEMPERATURA		¿Fiebre?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Perdida del Gusto y/o del olfato?		¿Familiares Enfermos?		¿Compañeros Enfermos?		¿Presentaron síntomas de COVID?		¿Ha Estado en Contacto con Personas con COVID 15 Días?		¿Ha Tenido Contacto Estrecho Sin Protección con Personas Diagnosticadas con COVID?		¿Ha Tenido Contacto Estrecho Sin Protección con Personas Sintomáticas?		FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
ENTRADA	SALIDA				ENTRADA	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
6:21	5:55	FABIO ALBERTO RIVERA ORDALES	71.184.925	OFICIAL	37.0	35.9		X		X		X		X		X		X		X	X		X		X			X		X	Fabio R.
		JAIRO ALEXANDER RODRIGUEZ ORTIZ	1.025.138.225	OFICIAL	34.7	36.2		X		X		X		X		X		X		X	X		X		X			X		X	Jairo R.
		ALIRIO ANTONIO ACEVEDO ALVAREZ	15.263.737	AYUDANTE	36.2	36.3		X		X		X		X		X		X		X	X		X		X			X		X	Alirio A.
		NELSON ALFONSO ARRIETA ALVAREZ	15.348.777	AYUDANTE	36.4	36.6		X		X		X		X		X		X		X	X		X		X			X		X	Nelson A.
		FRANKMIRES SILVA MACHADO	4.913.917	AYUDANTE	34.1	34.8		X		X		X		X		X		X		X	X		X		X			X		X	Frankmires S.

Escaneado con CamScanner

500

FECHA 16-12-2020 Para conservaciones en Punto La Honda - Sinaloa

NÚMERO				TEMPERATURAS														
655502				34.0	35.3	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	Silvia R
				34.2	36.5	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	Juana G
				35.7	35.2	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	Nora A
				36.1	35.8	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	Lesly B
				34.3	35.4	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	Fernanda

Escaneado con CamScanner

FECHA 18-12-2020 BYD CONSTRUCCIONES SAS Proyecto: La Meseta - Sector 4C

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL TRABAJADOR	CEDULA	CARGO	TEMPERATURA		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		OBSERVACIONES DEL TRABAJADOR	OBSERVACIONES
ENTRADA	SALIDA				MAÑANA	TARDE	E	S	E	S	E	S	E	S	E	S	E	S	E	S	E	S	E	S	E	S	E	S	E	S	
7:04	5:17																														
					35.9	36.5	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X								Jornada Fría A Cortar A Trabajos	
					36.4	34.7	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X									
					35.6	36.3	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X									
					34.2	35.5	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X									

Escaneado con CamScann

		DOCUMENTO
	18 Diciembre 2020 PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SÍNTOMAS	VERSIÓN: 1
		Página 1 de 1

FECHA

Marca con una X según corresponda

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		¿Fiebre ?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Perdida del Gusto y/o el olfato?		¿Estornudo Frecuente?		¿Congestión Nasal?		¿Presencia de Lunares de Manos?		¿Ha Salido del Municipio en los Últimos 14 Días ?		¿Ha Tenido Contacto con Personas que Hayan Llegado de otro Municipio o Ciudad?		¿Ha Tenido Unidad Conviviente Durante los Últimos 14 días con Alguna Persona a Quien le sospechen o le Haya Diagnosticado Coronavirus?		FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
ENTRADA	SALIDA				INGRESO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
700	500	Gabriel P		R. SST	36,4	36		X		X		X		X		X		X		X	X		X		X				X		
700	11	Juan Esteban	1.5[illegible]	Aux SST	36,5	36,2		X		X		X		X		X		X		X	X		X		X				X		
11	11	Daniela G. H.	1.[illegible]	R. Amb	36,4	36		X		X		X		X		X		X		X	X		X		X				X	Daniela G H.	
11	"	Cristian León	1.[illegible]	Inspector	35,7	36		X		X		X		X		X		X		X	X		X		X				X		
7:000	5:00	Wilmer [illegible]	1.[illegible]	Conductor	36,1	36,2		X		X		X		X		X		X		X	X		X		X				X		
V	V	Natalia Y.		R. Saml	36,4	36,3		X		X		X		X		X		V		V	X		X		X				X		

