	EVALUACION	CODIGO : FM-25
		VIGENCIA : Agosto 01/2021
		VERSION : 1

NOMBRE EMPLEADO:	Jeison Liceth Navarro				FECHA:	12-12-22		
CARGO A DESEMPEÑAR:	Operador				RESULTADO:			
ACTIVIDAD:	INDUCCION:		REINDUCCION:		CAPACITACION:		ENTRENAMIENTO:	

MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA CORRECTA

1. ¿Con cuáles de las siguientes políticas cuenta la organización en SST?

Política de Seguridad y Salud en el Trabajo	X
Política de sustancias tóxicas	
Política de mejoramiento continuo	
Política de calidad	
Política de no uso de alcohol, drogas y tabaquismo	
Política de mantenimiento	
Política de conservación ambiental	
Política de acoso laboral	

2. 2. ¿Qué es el comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST)?

Comité conformado por representantes de los trabajadores y de la empresa que vigila las actividades de seguridad y Salud en el	X
Una entidad del gobierno	
Comité conformado para resolver conflictos laborales	
Ninguna de las anteriores	

3. El comité paritario de seguridad y salud en el trabajo se elige: (AÑOS) y la reunión debe ser (MES)?

Cada año- 1 vez a la semana	X
Cada 2 año- Cada tres meses	
Cada 3 años – 1 vez al año	
Cada 2 años – 1 Vez al mes	

4. ¿ Que es un accidente laboral?

Accidente ocurrido en casa.	
Todo suceso repentino que sobrevenga a causa del trabajo, que produzca una lesión orgánica, una perturbación funcional, invali	
Ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de su labor aun fuera de su horario y lugar de trabajo.	X
Integración con los compañeros de trabajo después de la jornada laboral.	

5. De los siguientes riesgos, ¿cuáles corresponden a su trabajo?

Exposición a riesgo eléctrico	X
Radiaciones no ionizantes: computador	
Radiaciones no ionizantes: rayos solares, soldadura	
Caída al mismo nivel y a diferentes niveles resbalones, caída a etc.	
Exposición a riesgo biológico	
Ruido	
Riesgo biomecanico	

Powered by CamScanner

6. De las siguientes actividades, cuáles son consideradas como tareas críticas?

Izaje de carga	
Trabajo en alturas	X
Manejo de herramientas manuales	
Trabajo en espacios confinados	
Uso de computador	
Trabajos con maquina	
Uso de taladro	
Trabajos eléctricos	

7 cuales de los siguientes elemetos de proteccion personal deberia usar para la ejecucion de sus treas ?

uniforme completo	X
gafa	
casco	
guantes	
arnes de seguridad	
careta de soldador	
chaleco reflectivo	
protectores auditivos	
niguno de los aterlores	
botas de seguridad	

8 Que aspectos se generan en las actividades de la empresa, que pueden impactar al medio ambiente negativamente.

Generación de Ruido	
Residuos de químicos	X
Residuos de material particulado	
Ninguna de las anteriores	
Todas las anteriores	

Powered by CamScanner

9 De las siguientes cuales son actividades del sistema de gestion y seguridad y salud en el trabajo

Práctica de exámenes médicos	
Capacitaciones	X
Realizar fiestas de despedida de año	
Plan de emergencia	
Inducción a trabajadores	
Promoción y prevención	
Ninguna de las anteriores	

10 Que hacer en caso de una emergencia

matener la calma	X
Seguir la ruta de evacuacion	
Llegar al punto de encuentro	
regresarme por mis cosas de valor (celular -billetera)	
desesperarme	
salir corriendo	

Powered by CamScanner

Consorcio Tren Mallorquin	EVALUACION	CODIGO : FM-25 VIGENCIA : Agosto 01/2021 VERSION : 1

NOMBRE EMPLEADO:	JOSE CORREA			FECHA:	12-12-22		
CARGO A DESEMPEÑAR:	Ayudanta			RESULTADO:			
ACTIVIDAD:	INDUCCION:		REINDUCCION:		CAPACITACION:		ENTRENAMIENTO:

MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA CORRECTA

1. **¿Con cuáles de las siguientes políticas cuenta la organización en SST?**

Política de Seguridad y Salud en el Trabajo	
Política de sustancias tóxicas	X
Política de mejoramiento continuo	
Política de calidad	
Política de no uso de alcohol, drogas y tabaquismo	X
Política de mantenimiento	
Política de conservación ambiental	
Política de acoso laboral	X

2. **2. ¿Qué es el comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST)?**

Comité conformado por representantes de los trabajadores y de la empresa que vigila las actividades de seguridad y Salud en el	X
Una entidad del gobierno	
Comité conformado para resolver conflictos laborales	
Ninguna de las anteriores	

3. **El comité paritario de seguridad y salud en el trabajo se elige: (AÑOS) y la reunión debe ser (MES)?**

Cada año- 1 vez a la semana	
Cada 2 año- Cada tres meses	X
Cada 3 años – 1 vez al año	
Cada 2 años – 1 Vez al mes	

4. **¿ Que es un accidente laboral?**

Accidente ocurrido en casa.	
Todo suceso repentino que sobrevenga a causa del trabajo, que produzca una lesión orgánica, una perturbación funcional, invali	X
Ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de su labor aun fuera de su horario y lugar de trabajo.	
Integración con los compañeros de trabajo después de la jornada laboral.	

5. **De los siguientes riesgos, ¿cuáles corresponden a su trabajo?**

Exposición a riesgo eléctrico	
Radiaciones no ionizantes: computador	
Radiaciones no ionizantes: rayos solares, soldadura	X
Caída al mismo nivel y a diferentes niveles resbalones, caída s etc.	X
Exposición a riesgo biológico	X
Ruido	X
Riesgo biomwcanico	X

Powered by CamScanner

6. **De las siguientes actividades, cuáles son consideradas como tareas críticas?**

Izaje de carga	
Trabajo en alturas	
Manejo de herramientas manuales	X
Trabajo en espacios confinados	X
Uso de computador	X
Trabajos con maquina	X
Uso de taladro	X
Trabajos eléctricos	X

7 **cuales de los siguientes elemetos de proteccion personal deberia usar para la ejecucion de sus treas ?**

uniforme completo	X
gafa	X
casco	X
guantes	X
arnes de seguridad	X
careta de soldador	X
chaleco reflectivo	X
protectores auditivos	
niguno de los ateriores	
botas de seguridad	X

8 **Que aspectos se generan en las actividades de la empresa, que pueden impactar al medio ambiente negativamente.**

Generación de Ruido	X
Residuos de químicos	
Residuos de material particulado	X
Ninguna de las anteriores	
Todas las anteriores	

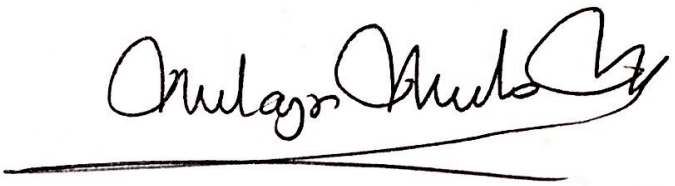
Powered by CamScanner

9 **De las siguientes cuales son actividades del sistema de gestion y seguridad y salud en el trabajo**

Práctica de exámenes médicos	X
Capacitaciones	X
Realizar fiestas de despedida de año	
Plan de emergencia	X
Inducción a trabajadores	X
Promoción y prevención	X
Ninguna de las anteriores	

10 **Que hacer en caso de una emergencia**

matener la calma	X
Seguir la ruta de evacuacion	X
Llegar al punto de encuentro	X
regresarme por mis cosas de valor (celular -billetera)	
desesperarme	
salir corriendo	



Powered by CamScanner

Consorcio Tren Mallorquín	EVALUACION	CODIGO : FM-25 VIGENCIA : Agosto 01/2021 VERSION : 1

NOMBRE EMPLEADO:	JULIO CASTRO					FECHA:	12-12-21		
CARGO A DESEMPEÑAR:	SUPERVISION					RESULTADO:			
ACTIVIDAD:	INDUCCION:		REINDUCCION:		CAPACITACION:		ENTRENAMIENTO:		

MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA CORRECTA

1. ¿Con cuáles de las siguientes políticas cuenta la organización en SST?

Política de Seguridad y Salud en el Trabajo	
Política de sustancias tóxicas	X
Política de mejoramiento continuo	
Política de calidad	
Política de no uso de alcohol, drogas y tabaquismo	
Política de mantenimiento	
Política de conservación ambiental	
Política de acoso laboral	

2. 2. ¿Qué es el comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST)?

Comité conformado por representantes de los trabajadores y de la empresa que vigila las actividades de seguridad y Salud en el	X
Una entidad del gobierno	
Comité conformado para resolver conflictos laborales	
Ninguna de las anteriores	

3. El comité paritario de seguridad y salud en el trabajo se elige: (AÑOS) y la reunión debe ser (MES)?

Cada año- 1 vez a la semana	X
Cada 2 año- Cada tres meses	
Cada 3 años – 1 vez al año	
Cada 2 años – 1 Vez al mes	

4. ¿ Que es un accidente laboral?

Accidente ocurrido en casa.	
Todo suceso repentino que sobrevenga a causa del trabajo, que produzca una lesión orgánica, una perturbación funcional, invali	
Ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de su labor aun fuera de su horario y lugar de trabajo.	X
Integración con los compañeros de trabajo después de la jornada laboral.	

5. De los siguientes riesgos, ¿cuáles corresponden a su trabajo?

Exposición a riesgo eléctrico	X
Radiaciones no ionizantes: computador	
Radiaciones no ionizantes: rayos solares, soldadura	
Caída al mismo nivel y a diferentes niveles resbalones, caida s etc.	
Exposición a riesgo biológico	
Ruido	
Riesgo biomwcanico	

Powered by CamScanner

6. **De las siguientes actividades, cuáles son consideradas como tareas críticas?**

Izaje de carga	
Trabajo en alturas	X
Manejo de herramientas manuales	
Trabajo en espacios confinados	
Uso de computador	
Trabajos con maquina	
Uso de taladro	
Trabajos eléctricos	

7 **cuales de los siguientes elemetos de proteccion personal deberia usar para la ejecucion de sus treas ?**

uniforme completo	X
gafa	
casco	
guantes	
arnes de seguridad	
careta de soldador	
chaleco reflectivo	
protectores auditivos	
niguno de los ateriores	
botas de seguridad	

8 **Que aspectos se generan en las actividades de la empresa, que pueden impactar al medio ambiente negativamente.**

Generación de Ruido	
Residuos de químicos	X
Residuos de material particulado	
Ninguna de las anteriores	
Todas las anteriores	

Powered by CamScanner

9 **De las siguientes cuales son actividades del sistema de gestion y seguridad y salud en el trabajo**

Práctica de exámenes médicos	
Capacitaciones	X
Realizar fiestas de despedida de año	
Plan de emergencia	
Inducción a trabajadores	
Promoción y prevención	
Ninguna de las anteriores	

10 **Que hacer en caso de una emergencia**

matener la calma	X
Seguir la ruta de evacuacion	
Llegar al punto de encuentro	
regresarme por mis cosas de valor (celular -billetera)	
desesperarme	
salir corriendo	

Powered by CamScanner

	EVALUACION	CODIGO : FM-25
		VIGENCIA : Agosto 01/2021
		VERSION : 1

NOMBRE EMPLEADO:	Andres Pach					FECHA:	12-12-22		
CARGO A DESEMPEÑAR:	Operador					RESULTADO:			
ACTIVIDAD:	INDUCCION:		REINDUCCION:		CAPACITACION:		ENTRENAMIENTO:		

MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA CORRECTA

1. ¿Con cuáles de las siguientes políticas cuenta la organización en SST?

Política de Seguridad y Salud en el Trabajo	X
Política de sustancias tóxicas	
Política de mejoramiento continuo	
Política de calidad	
Política de no uso de alcohol, drogas y tabaquismo	
Política de mantenimiento	
Política de conservación ambiental	
Política de acoso laboral	

2. 2. ¿Qué es el comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST)?

Comité conformado por representantes de los trabajadores y de la empresa que vigila las actividades de seguridad y Salud en el	X
Una entidad del gobierno	
Comité conformado para resolver conflictos laborales	
Ninguna de las anteriores	

3. El comité paritario de seguridad y salud en el trabajo se elige: (AÑOS) y la reunión debe ser (MES)?

Cada año- 1 vez a la semana	X
Cada 2 año- Cada tres meses	
Cada 3 años – 1 vez al año	
Cada 2 años – 1 Vez al mes	

4. ¿ Que es un accidente laboral?

Accidente ocurrido en casa.	
Todo suceso repentino que sobrevenga a causa del trabajo, que produzca una lesión orgánica, una perturbación funcional, invali-	
Ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de su labor aun fuera de su horario y lugar de trabajo.	X
Integración con los compañeros de trabajo después de la jornada laboral.	

5. De los siguientes riesgos, ¿cuáles corresponden a su trabajo?

Exposición a riesgo eléctrico	X
Radiaciones no ionizantes: computador	
Radiaciones no ionizantes: rayos solares, soldadura	
Caída al mismo nivel y a diferentes niveles resbalones, caída s etc.	
Exposición a riesgo biológico	
Ruido	
Riesgo biomecanico	

Powered by CamScanner

6. De las siguientes actividades, cuáles son consideradas como tareas críticas?

Izaje de carga	
Trabajo en alturas	X
Manejo de herramientas manuales	
Trabajo en espacios confinados	
Uso de computador	
Trabajos con maquina	
Uso de taladro	
Trabajos eléctricos	

7 cuales de los siguientes elemetos de proteccion personal deberia usar para la ejecucion de sus treas ?

uniforme completo	X
gafa	
casco	
guantes	
arnes de seguridad	
careta de soldador	
chaleco reflectivo	
protectores auditivos	
niguno de los ateriores	
botas de seguridad	

8 Que aspectos se generan en las actividades de la empresa, que pueden impactar al medio ambiente negativamente.

Generación de Ruido	
Residuos de químicos	X
Residuos de material particulado	
Ninguna de las anteriores	
Todas las anteriores	

Powered by CamScanner

9 De las siguientes cuales son actividades del sistema de gestion y seguridad y salud en el trabajo

Práctica de exámenes médicos	
Capacitaciones	X
Realizar fiestas de despedida de año	
Plan de emergencia	
Inducción a trabajadores	
Promoción y prevención	
Ninguna de las anteriores	

10 Que hacer en caso de una emergencia

matener la calma	X
Seguir la ruta de evacuacion	
Llegar al punto de encuentro	
regresarme por mis cosas de valor (celular -bilictera)	
desesperarme	
salir corriendo	

Powered by CamScanner

	EVALUACION	CODIGO : FM-25
Consorcio Tren Malloquín		VIGENCIA : Agosto 01/2021
		VERSION : 1

NOMBRE EMPLEADO:	Manuel J Barragan Almanza				FECHA:	12-12-22		
CARGO A DESEMPEÑAR:	Ayudanta				RESULTADO:			
ACTIVIDAD:	INDUCCION:		REINDUCCION:		CAPACITACION:		ENTRENAMIENTO:	

MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA CORRECTA

1. **¿Con cuáles de las siguientes políticas cuenta la organización en SST?**

Política de Seguridad y Salud en el Trabajo	
Política de sustancias tóxicas	X
Política de mejoramiento continuo	
Política de calidad	
Política de no uso de alcohol, drogas y tabaquismo	X
Política de mantenimiento	
Política de conservación ambiental	
Política de acoso laboral	X

2. **2. ¿Qué es el comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST)?**

Comité conformado por representantes de los trabajadores y de la empresa que vigila las actividades de seguridad y Salud en el	X
Una entidad del gobierno	
Comité conformado para resolver conflictos laborales	
Ninguna de las anteriores	

3. **El comité paritario de seguridad y salud en el trabajo se elige: (AÑOS) y la reunión debe ser (MES)?**

Cada año- 1 vez a la semana	
Cada 2 año- Cada tres meses	X
Cada 3 años – 1 vez al año	
Cada 2 años – 1 Vez al mes	

4. **¿ Que es un accidente laboral?**

Accidente ocurrido en casa.	
Todo suceso repentino que sobrevenga a causa del trabajo, que produzca una lesión orgánica, una perturbación funcional, invali	X
Ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de su labor aun fuera de su horario y lugar de trabajo.	
Integración con los compañeros de trabajo después de la jornada laboral.	