Escaneado con CamScanner

503

		DOCUMENTO
	PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SINTOMAS	VERSIÓN: 1
		Página 1 de 1

FECHA: 17 Diciembre 2020

Marca con una X según corresponda

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		¿Fiebre ?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Perdida del Gusto y/o del olfato?		¿Cansancio Inusual?		¿Congestión Nasal?		¿Presencia de Lesión de Riesgo?		¿Ha Sabido del Municipio en los Ultimos 14 Dias ?		¿Ha Tenido Contacto con Personas que Hayan Llegado de otro Municipio o Ciudad?		¿Ha Tenido Usted Contacto Durante los Ultimos 14 dias con Alguna Persona a Quien le sospechen o le haya Diagnosticado Coronavirus?		FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
ENTRADA	SALIDA				INGRESO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
11	11	Juan Echeverri	1152	AUX 3ST	36,7	36,4		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X		
7:00	5:00	Daniela Gu		R. Amb.	36,6	36,5		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	Daniela G.	
11	11	Catalina P.		R SST	36,2	36,2		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X		
7.00	11	JUAN PAB		Conductor	36.8	36,7		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X					JUAN PABLO.	
7:00	5:00	Natalia Y		R Social	36,1	36,5		X		X		X		X		X		X		X		X		X	X					X		
7:00	5:00	Carlos Leiv	1128	Tapicero	36,9	36,4		X		X		X		X		X		X		X		X		X						X		
7:00	5:00	[illegible]	1064	Tapicero 2	36,7	36		X		X		X		X		X		X		X		X		X	X					X		

Escaneado con CamScanner

504

		DOCUMENTO
	Visitante	VERSIÓN: 1
	PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SÍNTOMAS	Página 1 de 1

FECHA: 16 Diciembre 2020

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		Marca con una X según corresponda																						FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
							¿Fiebre ?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Perdida del Gusto y/o del olfato?		¿Escalofrios Frecuentes?		¿Cansancio Inusual?		¿Presencia de Letargo de Manos?		¿Ha Salido del Municipio en los Ultimos 14 Dias ?		¿Ha Tenido Contacto con Personas que Vayan Llegando de otro Municipio o Ciudad?		¿Ha Tenido Usted Contacto Durante los Ultimos 14 dias con Alguna Persona a Quien le sospechen o le Haya Diagnosticado Coronavirus?			
ENTRADA	SALIDA				INGRESO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
8:00	10:00	Omar Segundo		Predial				X		X		X		X		X		X		X	X		X			X				
8:30	5:00	INSPECTOR O.			36.6			X		X		X		X		X		X		X	X				X				INSPECTOR O.	

	PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE BIENESTAR	DOCUMENTO VERSIÓN 1 Página 1 de 1

FECHA: 16/12/2020

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		Marca con una X según corresponda																				FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
							¿Fiebre ?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Perdidas del Gusto y/o del olfato?		¿Padeciendo Flemosis?		¿Congestión Nasal?		¿Fallecimiento de Familiar de Riesgo?		¿Ha Salido del Municipio en los Ultimos 14 Días ?		¿Ha Tenido Contacto con Personas que Hayan Llegado de otro Municipio o Ciudad?		¿Ha Tenido Usted Contacto Durante los Ultimos 14 días con Alguna Persona a Quien le respectiva es la Hoja Diagnostico del Coronavirus?			
ENTRADA	SALIDA				INGRESO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
7:00	3:00	Valentina Leiva	1118...	Instructor	36.7	36.7		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X				X		
7:15	5:00	Juan Esteban [illegible]	1152...	Aux SST	36.5	36.1		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X				X		
7:15	5:00	[illegible]	1020...	Aux SST	36.7	36.5		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X				X		
7:00	5:00	Daniela G. H.	1128...	R. Amb.	36.6	36.4		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X				X		
11	11	Natalia [illegible]		Conductor	36.1	36.3		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X				X		
7:00	11	Internas [illegible]		Conductor	36.1	36.4		X		X		X		X		X		X		X				X		X				X		
11	11	[illegible]	1088...	Conductor	36.0	36.7		X		X		X		X		X		X		X				X		X				X		

Escaneado con CamScanner

	PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SÍNTOMAS	DOCUMENTO VERSIÓN: 1 Página 1 de 1

FECHA: 15 Diciembre 2020

Marca con una X según corresponda

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CEDULA	CARGO	TEMPERATURA		¿Fiebre ?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Perdida del Gusto y/o del olfato?		¿Enfermedad Pulmonar?		¿Congestion Nasal?		¿Frecuencia de Lavado de Manos?		¿Ha Salido del Municipio en los Ultimos 14 Dias ?		¿Ha Tenido Contacto con Personas que Hayan Llegado de otra Municipio o Ciudad?		¿Ha Tenido Usted Contacto Durante los Ultimos 14 dias con Alguna Persona a Quien le sospechen o le Haya Diagnosticado Coronavirus?		FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
ENTRADA	SALIDA				INGRESO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
7:00	5:00	Juan Esteban	1152178587	Aux 3ST	36.8	36,5		X		X		X		X		X		V		X	X		X			X		X			
1	1'	Daniela G.H	1020805614	R. Amb	36,1	36,4		X		X		X		X		X		X		X	X		X			X		X		Daniela G.H	
11	1'	Catalina P	1024463891	R-EST	36,1	36,1		V		V		V		V		V		V		V	V		V			V		V			
1'	11	Natalia Y		Residente S	35,9	36,2		V		V		V		V		V		V		V	X					X		X			
7:00	11	JUAN CAMILO	1020762404	Conduc	36,8	36,7		X		X		X		X		X		X		X	X		X			X		X			
7:00	5:00	Carlos Ico	1118035178	Tecnologo	36,2	36,3		X		X		X		X		X		X		X	X		X								
1'	11	PAULA MARIA	1024548	TECNOLOGA	36,2	36		V		V		V		V		V		V		V	V		V								

Escaneado con CamScanner

	PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SÍNTOMAS	DOCUMENTO VERSIÓN 1 Página 1 de 1

FECHA: 14 - Diciembre - 2020.

Marca con una X según corresponda

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		¿Fiebre?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Pérdida del Gusto y/o del olfato?		¿Enfermedad Preexistente?		¿Congestión Nasal?		¿Ha tenido Contacto con Personas que Hayan Llegado de otro Municipio o Ciudad?				¿Ha Tenido Usted Contacto Durante los Últimos 14 días con Alguna Persona a Quien le Hayan Diagnosticado Coronavirus?		FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
ENTRADA	SALIDA				INGRESO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
700	600	Juan Echeverri	1053853529	AUX SST	36.7	36,7		X		X		X		X		X		X		X	X		X			X		X		
"	"	Daniela G. A.	1036625[illegible]	P. Amb	36,3	36,3		X		X		X		X		X		X		X	X		X			X		X	Daniela G. A.	
700am	500pm	Gabriel P.	1040[illegible]	RSST	36,9	36,7		X		X		X		X		X		X		X	X		X			X		X		
7.00	"	JUAN C.	1037[illegible]	Conduc	36.4	36,7		X		X		X		X		X		X		X	X		X			X		X	JUAN C.	
7:00	5:00	Carlos León	1128[illegible]	Inspector	36,2	36		X		X		X		X		X		X		X	X		X			X		X		
7:00	5:00	Lilibeth [illegible]	1037[illegible]	Tecnólogo	36.2	36,1		X		X		X		X		X		X		X	X		X			X		X		
"	"	Natalia Y		ASocial	35,9	36,1		X		X		X		X		X		X		X	X		X			X		X		

Escaneado con CamScanner

CONFIRMA TUS RESULTADOS	Mantenimiento y Mejoras Limitadas		DOCUMENTO
	PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SÍNTOMAS		VERSIÓN: 1
			Página 1 de 1