5. **De los siguientes riesgos, ¿cuáles corresponden a su trabajo?**

Exposición a riesgo eléctrico	
Radiaciones no ionizantes: computador	
Radiaciones no ionizantes: rayos solares, soldadura	X
Caída al mismo nivel y a diferentes niveles resbalones, caída s etc.	X
Exposición a riesgo biológico	X
Ruido	X
Riesgo biomwcanico	X

Powered by CamScanner

6. **De las siguientes actividades, cuáles son consideradas como tareas críticas?**

Izaje de carga	
Trabajo en alturas	
Manejo de herramientas manuales	X
Trabajo en espacios confinados	X
Uso de computador	X
Trabajos con maquina	X
Uso de taladro	X
Trabajos eléctricos	X

7 **cuales de los siguientes elemetos de proteccion personal deberia usar para la ejecucion de sus treas ?**

uniforme completo	X
gafa	X
casco	X
guantes	X
arnes de seguridad	X
careta de soldador	
chaleco reflectivo	
protectores auditivos	X
niguno de los ateriores	
botas de seguridad	X

8 **Que aspectos se generan en las actividades de la empresa, que pueden impactar al medio ambiente negativamente.**

Generación de Ruido	X
Residuos de químicos	
Residuos de material particulado	X
Ninguna de las anteriores	
Todas las anteriores	

Powered by CamScanner

9 **De las siguientes cuales son actividades del sistema de gestion y seguridad y salud en el trabajo**

Práctica de exámenes médicos	X
Capacitaciones	X
Realizar fiestas de despedida de año	
Plan de emergencia	X
Inducción a trabajadores	X
Promoción y prevención	X
Ninguna de las anteriores	X

10 **Que hacer en caso de una emergencia**

matener la calma	X
Seguir la ruta de evacuacion	X
Llegar al punto de encuentro	X
regresarme por mis cosas de valor (celular -billetera)	
desesperarme	
salir corriendo	

Powered by CamScanner

	EVALUACION	CODIGO : FM-25
Consorcio Tren Malicquin		VIGENCIA : Agosto 01/2021
		VERSION : 1

NOMBRE EMPLEADO:	Wilfrido Caldaron				FECHA:			
CARGO A DESEMPEÑAR:	Ayudanta				RESULTADO:			
ACTIVIDAD:	INDUCCION:		REINDUCCION:		CAPACITACION:		ENTRENAMIENTO:	

MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA CORRECTA

1. **¿Con cuáles de las siguientes políticas cuenta la organización en SST?**

Política de Seguridad y Salud en el Trabajo	X
Política de sustancias tóxicas	
Política de mejoramiento continuo	
Política de calidad	
Política de no uso de alcohol, drogas y tabaquismo	X
Política de mantenimiento	
Política de conservación ambiental	
Política de acoso laboral	X

2. **2. ¿Qué es el comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST)?**

Comité conformado por representantes de los trabajadores y de la empresa que vigila las actividades de seguridad y Salud en el	X
Una entidad del gobierno	
Comité conformado para resolver conflictos laborales	
Ninguna de las anteriores	

3. **El comité paritario de seguridad y salud en el trabajo se elige: (AÑOS) y la reunión debe ser (MES)?**

Cada año- 1 vez a la semana	
Cada 2 año- Cada tres meses	X
Cada 3 años – 1 vez al año	
Cada 2 años – 1 Vez al mes	

4. **¿ Que es un accidente laboral?**

Accidente ocurrido en casa.	
Todo suceso repentino que sobrevenga a causa del trabajo, que produzca una lesión orgánica, una perturbación funcional, invali	X
Ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de su labor aun fuera de su horario y lugar de trabajo.	
Integración con los compañeros de trabajo después de la jornada laboral.	

5. **De los siguientes riesgos, ¿cuáles corresponden a su trabajo?**

Exposición a riesgo eléctrico	
Radiaciones no ionizantes: computador	
Radiaciones no ionizantes: rayos solares, soldadura	X
Caída al mismo nivel y a diferentes niveles resbalones, caída s etc.	X
Exposición a riesgo biológico	X
Ruido	X
Riesgo biomwcanico	X

Powered by CamScanner

6. **De las siguientes actividades, cuáles son consideradas como tareas críticas?**

Izaje de carga	
Trabajo en alturas	
Manejo de herramientas manuales	X
Trabajo en espacios confinados	X
Uso de computador	X
Trabajos con maquina	X
Uso de taladro	X
Trabajos eléctricos	X

7 **cuales de los siguientes elemetos de proteccion personal deberia usar para la ejecucion de sus treas ?**

uniforme completo	X
gafa	X
casco	X
guantes	X
arnes de seguridad	X
careta de soldador	
chaleco reflectivo	
protectores auditivos	X
niguno de los aterlores	
botas de seguridad	X

8 **Que aspectos se generan en las actividades de la empresa, que pueden impactar al medio ambiente negativamente.**

Generación de Ruido	X
Residuos de químicos	
Residuos de material particulado	
Ninguna de las anteriores	X
Todas las anteriores	

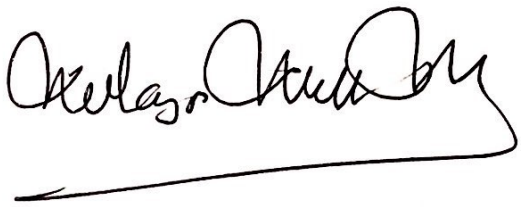
Powered by CamScanner

9 **De las siguientes cuales son actividades del sistema de gestion y seguridad y salud en el trabajo**

Práctica de exámenes médicos	X
Capacitaciones	X
Realizar fiestas de despedida de año	X
Plan de emergencia	X
Inducción a trabajadores	X
Promoción y prevención	X
Ninguna de las anteriores	X

10 **Que hacer en caso de una emergencia**

matener la calma	X
Seguir la ruta de evacuacion	X
Llegar al punto de encuentro	X
regresarme por mis cosas de valor (celular -billetera)	
desesperarme	
salir corriendo	



Powered by CamScanner

	EVALUACION	CODIGO : FM-25
		VIGENCIA : Agosto 01/2021
		VERSION : 1

NOMBRE EMPLEADO:	Carlos Barragan C.					FECHA:	12-12-21		
CARGO A DESEMPEÑAR:	Oficial					RESULTADO:			
ACTIVIDAD:	INDUCCION:		REINDUCCION:		CAPACITACION:		ENTRENAMIENTO:		

MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA CORRECTA

1. ¿Con cuáles de las siguientes políticas cuenta la organización en SST?

Política de Seguridad y Salud en el Trabajo	X
Política de sustancias tóxicas	
Política de mejoramiento continuo	
Política de calidad	
Política de no uso de alcohol, drogas y tabaquismo	X
Política de mantenimiento	
Política de conservación ambiental	
Política de acoso laboral	X

2. 2. ¿Qué es el comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST)?

Comité conformado por representantes de los trabajadores y de la empresa que vigila las actividades de seguridad y Salud en el	X
Una entidad del gobierno	
Comité conformado para resolver conflictos laborales	
Ninguna de las anteriores	

3. El comité paritario de seguridad y salud en el trabajo se elige: (AÑOS) y la reunión debe ser (MES)?

Cada año- 1 vez a la semana	
Cada 2 año- Cada tres meses	
Cada 3 años – 1 vez al año	
Cada 2 años – 1 Vez al mes	X

4. ¿ Que es un accidente laboral?

Accidente ocurrido en casa.	
Todo suceso repentino que sobrevenga a causa del trabajo, que produzca una lesión orgánica, una perturbación funcional, invali	X
Ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de su labor aun fuera de su horario y lugar de trabajo.	
Integración con los compañeros de trabajo después de la jornada laboral.	

5. De los siguientes riesgos, ¿cuáles corresponden a su trabajo?

Exposición a riesgo eléctrico	
Radiaciones no ionizantes: computador	
Radiaciones no ionizantes: rayos solares, soldadura	X
Caída al mismo nivel y a diferentes niveles resbalones, caída o etc.	X
Exposición a riesgo biológico	X
Ruido	X
Riesgo biomecanico	X

Powered by CamScanner

6. De las siguientes actividades, cuáles son consideradas como tareas críticas?

Izaje de carga	X
Trabajo en alturas	X
Manejo de herramientas manuales	X
Trabajo en espacios confinados	
Uso de computador	X
Trabajos con maquina	
Uso de taladro	
Trabajos eléctricos	X

7 cuales de los siguientes elemetos de proteccion personal deberia usar para la ejecucion de sus treas ?

uniforme completo	X
gafa	X
casco	X
guantes	X
arnes de seguridad	
careta de soldador	
chaleco reflectivo	
protectores auditivos	X
niguno de los ateriores	
botas de seguridad	X

8 Que aspectos se generan en las actividades de la empresa, que pueden impactar al medio ambiente negativamente.

Generación de Ruido	X
Residuos de químicos	
Residuos de material particulado	X
Ninguna de las anteriores	
Todas las anteriores	

Powered by CamScanner

9 De las siguientes cuales son actividades del sistema de gestion y seguridad y salud en el trabajo

Práctica de exámenes médicos	X
Capacitaciones	X
Realizar fiestas de despedida de año	
Plan de emergencia	X
Inducción a trabajadores	X
Promoción y prevención	X
Ninguna de las anteriores	

10 Que hacer en caso de una emergencia

matener la calma	X
Seguir la ruta de evacuacion	X
Llegar al punto de encuentro	X
regresarme por mis cosas de valor (celular -billetera)	
desesperarme	
salir corriendo	

Powered by CamScanner

Consorcio Tren Mallorquin	FORMATO DE INSPECCION DE BOTIQUIN	CODIGO : SG-SSTFM-8 VERSION: 1 VIGENCIA :26-05-22

FECHA DE LA INSPECCIÓN:	19-12-22
LUGAR DE LA INSPECCIÓN:	Oficina CTM

*CONVENCIONES B: BUENO M: MALO F: FALTANTE

GENERALIDADES DEL BOTIQUIN	ESTADO			OBSERVACIONES
	B	M	F	
Ubicación (No sobre el piso, Proteccion ambiental)	✓			
Señalizacion y visibilidad	✓			
Acceso (facilida de puesta en uso - no candados, no obstaculos en el area para su acceso	✓			
Estado del empaque (Caja o maletin del botiquin)	✓			

LOS ELEMENTOS INSPECCIONADOS DEBEN ESTAR VIGENTES Y EN PERFECTAS CONDICIONES

DESCRIPCION	CANTIDAD	ESTADO			FECHA DE VENCIMIENTO	OBSERVACIONES
		B	M	F		
ALCOHOL ANTISEPTICO		✓	X			
GASA (paquete)		✓				
APOSITOS			X			
ALGODÓN (Limpieza de elementos botiquin)			X			
APLICADORES			X			
TOALLAS HIGIENICAS			X			
ESPARADRAPO / MICROPORE		✓				
JUEGO DE VENDAS		✓				
CURITAS		✓	X			
BAJA LENGUAS						
SUERO ORAL			X			
SOLUCION SALINA			X			
JERINGAS DE 5 ML			X			
TIJERAS			X			
GOTAS PARA LA VISTA			X			
ISODINE ESPUMA			X			
ISODINE SOLUCION			X			

RESULTADO DE LA INSPECCION

*LAS NOVEDADES ENCONTRADAS DEBERAN ESTAR SOLUCIONADAS ANTES DE LA PROXIMA INSPECCION

INSPECCION APROBADA SI [ ] NO [X] Se solicita urgente la dotación del Botiquín

Julio Mendez

INSPECCIONADO POR

Powered by CamScanner

Consorcio Tren Mallorquin	INPECCION DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO :SG-SSTFM-8.2
		VERSION 1
		VERSION : 26-05-22

FECHA DE LA INSPECCION: 19-12-22 PROYECTO: CTM.

*** Especifique estado B: Bueno M: Malo N/A:No Aplica**

TRABAJADOR	CAMISA	PANTALON	BOTAS DE SEGURIDAD	CASCO DE SEGURIDAD	PROTECTOR AUDITIVO	GAFAS DE SEGURIDAD	PROTECTOR RESPIRATORIO	GUANTES	ARNES DE SEGURIDAD	PROTECTOR FACIAL		CONTRATISTA
Altxis Pojas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NA	✓	NA	NA		
Egar Vaca	X	✓	✓	✓	✓	✓	NA	✓	NA	NA		
Jonathe Grosco.	X	✓	✓	✓	✓	✓	NA	✓	NA	NA		
Johan Gutierrez	X	X	X	✓	✓	✓	NA	✓	NA	NA		
Sergio Carvalo	X	X	X	✓	✓	✓	NA	✓	NA	NA		
Roxana Nuñez	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NA	✓	NA	NA		
Eduardo Cero	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NA	✓	NA	NA		
Felipe Sorra	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NA	✓	NA	NA		
Milagro Nuñez	X	X	X	✓	✓	✓	NA	✓	NA	NA		

OBSERVACIONES:

La entrega de Dotación ~~se realizo~~ para el ~~mes~~ Al Personal se Continuara Con la Entrega Dotacion correspondiente del mes de Dic/22.