FECHA: 1/10/2020

Marca con una X según corresponda

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		¿Fiebre?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Pérdida del Gusto y/o del olfato?		¿Secreción Pulmonar?		¿Congestión Nasal?		¿Presencia de Llagas en la Boca?		¿Ha estado en contacto en los últimos 14 días?		¿Ha tenido Contacto con Personas que tengan Síntomas de esta Enfermedad o Diabetes?		¿Ha Tenido Contacto Cercano con personas Ya Diagnosticadas con COVID-19 Según Protocolos de Diabetes Respiratoria o Hospitalización Domiciliaria?		FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
ENTRADA	SALIDA				INGRESO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
7:00	4:00	William Ceballos			35.8	36.9	X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		William	
7:00	4:00	Roberto Atehortua			36.9	35.0	X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		Roberto	
7:00	4:00	Diego posada			35.7	36.5	X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		Diego PS	
7:00	4:00	Fredi espinoza			36.8	35.1	X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		Fredi esp	
7:00	4:00	Diego Hincapie			35.5	35.6	X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		Diego Hinc	
7:00	4:00	Daniel castaño			36.9	35.7	X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		Daniel cas	
7:00	4:00	Mauricio castaño			36.9	36.6	X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		Mauricio	
7:00	4:00	Hernan cardona			36.1	36.4	X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		Hernan Ca	
7:00	3:00	William Ceballos			35.3	36.6	X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		William	
7:00	3:00	Roberto Atehortua			35.8	36.5	X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		Roberto	
7:00	3:00	Diego posada			36.4	36.9	X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		Diego PS	
7:00	3:00	Fredi espinoza			36.3	35.3	X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		Fredi esp	
7:00	3:00	Diego Hincapie			35.8	35.6	X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		Diego Hin	
7:00	3:00	Daniel castaño			35.8	36.5	X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		Daniel	
7:00	3:00	Mauricio castaño			35.3	35.5	X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		Mauricio	
7:00	3:00	Hernan Cardona			35.6	35.7	X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		Hernan ca	
7:00		William Ceballos			35.4		X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		William	
7:00		Roberto Atehortua			35.0		X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		Roberto	
7:00		Diego posada			35.1		X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		Diego PS	
7:00		Fredi espinoza			36.8		X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		Fredi esp	
7:00		Diego Hincapie			35.2		X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		Diego Hin	
7:00		Daniel castaño			36.9		X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		Daniel	
7:00		Mauricio castaño			36.9		X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		Mauricio	
7:00		Hernan cardona			35.2		X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		Hernan	

69

DOCUMENTO
VERSIÓN: 1
Página 1 de 1

PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SINTOMAS

FECHA: 15 - DICIEMBRE - 2020 PAVIMENTAR

Marca con una X según corresponda

SALIDA	NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA INGRESO	TEMPERATURA SALIDA	¿Fiebre? SI	¿Fiebre? NO	¿Tos Seca? SI	¿Tos Seca? NO	¿Dolor de Garganta? SI	¿Dolor de Garganta? NO	¿Dificultad para Respirar? SI	¿Dificultad para Respirar? NO	¿Pérdida del Gusto y/o del olfato? SI	¿Pérdida del Gusto y/o del olfato? NO	¿Enfermedad Preexistente? SI	¿Enfermedad Preexistente? NO	¿Congestión Nasal? SI	¿Congestión Nasal? NO	¿Presentado Malestar en los Últimos 14 Días? SI	¿Presentado Malestar en los Últimos 14 Días? NO	¿Ha Estado en Contacto con Alguna Persona Diagnosticada con COVID-19 en los Últimos 14 Días? NO	FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
17:00	Elkin Humberto Castillero	8[illegible]	Operador	35.6	35.8		X		X		X		X		X		X		X	X			X	
17:00	Eder Usuga	1149[illegible]	Operador	35.4	35.8		X		X		X		X		X		X		X	X			X	
17:00	Hugo Alexander [illegible]	7[illegible]	Operador	36	35.8		X		X		X		X		X		X		X	X			X	
17:00	Daniel Espinal	153[illegible]	Lugada	35.9	36		X		X		X		X		X		X		X	X			X	
17:00	Edgar [illegible]	[illegible]	Topografo	35.5	35.8		X		X		X		X		X		X		X	X			X	
17:00	Jhojan Esteban Moreno	1[illegible]	Ayudante	35	35.8		X		X		X		X		X		X		X	X			X	
17:00	Jose E. Hincapie P.	7[illegible]	Op.	36.1	35.8		X		X		X		X		X		X		X	X			X	
17:00	Wilfredo Barrios	[illegible]	Encargado	35.9	35.9		X		X		X		X		X		X		X	X			X	
17:00	[illegible]	[illegible]	Ayudante	35	35.8		X		X		X		X		X		X		X	X			X	
17:00	[illegible]	[illegible]	Ayudante	35	35.9		X		X		X		X		X		X		X	X			X	
17:00	[illegible]	[illegible]	Ayudante	—	—		X		X		X		X		X		X		X	X			X	
17:00	[illegible]	[illegible]	Ayudante	35.9	36		X		X		X		X		X		X		X	X			X	
17:00	[illegible]	[illegible]	Ayudante	35	36		X		X		X		X		X		X		X	X			X	
17:00	Jhojan Moreno	7[illegible]	Ayudante																					

Escaneado con CamScanner

510

PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SINTOMAS

DOCUMENTO
VERSIÓN 1
Página 1 de 1

FECHA 14 - 12 - 2020 Payimentar

BARRIO	NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		¿Fiebre?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Perdida del Gusto y/o del olfato?		¿Congestión Nasal?		¿Congestión Nasal?		¿Presencia de Cansancio o Malestar General?		¿Ha tenido contacto con alguna persona con síntomas respiratorios?		¿Ha tenido contacto con alguna persona con síntomas respiratorios?	FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
HORA				MAÑANA	TARDE	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
17:00	Elmer Hernan	6[illegible]	Auxiliar	36.1	35.9		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
17:00	[illegible]	11[illegible]	Operador	36	35.8		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
17:00	Hugo Alexander [illegible]	71[illegible]	Auxiliar	36.1	35.9		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
17:00	Daniel Espinal	15[illegible]	Lavada	36	35.8		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
17:00	[illegible]	[illegible]	Torrijero	35.8	35.8		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
17:00	Jhojan Esteban Moreno	1065[illegible]	Mudante	35.8	36		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
17:00	Jose E. Hernandez	71[illegible]	Op.	35.9	35.8		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
17:00	Nilfredo Barrios	72[illegible]	Encargado	36.1	35.8		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
17:00	[illegible]	11[illegible]	Mandadero	36	35.8		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
17:00	[illegible]	10[illegible]	Auxiliar	35.9	35.9		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
17:00	Jorge M Molina	10[illegible]	Auxiliar	36.1	36		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
17:00	[illegible]	[illegible]	[illegible]	35.9	36.1		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
17:00	Juan M Lopez	71[illegible]	Ayudante	35.9	36		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	

Escaneado con CamScanner

511

GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL SAN MIGUEL DE LOS BANCOS	PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SÍNTOMAS	DOCUMENTO VERSIÓN 1 Página 1 de 1

FECHA: 14 Diciembre 2020

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		Marca con una X según corresponda																						FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
							¿Fiebre ?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Perdida del Gusto y/o del olfato?		¿Estornudo Frecuente?		¿Congestion Nasal?		¿Frecuencia de Lavado de Manos?		¿Ha Salido del Municipio en los Ultimos 14 Días ?		¿Ha Tenido Contacto con Personas que hayan Llegado de otro Municipio o Ciudad?		¿Ha Tenido Usted Contacto Durante los Ultimos 14 días con Alguna Persona a Quien le Hayan Diagnosticado Coronavirus?			
TRADA	SALIDA				INGRESO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
am	5	Marco Fidel Gonzalez	1038105.371	Oficial	32.2	32.4	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		MARCO	
am	5PM	Aduar Montoya	704205.71	Oficial	34.3	34.5	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		ADUAR	
am	5PM	Jose Maria Duran	1116.483.429	Aydual	36.8	36.8	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X			
am	5PM	Esteban Zalazar	70825676	Aydual	34.3	35.0	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		ESTEVAN	
am	5PM	Adalberto Sanchez	71.936961	Piloto	34.4	35.0	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		ADALBERTO	
am	5PM																															