INSPECCIONADO POR: Milagro Nuñez
FIRMA

RESPONSABLE DEL PROYECTO O AREA INSPECCIONADA: Luis E. Rivilla
FIRMA

Powered by CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

MINISTERIO DE TRANSPORTE

TARJETA DE REGISTRO DE MAQUINARIA

No. 77922

No. DE REGISTRO	MARCA	LINEA	AÑO MODELO
MC061744	BOBCAT	S175	2012

TIPO DE MAQUINARIA	CLASE	No. SERIE
CONSTRUCCION	MINICARGADOR	A3L539556

COLOR(ES)	No. MOTOR	RODAJE
BLANCO NARANJA	BW4460	NEUMATICOS

PESO Y MEDIDAS SIN ACCESORIOS

PESO	ALTO	ANCHO	LARGO
839 Kg	1940 mm	1200 mm	3310 mm

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
ECKER PEREZ GUILLERMO RAFAEL

IDENTIFICACIÓN
C.C. 1.143.232.371



LOCATARIO APELLIDO(S) NOMBRE(S)

IDENTIFICACIÓN

LIMITACIONES A LA PROPIEDAD

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR
STRIA DTAL TTO BARRANQUILLA

FECHA REGISTRO	FECHA EXPEDICIÓN	FECHA VENCIMIENTO
12-09-2017	04-02-2021	******

ORIGEN	DEC. IMPORTACIÓN	FECHA DE LEVANTE
IMPORTACIÓN	482012000089031	07/03/2012

COSMO-ID-L3-19

ESTA TARJETA ES [illegible] NACIONAL

TM07000006653

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.192.785.578**

JARAMILLO RODRIGUEZ

APELLIDOS

MARINO

NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-MAY-2000**

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

17-MAY-2018 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-0300150-01015214-M-1192785578-20180618 0061568878A 1 48161884

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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): MARINO JARAMILLO RODRIGUEZ identificado con Cédula Ciudadanía No. 1192785578, de la empresa GSI INGENIERIA Y TRANSPORTES S.A.S está afiliado(a) a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS desde el 17/12/2022 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): 202201022300607.

Dada en Bogotá, a los 16 días del mes de diciembre de 2022

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Impreso por Internet el 16/12/2022 10:51:12 p. m.
ISCDC: 16/12/2022 10:51:12 p. m.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

DIAN

Declaración de Importación

Privada

500

1. Año **2014**

Espacio reservado para la DIAN (Antes de diligenciar este formulario lea cuidadosamente las instrucciones)

4. Número de formulario

482014000410068-8

Importador

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV.	11. Apellidos y nombres o Razón Social
80062593	2	CAÑON BERNAL CRISTIAN FERNANDO

13. Dirección	15. Teléfono	12. Cód. Admón.	16. Cód. Dpto	17. Cód. Ciudad Municipio
AV LAS AMERICAS 4 40	3165259018	48	88	001

Declarante

24. Número de Identificación Tributaria (NIT)	25. DV	26. Razón social del declarante autorizado	27. Tipo usuario	28. Cód. usuario
830098132	6	AGENCIA DE ADUANAS INTERLOGISTICA S.A. NIVEL 1	26	442

29. Número documento de identificación	30. Apellidos y nombres
33340900	BALLESTEROS MANJARRES MARELSY ESTER

31. Clase importador	32. Tipo declaración	33. Cod.	34.No.Formulario Anterior	35. Año - Mes - Día	36. Cod. Admón.	37. Declaración de Exportación	38. Año - Mes - Día	39. Cod. Admón.
02	Legalización	2	482014000380820	2014 - 09 - 17	48	No. XXXXXXXXXXXXXX	XXXX - XX - XX	XX

40. Cod. lugar ingreso de las mercancías	41. Cod. Depósito	42. Manifiesto de carga	43. Año - Mes - Día	44. Documento de transporte	45. Año - Mes - Día
CTG	4601	No. 116575005533824	2014 - 09 - 21	No. SEFQ-4473-001	2014 - 09 - 12

46. Nombre exportador o proveedor en el exterior	47. Ciudad	48. Cod.País Exportador
MATIZ & GOMEZ GROUP, LLC	WELLINGTON	249

49. Dirección exportador o proveedor en el exterior	50. E-mail
11543 ANHINGA DR WELLINGTON, FLORIDA 33414-5803	FAX5617981773

51. No. de factura	52. Año - Mes - Día	53. Cod. país procedencia	54. Cod. Modo Transporte	55. Código de Bandera	56. Cod. Depto destino	57. Empresa transportadora	58. Tasa de cambio $ cvs.
1689	2014 - 08 - 14	249	1	434	0	SEABOARD DE COLOMBIA S.A.	1,979.97

S

59. Subpartida arancelaria	60. Cod. Complementario	61. Cod. Suplementario	62. Cod. Modalidad	63. No. cuotas o meses	64. Valor cuota USD	65. Periodicidad del pago de la cuota	66. Cod. país de origen	67. Cod. Acuerdo
8429520000	XX	XX	C100	XX	XXXX	XX	249	XXX

68. Forma de pago de la importación	69. Tipo de importación	70. Cod. país compra	71. Peso bruto kgs.	doms.	72. Peso neto kgs.	doms.	73. Código embalaje	74. No. bultos	75. Subpartidas	76. Cod. unidad comercial	77. Cantidad doms.
08	01	249	25,129.92		25,129.92		PK	1	1	U	1.00

78.Valor FOB USD	79. Valor fletes USD
67,565.00	8,295.00

80. Valor Seguros USD	81. Valor Otros Gastos USD
270.26	0.00

82. Sumatoria de fletes, seguros y otros gastos USD	83. Ajuste valor USD
8,565.26	0.00

84. Valor aduana USD	85. Código registro o licencia	86. Número
76,130.26	L	21438759

87. Cod. oficina	88. Año	89. Programa No	90. Cód Interno del Producto
3	2014	XXXXXXXXXX	0

Autoliquidación

Concepto	%	Base	Total Liquidado ($)	Total a pagar con esta declaración ($)	Total Liquidado (USD)
Arancel	92 0.00	93 150,735,631	94 0	95 0	96 0
I.V.A.	97 16.00	98 150,735,631	99 24,118,000	100 0	101 0
Salvaguardia	102 0.00	103 0	104 0	105 0	106 0
Derechos Compensatorios	107 0.00	108 0	109 0	110 0	111 0
Derechos Antidumping	112 0	113 0	114 0	115 0	116 0
Sancion	117 0	118 0	119 0	120 0	
Rescate	121 0	122 0	123 0	124 0	
		Total	125 24,118,000		126 0

91. Descripción de las mercancías(No inicie la descripción de las mercancías a importar con lo señalado en el arancel de aduanas en la subpartida arancelaria - Incluya marcas, seriales y otros) (Si el campo es insuficiente, continúe al respaldo de este formulario)

DO 01140604 PEDIDO TRAMITE: KOBELCO SK250LC. DECLARACION(1-1) LEGALIZACION VOLUNTARIA SIN PAGO DE RESCATE SEGUN LO ESTIPULADO EN LOS ARTICULOS 27-3 DEL DECRETO 2685, ARTICULO 15 DE LA RESOLUCION 4240 DEL 2000 Y ARTICULO 2 DE LA RESOLUCION 7408 DEL 2010. ACTA DE RECONOCIMIENTO RADICADA CON NUMERO 033516 DEL 2014-SEP-26. EL GRAVAMEN ARANCELARIO DE ESTA SUBPARTIDA SE REDUJO A CERO POR CIENTO (0%) DURANTE DOS AÑOS, HASTA EL 15 DE AGOSTO DE 2015, SEGUN LO ESTIPULADO EN EL DECRETO 1755 DEL 2013. DECLARACION ANTICIPADA: LA IMPORTACION SE DEBERA EFECTUAR EN FORMA ANTICIPADA, EN LOS TERMINOS SEÑALADOS EN LA RESOLUCION 7408 DE 2010. PRODUCTO: EXCAVADORA HIDRAULICA CABINADA SOBRE ORUGAS, MARCA: KOBELCO. MODELO: SK250LC. REF. SK250LC. AÑO: 2006 SERIAL: L(continúa al respaldo)

127. Valor pagos anteriores: 24,118,000	128. Recibo oficial de pago anterior No.: XXXXXXXXXXXXXX	129. Fecha: XXXX XX XX
130. Espacio reservado DIAN - Actuación aduanera Estado de levante: Después de insp.: levante No hay declaración posterior Acta de inspección No.: 482014000051638 Inició: 2014-10-08 07:51:37 Finalizó: 2014-10-09 18:20:00	131. Espacio reservado uso exclusivo Ministerio de Relaciones Exteriores	132. No. Aceptación declaración 482014000410068 133. Feha: 2014 10 07

134. Levante No. 482014000323394	135. Fecha	Firma funcionario responsable	136. Nombre FABIO ANDRES GARCIA REALES 137. C.C. No. 1,047,417,783
	2014 - 10 - 09		

Firma declarante



997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora
(Fecha efectiva de la transacción)

Coloque el timbre de la máquina registradora al dorso de este formulario

980. Pago Total $ 0

996. Espacio para autoadhesivo de la entidad recaudadora
(Número del adhesivo)

BANCOLOMBIA S.A.
Autoadhesivo 07500290670178
Fecha presentación 2014-10-07 16:34:00
Valor pagado $0

Fecha de Impresión: 2014-10-10 07:17:03

20142855615114

DIAN
REPÚBLICA DE COLOMBIA

MUISCA

Declaración de Importación

Aceptación : **482014000410068-8**
Subpartida : **8429520000**

105 Continuación descripción mercancías (incluya marcas, seriales y otros)

L09-U0969, USO O DESTINO; INDUSTRIAL (EN OBRAS DE INGENERIA Y CONSTRUCCION), MERCANCIA USADA, AÑO DE FABRICACION 2006, PRECIO CUANDO NUEVA USD 139.000,00. N.C. 2006, HYDRAULIC EXCAVATOR KOBELCO SK250LC, SERIAL NUMBER: LL09-U0968, USADA. CANT (1) UNIDADES (ITEM 1).SEGUN RECONOCIMIENTO: EXCAVADORA HYDRAULICA SOBRE ORUGAS, MARCA: KOBELCO, PAIS: NO ESPECIFICA / ESTADO: USADO / COLOR: AMARILLO, DYNAMIC ACERA / MODELO: SK250LC / SERIAL No: LL09-U0968, CON MOTOR: MARCA: MITSUBISHI, PAIS: NO ESPECIFICA / ESTADO: USADO / ENGINE MODEL: 6D34-TLEH, ENGINE FAMILY: 4MFTL05.8D3B / ENGINE DISPLACEMENT: 5.861 LITERS, FIRING ORDER: 1-5-3-6-2-4 / INJECTION TIMING: 9 BTDC, RATED HP (SAE): 181 2100 RPM / FUEL RATE AT RATED HP: 90.0 MM³/STROKE, VALVE LASH (COLD): 0.016 IN / IMPRESO: 6D34-103688, CON PIEZA METALICA ACOPLADA (BALDE). MARCA: HENSLEY, PAIS: NO ESPECIFICA / ESTADO: USADO / RATED CAP: 1.6 CU.Y D. ADPT No: 937 X 330 / PART No: KOB248GPSK2204 / SERIAL No: 26059. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
TIMING: 9 BTDC, RATED HP (SAE): 181 2100 RPM / FUEL RATE AT RATED HP: 90.0 MM³/STROKE, VALVE LASH (COLD): 0.016 IN / IMPRESO: 6D
34-103688, CON PIEZA METALICA ACOPLADA (BALDE). MARCA: HENSLEY, PAIS: NO ESPECIFICA / ESTADO: USADO / RATED CAP: 1.6 CU.Y D. ADPT
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Espacio para uso exclusivo de la Entidad Recaudadora

482014000410068-8

Jeison Rivera Navarro



Dirección – Calle 2 Nº 7 – 31 Sabana Larga
Cel. 317 7667484

Perfil personal

Soy una persona de excelentes relaciones interpersonales y habilidades para trabajar en equipo o individualmente, enfocada en el cumplimiento de mis deberes y obligaciones como tal, con alto grado de responsabilidad y fácil interpretación de las políticas organizacionales en las misiones encomendadas dentro del área de trabajo.

Datos Personales

Nombres	***Jeison***
Apellidos	***Rivera Navarro***
Cedula de Ciudadanía	***1.042.999.932 Sabana larga Atl.***
Fecha de Nacimiento	***27 de septiembre de 1988***
Lugar de Nacimiento	***Sabana larga Atlantico***
Estado Civil	***Unión Libre***

Estudios Realizados

Primaria	***Colegio San José de Aguada de Padua***
Secundarios	***Colegio San José de Aguada de Padua Bachiller Académico***

Experiencia Laboral

Empresa	***William Conto Ramos***
Cargo	***Operador de retro***
Tiempo de Servicio	***2 años***
Jefe Inmediato	***Juan Manuel Alcázar***
Teléfono	***360 73 79***

Empresa	***Jorge Osorio***
Cargo	***Operador de retro***
Tiempo de Servicio	***1 año***
Jefe Inmediato	***Jorge Osorio***
Teléfono	***310 6308593***

Empresa	***Edgardo Lemus***
Cargo	***Operador de retro***
Tiempo de Servicio	***1 año***
Jefe Inmediato	***Edgardo Lemus***
Teléfono	***311 4299868***

Empresa	***Parque de maquinaria y equipos s. a***
Cargo	***Operador de retro cargador***
Tiempo de Servicio	***1 año***
Jefe Inmediato	***Maite Sierra Godínez***
Teléfono	***310 7398834***

Referencias Personales

Nombre	***Delber Guarde***
Ocupación	***Operador de retro***
Teléfono	***312 6117921***
Nombre	***Cesar Cervantes Castillo***
Ocupación	***Operador de Vibro compactador***
Teléfono	***312 6117362***