5/2

CONSORCIO VIAL SUROCCIDENTE

DOCUMENTO
VERSIÓN: 1

PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SÍNTOMAS

Página 1 de 1

FECHA: 15- Diciembre 2020

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		Marca con una X según corresponda																						FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
							¿Fiebre?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Perdida del Gusto y/o del olfato?		¿Estornuda Frecuente?		¿Congestion Nasal?		¿Frecuencia de Lavado de Manos?		¿Ha Salido del Municipio en los Ultimos 14 Dias ?		¿Ha Tenido Contacto con Personas que Hayan Llegado de este Municipio a Ciudad?		¿Ha Tenido Contacto Durante los Ultimos 14 dias con Alguna Persona a Quien le Hayan Diagnosticado Coronavirus?			
ENTRADA	SALIDA				INGRESO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
6am	5PM	Esteban salazar	70825.676	Ayudant	329	330		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X		Leyla Vun
7am	5PM	Marco Fidel Gonzalez	1038.105.371	oficial	340	342		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X		MARCO C
6am	5PM	Adalberto sanchez	71936.961	Piloto	329	329		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X		ADALBERTO
6am	5PM	Jose Maria Duran	1116.1123.429	Ayudant	333	340		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X		
6am	5PM	Aduar Montoya	70.420.571	oficial	349	349		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X		ADUAR

		DOCUMENTO
	PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SÍNTOMAS	VERSIÓN 1
		Página 1 de 1

FECHA: 16- De Diciembre

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		Marca con una X según corresponda																										FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
							¿Fiebre ?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Perdida del Gusto y/o del olfato?		¿Cansancio Frecuente?		¿Congestion Nasal?		¿Frecuencia de Lavado de Manos?			¿Ha Salido del Municipio en los Ultimos 14 Días ?		¿Ha Tenido Contacto Durante los Ultimos 14 días con Alguna Persona a Quien le Sospechan o le Haya Diagnosticado Coronavirus?		FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
ENTRADA	SALIDA				INGRESO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
7am	5PM	Marco Fidel G	1038.105371	oficial	35.9	35.8		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	MARCO	
7am	5PM	Esteban salazar	70.825.676	Auxiliar	34.8	34.8		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X		
7am	5PM	Adalberto sanchez	71436.961	p.110	33.0	33.7		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X		
7am	5PM	Jovi Moladuran	1.116.193.479	Auxiliar	32.9	33.0		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X		
7am	5PM	Aduar Montaña	70420.571	oficial	35.0	33.0		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	ADUAR	

513

514

CONSORCIO VIAL SOS ORIENTE

PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SÍNTOMAS

DOCUMENTO
VERSIÓN: 1
Página 1 de 1

FECHA: 17- de DICIEMBRE 2020

Marca con una X según corresponda

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		¿Fiebre?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Perdida del Gusto y/o del olfato?		¿Estornudo Frecuente?		¿Congestion Nasal?		¿Frecuencia de Lavado de Manos?			¿Ha Salido del Municipio en los Ultimos 14 Dias?		¿HA TENIDO CONTACTO CON Personas que Hayan Llegado de otro Municipio o Ciudad?		¿Ha Tenido Usted Contacto Durante los Ultimos 14 dias con Alguna Persona a Quien le asignaron o le Haya Diagnosticado Coronavirus?		FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
ENTRADA	SALIDA				INGRESO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
7am	5PM	Marco Fidel Gonzalez	1038105371	oficial	35.8	35.9		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X	MARCO G	
7am	5PM	Alberto Montoya	70420571	oficial	35.8	35.8		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X		
7am	5PM	Abulderto sanchez	71936961	Piloto	36.3	36.5		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X		
7am	5PM	Jose Maria Duran	1116493429	Ayudante	35.8	35.9		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X		
7am	5PM	Esteban salazar	7025.67	Ayudan	36.8	37.0		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X		
7am	5PM	Dennis Ortega	13911.294	SST	36.2	36.2		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X		

	PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SÍNTOMAS	DOCUMENTO VERSIÓN 1 Página 1 de 1