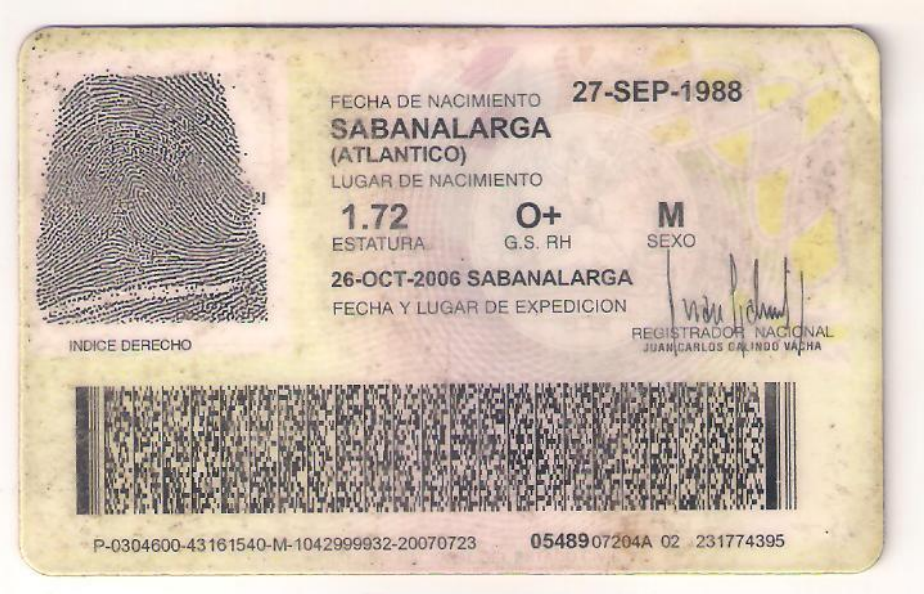
Referencias Familiares

Nombre	***Clarión Alberto Rivera***
Ocupación	***Operador de retro***
Teléfono	***311 6812100***
Nombre	***Liliana Ahumada Navarro***
Ocupación	***Docente***
Teléfono	***320 5116556***

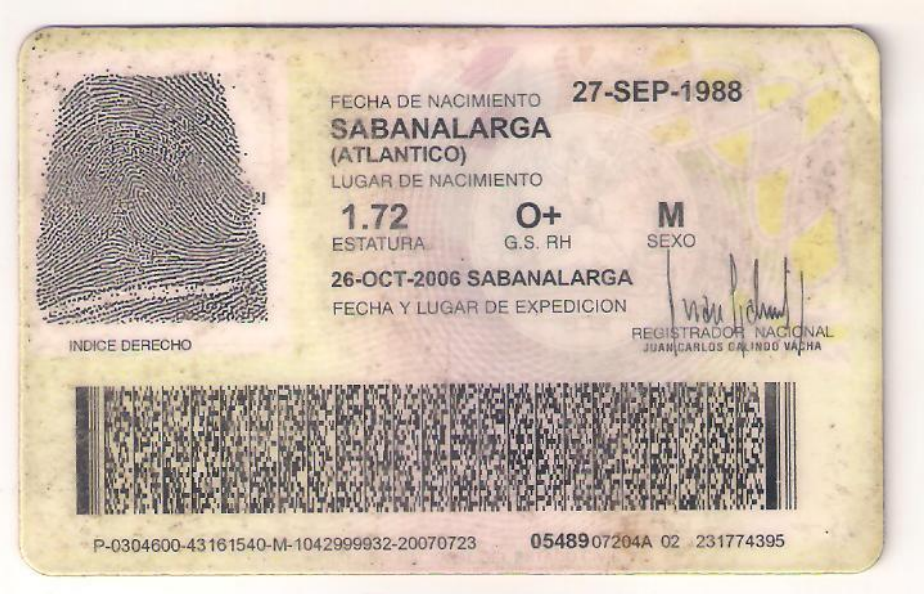
Jeison Rivera Navarro

C. C. 1.042.999.932 de Sabana Larga Atl.


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.042.999.932
NUMERO
RIVERA NAVARRO
APELLIDOS
JEISON
NOMBRES
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO
27-SEP-1988
SABANALARGA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
26-OCT-2006 SABANALARGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
P-0304600-43161540-M-1042999932-20070723
0548907204A 02 231774395


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.042.999.932
NUMERO
RIVERA NAVARRO
APELLIDOS
JEISON
NOMBRES
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO
27-SEP-1988
SABANALARGA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
26-OCT-2006 SABANALARGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
P-0304600-43161540-M-1042999932-20070723
0548907204A 02 231774395

República de Colombia

Departamento Administrativo de Seguridad

Certificado Judicial

El Departamento Administrativo de Seguridad certifica:

Que a la fecha martes 06 septiembre 2011 JEISON RIVERA NAVARRO
con Cédula de Ciudadanía Nº 1042999932 de Sabanalarga

NO REGISTRA ANTECEDENTES

de acuerdo con el art. 248 de la Constitución Política de Colombia.

Código de Verificación: 853019394284

Manuel A. Diaz.
Coordinador Grupo Identificación

Para verificar la autenticidad del presente certificado, deberá ingresar a www.certificadojudicial.gov.co al servicio "Consultar Certificado Judicial".

Haciendo más fácil tu relación con el Estado | Departamento Administrativo Seguridad 2011 © Todos Los derechos reservados.

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 933 de 2003
otorga
Certificado de Competencia Laboral a

JEISON RIVERA NAVARRO

Con Cédula de Ciudadanía No. 1.042.999.932

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

Operar retroexcavadora en explotaciones mineras y obras civiles.

Código: 270101012

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Barranquilla, a los trece (13) días del mes de abril de dos mil once (2011)

Firmado Digitalmente por
RAFAEL EDUARDO DE LA ROSA MERCADO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

SGC2011NC00723 - 13/04/2011 05:2
No Y FECHA REGISTRO

RAFAEL EDUARDO DE LA ROSA MERCADO
SUBDIRECTOR CENTRO INDUSTRIAL Y DE AVIACION
REGIONAL ATLANTICO

VIGENCIA
13 DE Abril DE 2016

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9208002701010121018CC1042999932C.

Parque de Maquinarias & Equipos S. A.
Soluciones para sus proyectos

Barranquilla, Octubre 04 de 2011

El Coordinador De Gestion Humana Y SSOA de Parque De Maquinarias Y Equipos S.A.

HACE CONSTAR QUE:

El señor Jeison Rivera Navarro, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1.042.999.932 Expedida en Sabanalarga, laboró con nuestra empresa desde el 13 de Agosto del 2010 hasta el 30 de Septiembre del 2011, desempeñándose como **Operador Múltiple De Maquinaria Pesada (Retroexcavadora)** por medio de un contrato de trabajo de duración por la obra o labor contratada.

Durante el tiempo que laboro para nosotros se desempeño como una persona honesta y cumplidora de sus funciones.

Para mayor información comunicarse al teléfono 3534086.

Cordialmente,

Yulieth Llanos V

YULIETH LLANOS VEGA
Coord. De Gestion Humana Y SSOA.

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 1072 de 2015
otorga
Certificado de Competencia Laboral a

JEISON RIVERA NAVARRO

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1042999932

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

Operar maquinaria pesada de acuerdo con manual del fabricante y tipo de labor / Excavadora hidráulica - NIVEL BASICO

Código: 270101120 - Versión: 1

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en CHÍA. A los nueve (9) días del mes de Agosto de dos mil veintiuno (2021)

Firmado Digitalmente por



1087021 - 09/08/2021
No Y FECHA REGISTRO

LEONORA BARRAGAN BEDOYA
Subdirector CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL
REGIONAL CUNDINAMARCA

Vigencia:
hasta el 9 de Agosto de 2024

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9513002701011202CC1042999932C.

SuAporte I

AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2022-11-02, 01:46:58 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 59240667

Periodo Cotización: octubre de 2022 **Periodo Servicio:** noviembre de 2022

PAGADO 02/11/2022

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SOLUCIONES INTEGRALES NEDE		
Documento	NI39003106	**Dirección**	CALLE 40 N 17D 26
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	1
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BARRANQUILLA, DISTRITO ESP, INDUSTRIAL Y PORTUARIO	**Departamento**	ATLANTICO
Representante Legal	ORTIZ CHARRIS NELLY ROSA	**Identificación**	CC 39003106
Total Afiliados	4	**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	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1042998517	JORGE LUIS NAVARRO SOÑETH	01	00	X																0	27	27	27	27	(230301) PORVENIR	$ 900.000	$ 144.000	(CCFC55) EPS-S CAJACOPI	$ 900.000	$ 36.000	6,960	$ 900.000	$ 62.700	(CCF06) COMBARRANQUILLA	$ 1.000	$ 100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 242.800
CC 1042999932	JEISON RIVERA NAVARRO	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.000.000	$ 160.000	(EPS010) EPS SURA	$ 1.000.000	$ 40.000	6,960	$ 1.000.000	$ 69.600	(CCF06) COMBARRANQUILLA	$ 1.000	$ 100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 269.700
CC 1045697070	JANN CARLOS ALCAZAR GARCIA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.000.000	$ 160.000	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.000.000	$ 40.000	6,960	$ 1.000.000	$ 69.600	(CCF06) COMBARRANQUILLA	$ 1.000	$ 100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 269.700
CC 85430220	MARLON ENRIQUE GONZALEZ RIVERA	01	00	X																0	27	27	27	27	(230301) PORVENIR	$ 900.000	$ 144.000	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 900.000	$ 36.000	6,960	$ 900.000	$ 62.700	(CCF06) COMBARRANQUILLA	$ 1.000	$ 100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 242.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 3.800.000	$ 3.800.000	$ 3.800.000	$ 4.000	$ 608.000	$ 152.000	$ 264.600	$ 400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.025.000	$ 0	$ 1.025.000

ARUS, 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 517806.

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

7:24 LTE

Luvides Paez el 13/12/22, 7:23 p.m. Archivos

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 72.050.906

APELLIDOS PAEZ MADARIAGA

NOMBRES LUVIDES DE JESUS

FECHA DE NACIMIENTO 21-JUL-1977
BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63
ESTATURA
G.S. RH B+
SEXO M
17-NOV-1998 MALAMBO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-0302200-00963939-M-0072050-0
0058910327A 2 3484749200
0906-20171227

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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): LUVIDES DEJESUS PAEZ MADARIAGA identificado con Cédula Ciudadanía No. 72050906, de la empresa GSI INGENIERIA Y TRANSPORTES S.A.S está afiliado(a) a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS desde el 15/12/2022 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): 202201022243363.

Dada en Bogotá, a los 14 días del mes de diciembre de 2022

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Impreso por Internet el 14/12/2022 11:19:02 a. m.
ISCDC: 14/12/2022 11:19:02 a. m.

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9009485845

9009485845

No. de Radicación: 25270899

Fecha de Radicación: 14 12 2022

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
PAEZ	MADARIAGA	LUVIDES	DE JESUS

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	72050906	Femenino: Masculino: X	D 21 D M 07 M A 1977 A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
0	Tipo: F N M Condición: T P	0		POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	PORVENIR S. A.

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$1.000.000	CARRERA 68 25 15		NT	3015353724
Correo electrónico	BARRANQUILLA	Zona Urbana: X Rural:	Localidad / Comuna	ATLANTICO

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

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

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

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

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

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

	Datos complementarios	
	29. Parentesco	30. Etnia
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR - COMFAMILIAR ATLANTICO	4104
B		
B		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
GSI INGENIERIA Y TRANSPORTES SAS	NT	900216780	

39. Ubicación				
CARRERA 36 69 C 17	3015290	gsiingenieriasas@gmail.	BARRANQUILLA	ATLANTICO
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino: Masculino:	D D M M A A A A	14 12 2022

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA LTDA. - COOSALUD E.S.S.	Código: 1	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad:									

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: OBRERO DE CONSTRUCCION

71. Firma del funcionario

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

VIGILADO Supersalud

PORTESCO S.A. NIT. 860.515.402 - 8 TEL. (1)324 50 99

07/2016

INTERNET

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9009485845

9009485845

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

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

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

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

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

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

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos LUVIDES DE JESUS PAEZ MADARIAGA

Identificación: CC 72050906

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

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

SI ☐ **NO** X

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos LUVIDES DE JESUS PAEZ MADARIAGA

Identificación: CC 72050906

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

FIRMA A RUEGO

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

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

_____

Firmante a Ruego:

_____

Nombres y Apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de Domicilio: _____

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

Huella

REGIONAL ATLÁNTICO

EL CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMAN

CERTIFICA

Que LUVIDES DE JESUS PAEZ MADARIAGA identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 72050906 de Barranquilla, realizó y aprobó el curso de SISTEMAS HIDRAULICOS EN MAQUINARIA PESADA. con una intensidad horaria de Cuarenta (40) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Barranquilla. a los ocho (8) dias del mes de septiembre de dos mil veintidos (2022)

Firmado Digitalmente por

VICTOR FABIAN ARBELAEZ TORREJANO
Subdirector CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMAN
REGIONAL ATLÁNTICO

SENA: Una Organización con Conocimiento

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9207002601871CC72050906E.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

LUVIDES DE JESUS PAEZ MADARIAGA

Con Cedula de Ciudadania No. 72050906

Cursó y aprobó la acción de Formación

SISTEMAS HIDRAULICOS EN MAQUINARIA PESADA.

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Barranquilla. a los ocho (8) dias del mes de septiembre de dos mil veintidos (2022)

Firmado Digitalmente por



VICTOR FABIAN ARBELAEZ TORREJANO
Subdirector
CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMAN
REGIONAL ATLÁNTICO

85531142 - 08/09/2022
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9207002601871CC72050906C.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

No. 72050906



NOMBRE

LUVIDES DE JESUS PAEZ MADARIAGA

FECHA DE NACIMIENTO

21-07-1977

SANGRE-RH

B+

FECHA DE EXPEDICION

06-07-2022

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

STRIA DE TTOyTTE MALAMBO

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS	06-07-2032	PARTICULAR
C1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS	06-07-2025	PUBLICO



COSMOCOLOR LC-31

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC07000903492

DIAN

Privada | 500

1. Año 2012

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 482012000511581-7

Importador

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	11. Apellidos y nombres o razón social
830512919	1	INCONZEG INGENIEROS CONSTRUCTORES SAS

12. Dirección	15. Teléfono	13. Cód. Admón.	14. Cód. Tipo	17. Cód. Ciudad
CL 42 G SUR 74 A 55 IN 6 AP 316	4218269	48	11	001

Declarante

24. Número de Identificación Tributaria (NIT)	25. DV	26. Razón social del declarante autorizado	27. Tipo usuario	28. Cód. usuario
805000240	1	AGENCIA DE ADUANAS BSP SA NIVEL 1	20	529

29. Número documento de identificación	30. Apellidos y nombres
9110498	VARGAS VASQUEZ RENER BALDUINO

31. Clase importador	32. Tipo declaración	33. Cod.	34. No Formulario Anterior	35. Año - Mes - Día	36. Cod. Admón.	37. Declaración de Exportación	38. Año - Mes - Día	39. Cod. Admón.
02	Inicial	1	XXXXXXXXXXXXXX	XXXX - XX - XX	XX	No. XXXXXXXXXXXXXXX	XXXX - XX - XX	XX

40. Cod. lugar ingreso de las mercancías	41. Cod. Depósito	42. Manifiesto de carga	43. Año - Mes - Día	44. Documento de transporte	45. Año - Mes - Día
CTG	7201	No. 116575003793660	2012 - 11 - 02	No. COLU172EVE102012	2012 - 10 - 26

46. Nombre exportador o proveedor en el exterior	47. Ciudad	48. Cod. País Exportador
IRON PLANET	PLEASANTON	249

49. Dirección exportador o proveedor en el exterior	50. E-mail
4695 CHABOT DRIVE SUITE 102, PLEASANTON, CA	19252258010

51. No. de factura	52. Año - Mes - Día	53. Cod. país procedencia	54. Cod. Modo Transporte	55. Código de Bandera	56. Cod. Depto destino	57. Empresa transportadora	58. Tasa de cambio
42793-410325	2012 - 09 - 25	249	1	043	11	CARIBBEAN AMERICAN SHIPPING AGENCY LTDA	1,82[illegible]

S	59. Subpartida arancelaria	60. Cod. Complementario	61. Cod. Suplementario	62. Cod. Modalidad	63. No. cuotas o meses	64. Valor cuota USD	65. Periodicidad del pago de la cuota	66. Cod. país de origen	67. Cod. Acuerdo
	8429400300	XX	XX	C100	XX	XXXX	XX	249	XXX

68. Forma de pago de la importación	69. Tipo de importación	70. Cod. país compra	71. Peso bruto kgs.	72. Peso neto kgs.	73. Código embalaje	74. No. bultos	75. Subpartidas	76. Cod. unidad comercial	77. Cantidad
01	01	249	6,088.71	6,088.71	PK	2	1	U	

78. Valor FOB USD	79. Valor fletes USD
10,430.00	2,153.60

80. Valor Seguros USD	81. Valor Otros Gastos USD
9.80	0.00

82. Sumatoria de fletes, seguros y otros gastos USD	83. Ajuste valor USD
2,163.40	0.00

84. Valor aduana USD	85. Código registro o licencia	86. Número
12,593.40	L	21067779

87. Cod. oficina	88. Año	89. Programa No	90. Cód Interno del Producto
3	2012	XXXXXXXXXX	0

Autoliquidación

Concepto	%	Base	Total Liquidado ($)	Total a pagar con esta declaración ($)	Total Liquidado (USD)
Arancel	0.00	22,952,857	0	0	
I.V.A.	16.00	22,952,857	3,672,000	3,672,000	
Salvaguardia	0.00	0	0	0	
Derechos Compensatorios	0.00	0	0	0	
Derechos Antidumping	0	0	0	0	
Sanción	0	0	0	0	
Rescate	0	0	0	0	
		Total	3,672,000		

91. Descripción de las mercancías (Inicie la descripción de las mercancías a importar con lo señalado en el arancel de aduanas en la subpartida arancelaria - incluya marcas, seriales y otros) (Si el campo es insuficiente, continúe en este formulario)

DO 146161 DO 02314DECLARACION(1-1) NOMBRE COM: VIBROCOMPACTADORA MARCA COM: CHAMPION MODELO: 600P REF: VIBROCOMPACTADORA R
ER CAT SUPER 600P. USO: INDUSTRIAL PARA APLANAR LA TIERRA. S/N: X101111X. DIESEL, TORQUE HUB, MODELO: W202F0343, SERIAL NO
13, MARCA FAIRFIELD MFG.CO,INC. LLANTAS MARCA FIRESTONE 14-924, F-151. PLAQUETA DEL MOTOR: DIN/ISO3046 FN, TIPE: F4L912, N
.8497802, KW(S):44,KW(N):1.3, 1/MIN: 2500, ANGULO: 19-1, 3301/11, MARCA KHD DEUTZ, HECHO EN ALEMANIA. PRECIO CUANDO NUEVA
3D. MERCANCIA USADA, AÑO DE FABRICACION; 1998.MARCA SEGUN LICENCIA: SUPER PAC. CANT (1) UND: // XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

127. Valor pagos anteriores: 0

128. Recibo oficial de pago anterior No.: XXXXXXXXXXXXXXX

129. Fecha: XXXX XX XX

130. Espacio reservado DIAN - Actuación aduanera
Estado de levante: Levante automático

No hay declaración posterior

131. Espacio reservado uso exclusivo Ministerio de Relaciones Exteriores

132. No. Aceptación declaración 482012000511581

133. Fecha 2012 11 22

134. Levante No. 482012000303256

135. Fecha 2012 - 11 - 22

Firma funcionario responsable

136. Nombre

137. C.C. No.

Firma declarante

997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora (Fecha efectiva de la transacción)

Coloque el timbre de la máquina registradora al dorso de este formulario

980. Pago Total $

996. Espacio para autoadhesivo de la entidad recaudadora (Número del adhesivo)

BOGOTA
Autoadhesivo 01007030517756
Fecha presentación 2012-11-22 14:40:00
Valor pagado $3,672,000

Fecha de Impresión: 2012-11-22 15:25:16

20123395193617

ALCALDÍA DE BARRANQUILLA

NIT 890.102.018-1

SC-CER103099

FICHA TÉCNICA DE APROBACIÓNDE PLANES DE MANEJO DE TRÁNSITO

CÓDIGO: MM-SE-TS-F-052

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

1. Nombre de la empresa o persona natural solicitante	2. NIT o Cédula	3. Nombre del Representante Legal (cuando aplique)
CONSORCIO TREN MALLORQUIN	901518821-3	BENJAMIN FIGUEROA MOLINA

4. Dirección de correspondencia	5. Teléfono	6. Correo electrónico
CRA 16 93A 16 OF 301	3148917292	direcciontrenmallorquin@obrasgmc.com

INFORMACIÓN DEL PROYECTO O EVENTO

7. Nombre u objeto	8. Descripción
PROYECTO TREN TURISTICO LAS FLORES	Construccion de liea de conduccion en tuberia PEAD , en diametros de 160 mm .

9. Localización/Concentración	10. Fecha inicio	11. Fecha de fin	12. Licencia/Convenio	13. No.Part.Evento	14. No.Asist.Evento
Barrios las flores (calle 109A/Cra90/cll106	29-nov-21	30-abr-23	CD-12-2020-2435		

15. Nombre del responsable	16. Cargo	17. Cédula	18. Teléfono	19. Correo electrónico
LUIS EDUARDO PERILLA	DIRECTOR DE OBRA	10.182.682	3148917292	direcciontrenmallorquin@obrasgmc.com

INFORMACIÓN DEL PLAN DE MANEJO DE TRÁNSITO

20. Tramos de Vías a Cerrar o recorrido	21. Ancho	22. Calz.	23. Carr.	24. Cat.	25. Sent.	26. Rutas de Tpte. Pub.	27. HMD	28. Vol.Max
Calle109A entre via 40 y kra 90 Calle 90 entre call109A y calle 106 Calle 106 entre Cra 90 y estacion las flores.	variable entre (5.0mts , 9.0mts)	1	2	4	Doble	NO APLICA	7:15 A 8:15	2460

29. Tipo de actividad	30. Tipo de cierre	31. Fecha y horario de cierres viales	32. Maquinaria, equipo y vehículos
Obra con Rotura de Pavimento	Parcial	17 de Diciembre del 2022 al 17 de Junio del 2023 Horario : 7:00 am a 5.00 pm	RETRO / CARGADOR / COMPACTADOR

33. Manejo del tránsito vehicular

Para los cierres parciales se llevara a cabo en tramos de 500 ml, donde se cerrara parcialmente carril izquierdo y se habilitara paso sobre el carril derecho, por periodos N-S y S-N coordinados por dos auxiliar de trafico a la lado y lado, con toda la señalizacion requerida por el manual de señalizacion INVIAS 2015, para este tipo de cierres.

34. Rutas de desvíos

Para la intervencion de estos trabajos no se requiere realizar desvios , ya que siempre se garantiza un cierre parcial , y la posibilidad de un paso controlado por un auxiliar de trafico a travez de un recorrido de las vias a intervenir.

35. Manejo del tránsito peatonal

se dispondra de senderos peatonales señalizados con colombinas, cinta reflectiva u señales preventivas de obra, sobre el sector derecho sentido S-N, para garantizar la conexión de los peatones que transitan sobre el tajamar.

36. Manejo de escombros y basuras

Los escombro y basuras generadas se dispondran en zona especialmente señalizada y designada para acopio provisional en el campamento ubicado en el predio de la estacion las flores y se cargara y dispondra posteriormente a los sitios autorizados para la disposicion y manejo de los mismos.

37. Señales típicas	38. Cant.	39. Dispositivos típicos	40. Cant.
SR-30 Velocidad máxima permitida 20 K/h	2	Delineadores tubulares	20
SPO-01 Hombres trabajando en la vía	2	Barreras plásticas (maletines)	4
SPO-03 Señal de Auxiliar de Tránsito	2	Páneles de mensaje variable	2
SPO-05 Angostamiento a la derecha	1	Auxiliares de tránsito	2
SPO-06 Angostamiento a la izquierda	1		
SIO-02 Inicio de obra	1	**41. Otras señales y/o Dispositivos**	**42. Cant.**
SIO-03 Fin de obra	1		

43. Observaciones

Declaro que la información aquí presentada es cierta y autorizo a la Secretaría Distrital de Tránsito y Seguridad Vial de Barranquilla para efectuar la actualización en la base de datos y realizar notificaciones a través de mi correo electrónico de conformidad con el numeral 1° del artículo 67 de la ley 1437 de 2011. Asimismo, me comprometo a implementar el Plan de Manejo de Tránsito en las condiciones aprobadas por parte de la Secretaría Distrital de Tránsito y Seguridad Vial de Barranquilla, a mantener en buen estado las señales y dispositivos de control de tránsito utilizados durante las actividades, a retirarlos una vez se terminen las actividades y a dejar en buenas condiciones, libre de basuras y obtáculos los tramos viales ocupados, previo a su apertura.

44. Solicitante o Responsable

Firma

Nombre LUIS EDUARDO PERILLA ESCOBAR

C.C. 10.182.682 Mat. Prof. A63-192002

45. Supervisor o Interventor del Proyecto (Cuando aplique)

Firma

Nombre DIEGO MARTIN RESTREPO ANGULO

C.C. 98486577 Mat. Prof. 05202-28869

Este documento es un resumen del PMT aprobado por la SDTSV y no reemplaza al permiso de Cierre de Vías por Obras, permiso de cierre de vías por Eventos o permiso de Cargue y Descargue que expide la misma entidad, y en ningún caso autoriza la ejecución de obras de intervención del espacio público o realización de eventos. Una vez terminadas las actividades, es responsabilidad de la persona de derecho público o privado el retiro de todas las señales y dispositivos de control de tránsito utilizados, así como los desechos generados por la actividad, trabajadores o asistentes. Las autoridades de tránsito y transporte acatarán lo dispuesto en el acto administrativo, verificarán y velarán por su estricto cumplimiento. Los originales de los documentos deben permanecer en el lugar de las actividades y, de ser requerido por un representante de la autoridad, el responsable debe presentar este documento, los planos de señalización y desvíos y el Permiso de Cierre de Vías por obras, Cierre de Vías por eventos o Permiso de Cargue y Descargue expedido por la SDTSV.

Espacio para aprobación de la SDTSV

Firma	Firma	Firma	Firma
Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
Revisó cargo:	Revisó cargo:	Revisó cargo:	Aprobó cargo:

La Alcaldía Distrital de Barranquilla, le comunica que, usted está aceptando el tratamiento de sus datos personales, de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales de nuestra entidad, adoptada de acuerdo a la Ley 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013. La cual se encuentra publicada en nuestra página web y puede consultar en el siguiente link: www.barranquilla.gov.co/transparencia/planeacion/politicas-lineamientos-

SM-CVO-20221222-19262

PERMISO CIERRE DE VÍAS POR OBRA

LA SECRETARÍA DISTRITAL DE TRANSITO Y SEGURIDAD VIAL

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 769 de 2002 “Código Nacional de Tránsito”, Capítulo VIII, Artículo 101: ”Normas para realizar trabajos en vía pública” y la Resolución No. 1050 de Mayo de 2014 – Ministerio de Transporte y conforme a la solicitud presentada por el Señor (a): **CONSORCIO TREN MALLORQUIN** ; se concede permiso especial de cierre de vía para ejecutar los trabajos descritos a continuación:

TIPO DE ACTIVIDAD	**Rotura de pavimento**
TIPO DE CIERRE	**Parcial**
VÍA A CERRAR	**CALLE 109A ENTRE VÍA 40 Y CARRERA 90; CARRERA 90 ENTRE CALLES 109A Y 106; CALLE 106 ENTRE CARRERA 90 Y ESTACIÓN LAS FLORES**

CONDICIONES DE LAS OBRAS: Se considera viable el cierre vial descrito, sujeto a verificación en terreno. Para efectuar los cierres requiere de la implementación de señalización, según PMT aprobado, informar a los usuarios y a la comunidad de las vías afectadas. Garantizar el acceso a los residentes o comerciantes del sector. Adicionalmente es responsabilidad del solicitante tomar las precauciones del caso y suministrar los elementos de seguridad necesarios para efectuar la obra, dentro de los cuales se involucra la señalización, equipos y aislamiento de la zona de peatones y de los trabajadores de la obra.

ESTE PERMISO SÓLO AUTORIZA LOS CIERRES DE VÍAS, Y SEÑALIZACIÓN POR OBRAS. EN NINGÚN CASO AUTORIZA LA EJECUCIÓN DE LAS OBRAS. ESTE PERMISO DEBE IR ACOMPAÑADO POR EL FORMATO DE AUTORIZACIÓN DEL PMT POR OBRAS. EN LOS CASOS EN QUE SE REQUIERA REALIZAR ROTURA DE PAVIMENTO, DEBE CONTAR CON EL PERMISO Y/O AUTORIZACIÓN EMITIDO POR LA SECRETARÍA DE PLANEACIÓN Y/O SECRETARÍA DE OBRAS PUBLICAS.

Las autoridades de Tránsito y Transporte acatarán lo dispuesto en el Acto Administrativo, verificarán y velarán por su estricto cumplimiento.

Fecha de expedición:	23/12/2022
Fecha de inicio:	17/12/2022
Período de validez:	183 Día(s)
Fecha de vencimiento:	17/06/2023
Fechas:	N/A
Recibo de Caja No.:	EXENTO
Radicado:	EXT-QUILLA-22-228985
Horario:	07:00 am a 5:00 Pm.
Observaciones:	N/A

SM-CVO-20221222-19269

PERMISO CIERRE DE VÍAS POR OBRA

LA SECRETARÍA DISTRITAL DE TRANSITO Y SEGURIDAD VIAL

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 769 de 2002 “Código Nacional de Tránsito”, Capítulo VIII, Artículo 101: ”Normas para realizar trabajos en vía pública” y la Resolución No. 1050 de Mayo de 2014 – Ministerio de Transporte y conforme a la solicitud presentada por el Señor (a): **CONSORCIO TREN MALLORQUIN** ; se concede permiso especial de cierre de vía para ejecutar los trabajos descritos a continuación:

TIPO DE ACTIVIDAD	**Rotura de pavimento**
TIPO DE CIERRE	**Parcial**
VÍA A CERRAR	**CALLE 106 ENTRE ESTACION TRIPLE A A PLAYAS DE PUERTO MOCHO (TAJAMARES)**

CONDICIONES DE LAS OBRAS: Se considera viable el cierre vial descrito, sujeto a verificación en terreno. Para efectuar los cierres requiere de la implementación de señalización, según PMT aprobado, informar a los usuarios y a la comunidad de las vías afectadas. Garantizar el acceso a los residentes o comerciantes del sector. Adicionalmente es responsabilidad del solicitante tomar las precauciones del caso y suministrar los elementos de seguridad necesarios para efectuar la obra, dentro de los cuales se involucra la señalización, equipos y aislamiento de la zona de peatones y de los trabajadores de la obra.