FECHA: 18 - de diciembre

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CÉDULA	CARGO	TEMPERATURA		Marca con una X según corresponda																								FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
							¿Fiebre ? SI	 NO	¿Tos Seca? SI	 NO	¿Dolor de Garganta? SI	 NO	¿Dificultad para Respirar? SI	 NO	¿Perdida del Gusto y/o del olfato? SI	 NO	¿Extremudo Frecuente? SI	 NO	¿Congestion Nasal? SI	 NO	¿Frecuencia de Lavado de Manos? SI	 NO	¿Ha Salido del Municipio en los Ultimos 14 Días ? SI	 NO	¿Ha Tenido Usted Contacto Estrecho con Alguna Persona a Quien le Hayan Diagnosticado Coronavirus? SI	 NO		
ENTRADA	SALIDA				INGRESO	SALIDA																										
7am	5PM	Marco Didier General	6038.105.371	oficial	36.5	35.5		X		X		X		X		X		X		X	X		X		X			X	MARCO	
7am	5PM	Alberto Montoya	704.20.571	Oficial	35.5	34.9		X		X		X		X		X		X		X	X		X		X			X	ALBERTO	
7am	5PM	Adulberto Sanchez	7.1936.961	Oficio	36.2	35.0		X		X		X		X		X				X	X		X		X			X	Adulberto	
7am	5PM	Juan Maria Dubon	116.103.426	Ayudante	36.0	35.9		X		X		X		X		X				X	X		X		X			X	[illegible]	
7am	5PM	Esteban Salazar	708.25.670	Ayuda	36.0	36.0		X		X		X		X		X				X	X		X		X			X	Este V	
		Dennis Ortega	43.911.294		30.6	31.2		X		X		X		X		X				X	X		X		X			X	DVE	

55

516

VERSION 1

Página 1 de 1

PLANILLA DE REPORTE DIARIO DE SINTOMAS

FECHA: 16-DICIEMBRE-2020 PAVIMENTAR.

HORARIO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR	CEDULA	CARGO	TEMPERATURA		Marca con una X según corresponda																		FIRMA DEL COLABORADOR	OBSERVACIONES
							¿Fiebre?		¿Tos Seca?		¿Dolor de Garganta?		¿Dificultad para Respirar?		¿Perdida del Gusto y/o del olfato?		¿Enfermedad Pulmonar?		¿Congestión Nasal?		¿Presencia de Secreción Nasal?		¿Ha tenido contacto en los últimos 14 días con alguna Persona a Cuarentena o Aislamiento?	¿Ha tenido contacto en los últimos 14 días con alguna Persona a Cuarentena o Aislamiento?		
					INGRESO	SALIDA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO		
:00	17:00	Elibsun Hurtado	84.064....	Rastrillero	35.7	35.6		X		X		X		X		X		X		X	X	*		X	C	
:00	17:00	Eucebusga	11.792.774	Operador	36	35.4		X		X		X		X		X		X		X	X			X	X	
:00	17:00	Hugo Alexander	71.721....	Auxiliar	35.9	35.8		X		X		X		X		X		X		X	X			X	X	
:00	17:00	Daniel Espinal	1.533.70...	Ayudante	35.9	35.6		X		X		X		X		X		X		X	X			X	X	
:00	17:00	Edgar [illegible]	[illegible]	Operador	36	35.4		X		X		X		X		X		X		X	X			X	X	
:00	17:00	Jhojan Esteban Moreno	1.066.519....	Ayudante	36.1	35.8		X		X		X		X		X		X		X	X			X	X	
:00	17:00	José E. Hurtado P.	71.681....	OP.	35.8	35.8		X		X		X		X		X		X		X	X			X	X	
:00	17:00	Wilfredo Barrios	72.114....	Encargado	35.9	35.9		X		X		X		X		X		X		X	X			X	X	
:00	17:00	Elian [illegible]	1.102.367....	Ayudante	35.8	36		X		X		X		X		X		X		X	X			X	X	
:00	17:00	Jhojan Molina	1.038....	Ayudante	35.8	36.1		X		X		X		X		X		X		X	X			X	X	
:00		[illegible]	[illegible]	OP	—	—		—		—		—		—		—		—		—	—	—		—	—	
:00	17:00	Humberto [illegible]	[illegible]	Ayudante	35.9	36		X		X		X		X		X		X		X	X			X	X	
:00	17:00	Juan M [illegible]	71.713....	Ayudante	36	36.2		X		X		X		X		X		X		X	X			X	X	

Escaneado con CamScanner