ESTE PERMISO SÓLO AUTORIZA LOS CIERRES DE VÍAS, Y SEÑALIZACIÓN POR OBRAS. EN NINGÚN CASO AUTORIZA LA EJECUCIÓN DE LAS OBRAS. ESTE PERMISO DEBE IR ACOMPAÑADO POR EL FORMATO DE AUTORIZACIÓN DEL PMT POR OBRAS. EN LOS CASOS EN QUE SE REQUIERA REALIZAR ROTURA DE PAVIMENTO, DEBE CONTAR CON EL PERMISO Y/O AUTORIZACIÓN EMITIDO POR LA SECRETARÍA DE PLANEACIÓN Y/O SECRETARÍA DE OBRAS PUBLICAS.

Las autoridades de Tránsito y Transporte acatarán lo dispuesto en el Acto Administrativo, verificarán y velarán por su estricto cumplimiento.

Fecha de expedición:	23/12/2022
Fecha de inicio:	16/01/2023
Período de validez:	90 Día(s)
Fecha de vencimiento:	15/04/2023
Fechas:	N/A
Recibo de Caja No.:	EXENTO
Radicado:	EXT-QUILLA-22-237975
Horario:	24 HORAS
Observaciones:	N/A

ALCALDÍA DE BARRANQUILLA

NIT 890.102.018-1

SC-CER1030099

FICHA TÉCNICA DE APROBACIÓNDE PLANES DE MANEJO DE TRÁNSITO

CÓDIGO: MM-SE-TS-F-052

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

1. Nombre de la empresa o persona natural solicitante	2. NIT o Cédula	3. Nombre del Representante Legal (cuando aplique)
CONSORCIO TREN MALLORQUIN	901518821-3	BENJAMIN FIGUEROA MOLINA

4. Dirección de correspondencia	5. Teléfono	6. Correo electrónico
CRA 10 97A 13 OF 604 TORRE	314 8917292	direcciontrenmallorquin@obrasgmc.com

INFORMACIÓN DEL PROYECTO O EVENTO

7. Nombre u objeto	8. Descripción
PROYECTO TREN TURISTICO LAS FLORES	Construccion de Estacion las Flores y Puerto Mocho, las cuales estaran conectadas mediante la construccion de 2,5 Km de Linea ferrea, Cicloruta y sendero peatonal sobre el tajamar desde el barrio las flores hasta las playas de puerto mocho.

9. Localización/Concentración	10. Fecha inicio	11. Fecha de fin	12. Licencia/Convenio	13. No.Part.Event	14. No.Asist.Evento
Tajamar bocas de ceniza (Calle 106)	29-nov-21	30-jun-22	CD-12-2020-2435		

15. Nombre del responsable	16. Cargo	17. Cédula	18. Teléfono	19. Correo electrónico
LUIS EDUARDO PERILLA ESCOBAR	DIRECTOR DE OBRA	10182682	314 8917292	direcciontrenmallorquin @obrasgmc.com

INFORMACIÓN DEL PLAN DE MANEJO DE TRÁNSITO

20.Tramos de Vías a Cerrar o recorrido	21. Ancho	22. Calz.	23. Carr.	24. Cat.	25. Sent.	26. Rutas de Tpte. Pub.	27. HMD	28. Vol.Max
Tajamar (Calle 106 entre Estacion Triple A a Playas de Puerto Mocho)	11	1	2	4	Doble	NO EXISTEN	7:15 A 8:15	2460

29. Tipo de actividad	30. Tipo de cie	31. Fecha y horario de cierres viales	32. Maquinaria, equipo y vehículos
Obra con Rotura de Pavimento	Parcial	16 ENERO DEL 2023 AL 15 DE ABRIL 2023, DE LUNES A SABADO DE 07:00 AM A 5:00 PM	RETRO / CARGADOR / COMPACTADOR

33. Manejo del tránsito vehicular

Para los cierres parciales se llevara a cabo en tramos de 500 ml, donde se cerrara parcialmente carril izquierdo y se habilitara paso sobre el carril derecho, por periodos N-S y S-N coordinados por dos auxiliar de trafico a la lado y lado, con toda la señalizacion requerida por el manual de señalizacion INVIAS 2015, para este tipo de cierres.

34. Rutas de desvíos

Para la FASE 1 solo se realizaran cierres parciales de la calle 106 sobre el tajamar,iniciaria en el 2023, la cual requiere cierres totales. Actualmente nos encontramos en el periodo de ejecucion de la FASE 1 contemplada entre los meses Diciembre del
2022 a Abril del 2023.

35. Manejo del tránsito peatonal

se dispondra de senderos peatonales señalizados con colombinas, cinta reflectiva u señales preventivas de obra, sobre el sector derecho sentido S-N, para garantizar la conexión de los peatones que transitan sobre el tajamar.

36. Manejo de escombros y basuras

Los escombro y basuras generadas se dispondran en zona especialmente señalizada y designada para acopio provisional en el campamento ubicado en el predio de la estacion las flores y se cargara y dispondra posteriormente a los sitios autorizados para la disposicion y manejo de los mismos.

37. Señales típicas	38. Cant.	39. Dispositivos típicos	40. Cantidad
SR-30 Velocidad máxima permitida 20 K/h	8	Delineadores tubulares	
SR-03 Siga de frente	2	Barreras plásticas (maletines)	
SR-08 Prohibido girar a la derecha	2	Páneles de mensaje variable	
SR-04 No pase	1	Auxiliares de tránsito	
SPO-01 Hombres trabajando en la vía	8	Delineadores tubulares	
SPO-03 Señal de Auxiliar de Tránsito	5		
SPO-05 Angostamiento a la derecha	2	**41. Otras señales y/o Dispositivos**	**42. Cantidad**
SPO-06 Angostamiento a la izquierda	2		
SIO-02 Inicio de obra	2		
SIO-03 Fin de obra	2		

43. Observaciones

Declaro que la información aquí presentada es cierta y autorizo a la Secretaría Distrital de Tránsito y Seguridad Vial de Barranquilla para efectuar la actualización en la base de datos y realizar notificaciones a través de mi correo electrónico de conformidad con el numeral 1° del artículo 67 de la ley 1437 de 2011. Asimismo, me comprometo a implementar el Plan de Manejo de Tránsito en las condiciones aprobadas por parte de la Secretaría Distrital de Tránsito y Seguridad Vial de Barranquilla, a mantener en buen estado las señales y dispositivos de control de tránsito utilizados durante las actividades, a retirarlos una vez se terminen las actividades y a dejar en buenas condiciones, libre de basuras y obstáculos los tramos viales ocupados, previo a su apertura.

44. Solicitante o Responsable

Firma

Nombre LUIS EDUARDO PERILA ESCOBAR

C.C. 10.182.682,00 Mat. Prof. A63-192002

45. Supervisor o Interventor del Proyecto (Cuando aplique)

Firma

Nombre DIEGO MARTIN RESTREPO ANGULO

C.C. 98.486.577 Mat. Prof. 05202-28869

Este documento es un resumen del PMT aprobado por la SDTSV y no reemplaza al permiso de Cierre de Vías por Obras, permiso de cierre de vías por Eventos o permiso de Cargue y Descargue que expide la misma entidad, y en ningún caso autoriza la ejecución de obras de intervención del espacio público o realización de eventos. Una vez terminadas las actividades, es responsabilidad de la persona de derecho público o privado el retiro de todas las señales y dispositivos de control de tránsito utilizados, así como los desechos generados por la actividad, trabajadores o asistentes. Las autoridades de tránsito y transporte acatarán lo dispuesto en el acto administrativo, verificarán y velarán por su estricto cumplimiento. Los originales de los documentos deben permanecer en el lugar de las actividades y, de ser requerido por un representante de la autoridad, el responsable debe presentar este documento, los planos de señalización y desvíos y el Permiso de Cierre de Vías por obras, Cierre de Vías por eventos o Permiso de Cargue y Descargue expedido por la SDTSV.

Espacio para aprobación de la SDTSV

Firma	Firma	Firma	Firma
Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
Revisó cargo:	Revisó cargo:	Revisó cargo:	Aprobó cargo:

La Alcaldía Distrital de Barranquilla, le comunica que, usted está aceptando el tratamiento de sus datos personales, de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales de nuestra entidad, adoptada de acuerdo a la Ley 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013. La cual se encuentra publicada en nuestra página web y puede consultar en el siguiente link: www.barranquilla.gov.co/transparencia/planeacion/politicas-lineamientos-y-manuales/politica-de-tratamiento-de-datos

Consorcio Tren Mallorquín

INSPECCION PREOPERACIONAL MINI CARGADOR

CODIGO	SSTFM-8
VERSION	1
VIGENCIA	08-07-22

NOMBRE DEL OPERADOR	Kelly Vargas	SERIE	
SEMANA DEL OPERADOR	5 - Al 10 - Diciembre	MODELO -MARCA CONTRATISTA	Bobcat - S. 57c

ITEM	CONCEPTO	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	Direccionales delanteras	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Direccionales traseras	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	De trabajo delanteras	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	De trabajo traseras	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	De frenado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CABINA	Protección antivuelco (R.O.P.S)	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Pito	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Alarma de retroceso	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Cinturón de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Frenos de servicio	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Freno de parqueo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Indicadores (hidráulicos, refrigerante, corriente-aceite motor-horómetro)	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Extintor de incendios	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Kit ambiental	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Silla del operador	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Espejos laterales	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Espejo central convexo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Pasamanos de acceso	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Dirección	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
LLANTAS	En buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ESTADO MECÁNICO	Control de fugas hidráulicas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado pasadores	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Mecanismo de giro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Mandos de avance	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Guardas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado del bastidor	✓	✓	✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA	FIRMA OPERADOR														
	FIRMA SUPERVISOR SISO														

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

Powered by CamScanner

Consorcio Tren Mallorquín

INSPECCION PREOPERACIONAL MINI CARGADOR

CODIGO	SSTFM-8
VERSION	1
VIGENCIA	08-07-22

NOMBRE DEL OPERADOR	Yuley Vargas	SERIE	
SEMANA DEL OPERADOR	12-21-17-Diciembre	MODELO -MARCA CONTRATISTA	Bobcat E.570

ITEM	CONCEPTO	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	Direccionales delanteras	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Direccionales traseras	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	De trabajo delanteras	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	De trabajo traseras	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	De frenado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CABINA	Protección antivuelco (R.O.P.S)	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Pito	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Alarma de retroceso	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Cinturón de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Frenos de servicio	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Freno de parqueo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Indicadores (hidráulicos, refrigerante, corriente-aceite motor-horómetro)	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Extintor de incendios	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Kit ambiental	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Silla del operador	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Espejos laterales	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Espejo central convexo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Pasamanos de acceso	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Dirección	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
LLANTAS	En buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ESTADO MECÁNICO	Control de fugas hidráulicas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado pasadores	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Mecanismo de giro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Mandos de avance	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Guardas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado del bastidor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA	FIRMA OPERADOR	Yuley		Yuley		Yuley		Yuley		Yuley		Yuley			
	FIRMA SUPERVISOR SISO														

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

Powered by CamScanner

Consorcio Tren Mallorquin

INSPECCION PREOPERACIONAL DE MINICARGADOR

CODIGO	SG-SSTFM-8
VERSION	1
VIGENCIA	27-04-22

NOMBRE DEL OPERADOR	Hitler Vasquez	SERIE	
PROYECTO	Tren Mallorquin	MODELO- MARCA	Bobcat S-570
SEMANA	19 - 16-22 - Diario	CONTRATISTA	

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
LUCES	Direccionales delanteras	✓		✓		✓		✓							
	Direccionales traseras	✓		✓		✓		✓							
	De trabajo delanteras	✓		✓		✓		✓							
	De trabajo traseras	✓		✓		✓		✓							
	De frenado	✓		✓		✓		✓							
CABINA	Protección antivuelco (R.O.P.S)	✓		✓		✓		✓							
	Pito	✓		✓		✓		✓							
	Alarma de retroceso	✓		✓		✓		✓							
	Cinturón de seguridad	✓		✓		✓		✓							
	* Frenos de servicio	✓		✓		✓		✓							
	* Freno de parqueo	✓		✓		✓		✓							
	* Indicadores (hidráulicos, refrigerante, corriente-aceite motor-horómetro)	✓		✓		✓		✓							
	Extintor de incendios	✓		✓		✓		✓							
	Kit ambiental	✓		✓		✓		✓							
	Silla del operador	✓		✓		✓		✓							
	Espejos laterales	✓		✓		✓		✓							
	Espejo central convexo	✓		✓		✓		✓							
	Pasamanos de acceso	✓		✓		✓		✓							
	*Dirección	✓		✓		✓		✓							
LLANTAS	En buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)	✓		✓		✓		✓							
ESTADO MECÁNICO	Control de fugas hidráulicas	✓		✓		✓		✓							
	Estado pasadores	✓		✓		✓		✓							
	Mecanismo de giro	✓		✓		✓		✓							
	Mandos de avance	✓		✓		✓		✓							
	Guardas	✓		✓		✓		✓							
	Estado del bastidor	✓		✓		✓		✓							
FIRMA	FIRMA OPERADOR	Hitler		Hitler		Hitler		Hitler							
	FIRMA SUPERVISOR SISO														

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

Powered by CamScanner

Consorcio Tren Mallorquín

INSPECCION PREOPERACIONAL MINI CARGADOR

CODIGO	SSTFM-8
VERSION	1
VIGENCIA	08-07-22

NOMBRE DEL OPERADOR	Kelly Vargas	SERIE	
SEMANA DEL OPERADOR	5 - Al 10 - Diciembre	MODELO -MARCA CONTRATISTA	Bobcat - S. 57c

ITEM	CONCEPTO	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	Direccionales delanteras	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Direccionales traseras	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	De trabajo delanteras	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	De trabajo traseras	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	De frenado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CABINA	Protección antivuelco (R.O.P.S)	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Pito	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Alarma de retroceso	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Cinturón de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Frenos de servicio	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Freno de parqueo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Indicadores (hidráulicos, refrigerante, corriente-aceite motor-horómetro)	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Extintor de incendios	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Kit ambiental	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Silla del operador	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Espejos laterales	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Espejo central convexo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Pasamanos de acceso	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Dirección	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
LLANTAS	En buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ESTADO MECÁNICO	Control de fugas hidráulicas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado pasadores	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Mecanismo de giro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Mandos de avance	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Guardas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado del bastidor	✓	✓	✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA	FIRMA OPERADOR														
	FIRMA SUPERVISOR SISO														

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

Powered by CamScanner

Consorcio Tren Mallorquín

INSPECCION PREOPERACIONAL MINI CARGADOR

CODIGO	SSTFM-8
VERSION	1
VIGENCIA	08-07-22

NOMBRE DEL OPERADOR	Yuley Vargas	SERIE	
SEMANA DEL OPERADOR	12-21-17-Diciembre	MODELO -MARCA CONTRATISTA	Bobcat E.570

ITEM	CONCEPTO	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	Direccionales delanteras	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Direccionales traseras	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	De trabajo delanteras	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	De trabajo traseras	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	De frenado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CABINA	Protección antivuelco (R.O.P.S)	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Pito	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Alarma de retroceso	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Cinturón de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Frenos de servicio	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Freno de parqueo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Indicadores (hidráulicos, refrigerante, corriente-aceite motor-horómetro)	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Extintor de incendios	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Kit ambiental	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Silla del operador	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Espejos laterales	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Espejo central convexo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Pasamanos de acceso	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Dirección	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
LLANTAS	En buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ESTADO MECÁNICO	Control de fugas hidráulicas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado pasadores	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Mecanismo de giro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Mandos de avance	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Guardas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado del bastidor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA	FIRMA OPERADOR	Yuley		Yuley		Yuley		Yuley		Yuley		Yuley			
	FIRMA SUPERVISOR SISO														

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

Powered by CamScanner

Consorcio Tren Mallorquin

INSPECCION PREOPERACIONAL DE MINICARGADOR

CODIGO	SG-SSTFM-8
VERSION	1
VIGENCIA	27-04-22

NOMBRE DEL OPERADOR	Hitler Vasquez	SERIE	
PROYECTO	Tren Mallorquin	MODELO- MARCA	Bobcat S-570
SEMANA	19 - 16-22 - Diario	CONTRATISTA	

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
LUCES	Direccionales delanteras	✓		✓		✓		✓							
	Direccionales traseras	✓		✓		✓		✓							
	De trabajo delanteras	✓		✓		✓		✓							
	De trabajo traseras	✓		✓		✓		✓							
	De frenado	✓		✓		✓		✓							
CABINA	Protección antivuelco (R.O.P.S)	✓		✓		✓		✓							
	Pito	✓		✓		✓		✓							
	Alarma de retroceso	✓		✓		✓		✓							
	Cinturón de seguridad	✓		✓		✓		✓							
	* Frenos de servicio	✓		✓		✓		✓							
	* Freno de parqueo	✓		✓		✓		✓							
	* Indicadores (hidráulicos, refrigerante, corriente-aceite motor-horómetro)	✓		✓		✓		✓							
	Extintor de incendios	✓		✓		✓		✓							
	Kit ambiental	✓		✓		✓		✓							
	Silla del operador	✓		✓		✓		✓							
	Espejos laterales	✓		✓		✓		✓							
	Espejo central convexo	✓		✓		✓		✓							
	Pasamanos de acceso	✓		✓		✓		✓							
	*Dirección	✓		✓		✓		✓							
LLANTAS	En buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)	✓		✓		✓		✓							
ESTADO MECÁNICO	Control de fugas hidráulicas	✓		✓		✓		✓							
	Estado pasadores	✓		✓		✓		✓							
	Mecanismo de giro	✓		✓		✓		✓							
	Mandos de avance	✓		✓		✓		✓							
	Guardas	✓		✓		✓		✓							
	Estado del bastidor	✓		✓		✓		✓							
FIRMA	FIRMA OPERADOR	Hitler		Hitler		Hitler		Hitler							
	FIRMA SUPERVISOR SISO														

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

Powered by CamScanner

Consorcio Tren Mallorquin

INSPECCION PREOPERACIONAL RETRO CARGADOR DE LLANTAS

CODIGO	SG-SSTFM-8
VERSION	1
VIGENCIA	27-04-22

MBRE DEL OPERAD	Jeison Rivera N.	SERIE	Retroexcavadora
PROYECTO	Tren Mallorquin	MODELO- MARCA	KOBELCO SK 250
SEMANA	19-12-23	CONTRATISTA	GSI

OPERADOR Jeison Rivera Navarro UBICACIÓN Barranquilla PROYECTO Tren Mallorquin

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)	✓			✓		✓		✓						
	De trabajo traseras		✓	✓		✓	✓	✓							
	Direccionales delanteras		✓	✓		✓	✓	✓							
	Direccionales traseras		✓	✓			✓	✓							
	De Stop y señal trasera		✓	✓											
CABINA	Protección antivuelco (ROPS) certificada		✓		✓	✓			✓						
	Cinturón de seguridad	✓		✓		✓		✓							
	Extintor de incendio 10 PQS	✓		✓		✓		✓							
	Asiento en buen estado (dispositivo de giro)	✓		✓		✓		✓							
	Vidrio panoramico en buen estado	✓		✓		✓		✓							
	Indicadores (hidraulicos, refrigerantes, horometro, corriente, aceite motor)	✓		✓		✓		✓							
	Tubo de escape (Exhosto)	✓		✓			✓	✓							
	Alarma de retroceso-Pito		✓		✓	✓		✓							
	Espejos	✓		✓		✓		✓							
	Escaleras y apoyos de acceso	✓		✓		✓		✓							
	Palancas y pedales en buen estado	✓		✓		✓		✓							
	Bateria y cables	✓		✓		✓		✓							
MECÁNICO	* Control de fugas hidráulicas	✓		✓		✓		✓							
	Kit ambiental		✓		✓		✓	✓							
	Estado pasadores (bastidor, desgarrador)	✓		✓		✓		✓							
	Estado pasadores (brazo, balde)	✓		✓		✓		✓							
	* Gatos estabilizadores		✓		✓	✓		✓							
	Mecanismo de giro (Brazo excavador)	✓		✓		✓		✓							

Powered by CamScanner

ESTADO ME	* Función Hidráulica en buen estado (mangu	✓		✓		✓	✓	✓							
	* Freno de servicio	✓	✓		✓	✓	✓	✓							
	* Mando de estacionamiento (freno de eme		✓		✓		✓		✓						
	Estado general desgarrador (balde)	✓		✓		✓		✓							
	Mandos de levante del brazo	✓		✓		✓		✓							
	* Cilindros en buen estado	✓		✓		✓		✓							
	Compartimiento del motor aseado	✓		✓		✓		✓							
LLANTAS	En buen estado (sin contaduras profundas y sin abultamientos)	✓		✓		✓		✓							
	Huellas en buen estado		✓		✓		✓		✓						
FIRMA	FIRMA OPERADOR														
	FIRMA SUPERVISOR SISO														

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	CION CORRECTIVA / PREVENTI	ESPONSABL	FECHA

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

Powered by CamScanner

Consorcio Tren Mallorquin

INSPECCION PREOPERACIONAL RETRO CARGADOR DE LLANTAS

CODIGO	SG-SSTFM-8
VERSION	1
VIGENCIA	27-04-22

MBRE DEL OPERAD	Jeison Rivera N.	SERIE	Retroexcavadora
PROYECTO	Tren Mallorquin	MODELO- MARCA	KOBELCO SK 250
SEMANA	19-12-23	CONTRATISTA	GSI

OPERADOR Jeison Rivera Navarro UBICACIÓN Barranquilla PROYECTO Tren Mallorquin

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)	✓			✓		✓		✓						
	De trabajo traseras		✓	✓		✓	✓	✓							
	Direccionales delanteras		✓	✓		✓	✓	✓							
	Direccionales traseras		✓	✓			✓	✓							
	De Stop y señal trasera		✓	✓											
CABINA	Protección antivuelco (ROPS) certificada		✓		✓	✓			✓						
	Cinturón de seguridad	✓		✓		✓		✓							
	Extintor de incendio 10 PQS	✓		✓		✓		✓							
	Asiento en buen estado (dispositivo de giro)	✓		✓		✓		✓							
	Vidrio panoramico en buen estado	✓		✓		✓		✓							
	Indicadores (hidraulicos, refrigerantes, horometro, corriente, aceite motor)	✓		✓		✓		✓							
	Tubo de escape (Exhosto)	✓		✓			✓	✓							
	Alarma de retroceso-Pito		✓		✓	✓		✓							
	Espejos	✓		✓		✓		✓							
	Escaleras y apoyos de acceso	✓		✓		✓		✓							
	Palancas y pedales en buen estado	✓		✓		✓		✓							
	Bateria y cables	✓		✓		✓		✓							
MECÁNICO	* Control de fugas hidráulicas	✓		✓		✓		✓							
	Kit ambiental		✓		✓		✓	✓							
	Estado pasadores (bastidor, desgarrador)	✓		✓		✓		✓							
	Estado pasadores (brazo, balde)	✓		✓		✓		✓							
	* Gatos estabilizadores		✓		✓	✓		✓							
	Mecanismo de giro (Brazo excavador)	✓		✓		✓		✓							

Powered by CamScanner

ESTADO ME	* Función Hidráulica en buen estado (mangu	✓		✓		✓	✓	✓							
	* Freno de servicio	✓	✓		✓	✓	✓	✓							
	* Mando de estacionamiento (freno de eme		✓		✓		✓		✓						
	Estado general desgarrador (balde)	✓		✓		✓		✓							
	Mandos de levante del brazo	✓		✓		✓		✓							
	* Cilindros en buen estado	✓		✓		✓		✓							
	Compartimiento del motor aseado	✓		✓		✓		✓							
LLANTAS	En buen estado (sin contaduras profundas y sin abultamientos)	✓		✓		✓		✓							
	Huellas en buen estado		✓		✓		✓		✓						
FIRMA	FIRMA OPERADOR														
	FIRMA SUPERVISOR SISO														

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	CION CORRECTIVA / PREVENTI	ESPONSABL	FECHA

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

Powered by CamScanner

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2022-12-14, 08:39:29 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 1051033709

Periodo Cotización: noviembre de 2022 **Periodo Servicio:** diciembre de 2022

PAGADO 14/12/2022 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CONSTRUCCIONES JG DEL VALLE SAS	**Nombre Sucursal**	JESUS FRANCISCO ROJAS	**Código Sucursal**	0110011006
Documento	NI901288369	**Dirección**	CL 12 #3 - 65 CC VILLA ROBLEDO OF 232		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	2398082		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL		
Ciudad	CARTAGO	**Departamento**	VALLE DEL CAUCA		
Representante Legal	SEPULVEDA JHON ALEXANDER	**Identificación**	CC 1088016550		
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 72144982	CARLOS EDER PEREZ VELEZ	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.000.000	$ 160.000	(ESSC24) EPS-S COOSALUD	$ 1.000.000	$ 40.000	6,960	$ 1.000.000	$ 69.600	(CCF68) COMCAJA	$ 100	$ 100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 269.700

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.000.000	$ 1.000.000	$ 1.000.000	$ 100	$ 160.000	$ 40.000	$ 69.600	$ 100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 269.700	$ 0	$ 269.700

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901222335-3	AMBIENTAL Y CONSTRUCCIONES SAS	CR 10 NO. 97 A 13 OF 604	7448546	administracion@gmcic.com.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-12	2022-11	E		63667998	$3.533.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	100.000	0		0		0	0	0	0	100.000	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	50.000	0		0		0	0	0	0	50.000	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	300.000	0		0		0	0	0	0	300.000	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	1.400.000	0	0	25.000	25.000	0	0		1.450.000	3
231001	Colfondos	800227940-6	400.000	0	0	0	0	0	0		400.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	783.000				783.000	0	0	783.000			7.830	783.000	4

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF06	Combarranquilla	890102002-2	200.000	0	0	200.000	2
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	250.000	0	0	250.000	2

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	3	450.000	450.000
Pensión	2	1.850.000	1.850.000
Riesgos Laborales	1	783.000	783.000
CCF	2	450.000	450.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	3.533.000	3.533.000

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901222335-3	AMBIENTAL Y CONSTRUCCIONES SAS		CR 10 NO. 97 A 13 OF 604	7448546	administracion@gmcic.com.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-12	2022-11	E		63667998	$3.533.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1023000899	MARTINEZ GONZALEZ MIGUEL ANGEL	1	0			S																	230301	1.250.000	200.000	0	0	0	0	EPS005	1.250.000	50.000	14-11	1.250.000	5	87.000	CCF24	1.250.000	50.000	0	0	0	0	0
2	CC	7186012	MARTINEZ CAMARGO DIEGO YESID	1	0			S																	230301	5.000.000	800.000	0	0	25.000	25.000	EPS037	5.000.000	200.000	14-11	5.000.000	5	348.000	CCF24	5.000.000	200.000	0	0	0	0	0
3	CC	1054554255	GUTIERREZ LEON JHOAN ESNEIDER	1	0			S																	231001	2.500.000	400.000	0	0	0	0	EPS002	2.500.000	100.000	14-11	2.500.000	5	174.000	CCF06	2.500.000	100.000	0	0	0	0	0
4	CC	1073324679	SIERRA HERNANDEZ MANUEL FELIPE	1	0			S																	230301	2.500.000	400.000	0	0	0	0	EPS037	2.500.000	100.000	14-11	2.500.000	5	174.000	CCF06	2.500.000	100.000	0	0	0	0	0

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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LUIS EDUARDO PERILLA ESCOBAR** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **10182682,** se encuentra afiliado/a desde **23/01/2003** 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 26 de noviembre de 2022.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EL FONDO NACIONAL DEL AHORRO

HACE CONSTAR

Que según el extracto de cesantías procesado por el sistema, el(la) señor(a) PERILLA ESCOBAR LUIS EDUARDO identificado(a) con cedula de ciudadania número 10182682 es afiliado(a) desde hace 105 meses con las(s) siguiente(s) entidad(es):

CONSORCIO SANTO TOMAS AMYC (ACT APORTANTE)

ALCALDIA MUNICIPAL DE LA DORADA (ACT APORTANTE)

CONSORCIO MOTA-ENGIL (RETIRADO)

En Bogotá a los VEINTE Y SEIS (26) días del mes de noviembre de 2022

ALEXANDRA PATRICIA OLAYA DAJER
JEFE DIVISIÓN DE CESANTÍAS
Aolaya@fna.gov.co

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	10182682
NOMBRES	LUIS EDUARDO
APELLIDOS	PERILLA ESCOBAR
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CALDAS
MUNICIPIO	LA DORADA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	17/03/2022	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	11/28/2022 13:41:29	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Medellín, 02 de diciembre de 2022

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 CONSORCIO TREN MALLORQUIN.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BARRANQUILLA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C10182682	PERILLA ESCOBAR LUIS EDUARDO	05/12/2022		14232961	DEPENDIENTE	POR INICIAR

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 02/12/2022 16:11:56 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.145.75.9, 192.230.104.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **10182682**

PERILLA ESCOBAR
APELLIDOS

LUIS EDUARDO
NOMBRES



FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO **06-OCT-1975**

LA DORADA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA **A+** G.S. RH **M** SEXO

28-OCT-1993 LA DORADA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

INDICE DERECHO

A-2600100-56106506-M-0010182682-20021023 0612[illegible]

FECHA:

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901518821-3	CONSORCIO TREN MALLORQUIN	CRA 10 N. 97A-13 OF 604 TO B	7448546	administracion@gmcic.com.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		ATLÁNTICO	BARRANQUILLA		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					11	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-12	2022-11	E	05/12/2022	63675351	$7.909.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	200.700	0		0		0	0	0	0	200.700	3
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	403.700	0		0		0	0	0	0	403.700	3
EPS010	EPS Sura	800088702-2	229.400	0		0		0	0	0	0	229.400	3
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	120.000	0		0		0	0	0	0	120.000	1
ESSC07	EPS-S Mutual Ser	806008394-7	68.800	0		0		0	0	0	0	68.800	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	1.682.500	0	0	0	0	0	0		1.682.500	5
230301	Porvenir	800224808-8	1.774.700	0	0	35.000	35.000	0	0		1.844.700	3
25-14	Colpensiones	900336004-7	357.600	0	0	0	0	0	0		357.600	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	1.779.200				1.779.200	0	0	1.779.200			17.792	1.779.200	11

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF06	Combarranquilla	890102002-2	1.223.300	0	0	1.223.300	11

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901518821-3	CONSORCIO TREN MALLORQUIN		CRA 10 N. 97A-13 OF 604 TO B	7448546	administracion@gmcic.com.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c			ATLÁNTICO	BARRANQUILLA		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					11	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-12	2022-11	E	05/12/2022	63675351	$7.909.900	

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	5	1.022.600	1.022.600
Pensión	3	3.884.800	3.884.800
Riesgos Laborales	1	1.779.200	1.779.200
CCF	1	1.223.300	1.223.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	10	7.909.900	7.909.900

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE APORTANTE**		**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**CORREO**
NI	901518821-3	CONSORCIO TREN MALLORQUIN		CRA 10 N. 97A-13 OF 604 TO B	7448546	administracion@gmcic.com.co
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
ÚNICA	B – menos de 200 c			ATLÁNTICO	BARRANQUILLA	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	**FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)**	**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)**	**NÚMERO PLANILLA**	**CANTIDAD**	
					EMPLEADOS	**UPC**
					11	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2022-12	2022-11	E	05/12/2022	63675351	$7.909.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**Colom. exterior**	**Exonerado**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRL**	**CORRECCIÓN**	**Cód. AFP**	**IBC AFP**	**Cotización**	**Voluntario Afiliado**	**Voluntario Aportante**	**Fondo pensional de solidaridad**	**Fondo pensional de subsistencia**	**Cód. EPS**	**IBC EPS**	**Cotización / Valor UPC**	**Cód. ARL**	**IBC ARL**	**Clase de Riesgo**	**Cotización**	**Código CCF**	**IBC CCF**	**Aporte CCF**	**IBC otros parafiscales**	**Aporte SENA**	**Aporte ICBF**	**Aporte ESAP**	**Aporte MEN**
1	CC	1042438910	JIMENEZ MIRANDA ADEL ELIESER	1	0			S		X							X								230201	761.188	121.800	0	0	0	0	EPS002	761.188	30.500	14-11	761.188	5	53.000	CCF06	1.143.688	45.800	0	0	0	0	0
2	CC	1098706175	CANDELA OVIEDO SERGIO ANDRES	1	0			S																	230301	3.500.000	560.000	0	0	0	0	EPS010	3.500.000	140.000	14-11	3.500.000	5	243.600	CCF06	3.500.000	140.000	0	0	0	0	0
3	CC	1140817602	CASADIEGO ROMERO CARLOS ANDRES	1	0			S		X															230301	7.000.000	1.120.000	0	0	35.000	35.000	EPS005	7.000.000	280.000	14-11	7.000.000	5	487.200	CCF06	11.034.722	441.400	0	0	0	0	0
4	CC	1193552718	OROZCO MADERA JHONATAN	1	0			S								X									230201	1.754.124	280.700	0	0	0	0	EPS002	1.754.124	70.200	14-11	1.754.124	5	122.100	CCF06	1.754.124	70.200	0	0	0	0	0
5	CC	22651526	MENDEZ MERCADO MILAGRO DE LAS MERCEDES	1	0			S																	230201	2.500.000	400.000	0	0	0	0	EPS005	2.500.000	100.000	14-11	2.500.000	5	174.000	CCF06	2.500.000	100.000	0	0	0	0	0
6	CC	39002342	NUÑEZ RAMOS ROXANA DEL PILAR	1	0			S																	230201	2.500.000	400.000	0	0	0	0	EPS002	2.500.000	100.000	14-11	2.500.000	5	174.000	CCF06	2.500.000	100.000	0	0	0	0	0
7	CC	71768429	CLARO NAVARRO EDUARDO	1	0			S																	230201	3.000.000	480.000	0	0	0	0	EPS037	3.000.000	120.000	14-11	3.000.000	5	208.800	CCF06	3.000.000	120.000	0	0	0	0	0
8	CC	72166936	VACA RODRIGUEZ EGAR EUGENIO	1	0			S									X								25-14	1.732.250	277.200	0	0	0	0	EPS010	1.732.250	69.300	14-11	1.732.250	5	120.600	CCF06	1.732.250	69.300	0	0	0	0	0
9	CC	72207178	IMBACHI CHICANGANA ISMAEL	1	0			S		X							X								230301	591.664	94.700	0	0	0	0	EPS005	591.664	23.700	14-11	591.664	5	41.200	CCF06	801.386	32.100	0	0	0	0	0
10	CC	8532164	SANDOVAL SARMIENTO CARLOS ARTURO	1	0			S		X							X								25-14	502.072	80.400	0	0	0	0	EPS010	502.072	20.100	14-11	502.072	5	35.000	CCF06	890.961	35.700	0	0	0	0	0
11	PT	5402921	ROJAS RIVAS ALEXIS JOSE	1	0	X		S									X									0	0	0	0	0	0	ESSC07	1.719.755	68.800	14-11	1.719.755	5	119.700	CCF06	1.719.755	68.800	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900564455-2	MARTIN CASILLAS SLU SUCURSAL COLOMBIA	CR 10 97 A 13 OFIC 604	6218864	administracion@gmcic.com.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-12	2022-11	E		63668896	$7.664.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	200.000	0		0		0	0	0	0	200.000	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	512.000	0		0		0	0	0	0	512.000	3
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	200.000	0		0		0	0	0	0	200.000	2
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	169.000	0		0		0	0	0	0	169.000	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	288.000	0	0	0	0	0	0		288.000	1
230301	Porvenir	800224808-8	1.476.000	0	0	0	0	0	0		1.476.000	4
25-14	Colpensiones	900336004-7	2.560.000	0	0	80.000	80.000	0	0		2.720.000	3

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	1.018.400				1.018.400	0	0	1.018.400			10.184	1.018.400	8

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	976.000	0	0	976.000	7
CCF38	Cafaba	890270275-5	105.000	0	0	105.000	1

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900564455-2	MARTIN CASILLAS SLU SUCURSAL COLOMBIA	CR 10 97 A 13 OFIC 604	6218864	administracion@gmcic.com.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO		DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-12	2022-11	E		63668896	$7.664.400	

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	1.081.000	1.081.000
Pensión	3	4.484.000	4.484.000
Riesgos Laborales	1	1.018.400	1.018.400
CCF	2	1.081.000	1.081.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	10	7.664.400	7.664.400

PAGADO 1786826809

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900564455-2	MARTIN CASILLAS SLU SUCURSAL COLOMBIA		CR 10 97 A 13 OFIC 604	6218864	administracion@gmcic.com.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-12	2022-11	E		63668896	$7.664.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1003913090	OSORIO ORJUELA LEIDY CAROLINA	1	0			S																	230301	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS008	2.000.000	80.000	14-11	2.000.000	1	10.500	CCF24	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0
2	CC	1018465384	CASTIBLANCO GUERRA PAULA ANGELICA	1	0			S																	230301	3.000.000	480.000	0	0	0	0	EPS008	3.000.000	120.000	14-11	3.000.000	1	15.700	CCF24	3.000.000	120.000	0	0	0	0	0
3	CC	1018511976	CHOACHI CAMACHO SERGIO IVAN	1	0			S																	230201	1.800.000	288.000	0	0	0	0	EPS005	1.800.000	72.000	14-11	1.800.000	1	9.400	CCF24	1.800.000	72.000	0	0	0	0	0
4	CC	1033755991	COCUNUBO OROZCO WENDY LORENA	1	0			S																	230301	1.600.000	256.000	0	0	0	0	EPS017	1.600.000	64.000	14-11	1.600.000	1	8.400	CCF24	1.600.000	64.000	0	0	0	0	0
5	CC	28867845	TAPIA HERNANDEZ LUZ SORA	1	0			S																	25-14	5.000.000	800.000	0	0	25.000	25.000	EPS005	5.000.000	200.000	14-11	5.000.000	1	26.100	CCF24	5.000.000	200.000	0	0	0	0	0
6	CC	91519150	MALDONADO HERRERA NELSON ARTURO	1	0			S																	25-14	5.000.000	800.000	0	0	25.000	25.000	EPS002	5.000.000	200.000	14-11	5.000.000	5	348.000	CCF24	5.000.000	200.000	0	0	0	0	0
7	CC	1032493081	RAMIREZ ONATRA OSCAR LEONARDO	1	0			S																	230301	2.625.000	420.000	0	0	0	0	EPS017	2.625.000	105.000	14-11	2.625.000	5	182.700	CCF38	2.625.000	105.000	0	0	0	0	0
8	CC	1054541443	RODRIGUEZ CUESTA JHON HEIVER	1	0			S																	25-14	6.000.000	960.000	0	0	30.000	30.000	EPS005	6.000.000	240.000	14-11	6.000.000	5	417.600	CCF24	6.000.000	240.000	0	0	0	0	0

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



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-DIC-1971

CORDOBA
(BOLIVAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.77 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

29-OCT-1993 SAN PEDRO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0300100-00059863-M-0092189668-20080828 0002646875A 1 3360013972

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **92.189.668**

CORREA GUERRA

APELLIDOS

JOSE LOS SANTOS

NOMBRES

José Correa Guerra

FIRMA



POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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): JOSE LOSSANTO CORREA GUERRA identificado con Cédula Ciudadanía No. 92189668, de la empresa GSI INGENIERIA Y TRANSPORTES S.A.S está afiliado(a) a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS desde el 15/12/2022 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): 202201022244715.

Dada en Bogotá, a los 14 días del mes de diciembre de 2022

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Impreso por Internet el 14/12/2022 11:51:22 a. m.
ISCDC: 14/12/2022 11:51:22 a. m.

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9009485934

9009485934

No. de Radicación: 25271111

Fecha de Radicación: 14 12 2022

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: CORREA	Segundo Apellido: GUERRA	Primer Nombre: JOSE	Segundo Nombre: LOS SANTOS

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	92189668	Femenino: Masculino: X	D 02 D M 12 M A A 1971 A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
0	Tipo: F N M Condición: T P	0		POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	PORVENIR S. A.

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$1.000.000	CARRERA 68 25 15		NT	3235468974
Correo electrónico	BARRANQUILLA	Zona Urbana: X Rural:	Localidad / Comuna	ATLANTICO

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR - COMFAMILIAR ATLANTICO	4104
B		
B		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
GSI INGENIERIA Y TRANSPORTES SAS	NT	900216780	

39. Ubicación	Teléfono		Municipio / Distrito	Departamento
CARRERA 36 69 C 17	3015290	gsiingenieriasas@gmail.	BARRANQUILLA	ATLANTICO

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo Femenino	Sexo Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
				D D M M A A A A	14 12 2022

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD E.S.S.	1	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

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

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: OBRERO DE CONSTRUCCION

71. Firma del funcionario

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

VIGILADO Supersalud

PORTESCO S.A. NIT. 860.515.462 - 8 TEL. (1)624 50 99

07/2016

INTERNET

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9009485934

9009485934

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

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

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

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

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

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

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos JOSE LOS SANTOS CORREA GUERRA

Identificación: CC 92189668

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

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

SI ☐ **NO** X

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos JOSE LOS SANTOS CORREA GUERRA

Identificación: CC 92189668

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

FIRMA A RUEGO

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

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

_____

Firmante a Ruego:

_____

Nombres y Apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de Domicilio: _____

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

Huella

7:24 LTE

Luvides Paez el 13/12/22, 7:23 p.m. Archivos

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 72.050.906

APELLIDOS PAEZ MADARIAGA

NOMBRES LUVIDES DE JESUS

FECHA DE NACIMIENTO 21-JUL-1977
BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63
ESTATURA
G.S. RH B+
SEXO M
17-NOV-1998 MALAMBO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-0302200-00963939-M-0072050-0
0058910327A 2 3484749200
0906-20171227

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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): LUVIDES DEJESUS PAEZ MADARIAGA identificado con Cédula Ciudadanía No. 72050906, de la empresa GSI INGENIERIA Y TRANSPORTES S.A.S está afiliado(a) a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS desde el 15/12/2022 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): 202201022243363.

Dada en Bogotá, a los 14 días del mes de diciembre de 2022

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Impreso por Internet el 14/12/2022 11:19:02 a. m.
ISCDC: 14/12/2022 11:19:02 a. m.

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9009485845

9009485845

No. de Radicación: 25270899

Fecha de Radicación: 14 12 2022

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
PAEZ	MADARIAGA	LUVIDES	DE JESUS

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	72050906	Femenino: Masculino: X	D 21 D M 07 M A 1977 A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
0	Tipo: F N M Condición: T P	0		POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	PORVENIR S. A.

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$1.000.000	CARRERA 68 25 15		NT	3015353724
Correo electrónico	BARRANQUILLA	Zona Urbana: X Rural:	Localidad / Comuna	ATLANTICO

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

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

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

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

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

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

	Datos complementarios	
	29. Parentesco	30. Etnia
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR - COMFAMILIAR ATLANTICO	4104
B		
B		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
GSI INGENIERIA Y TRANSPORTES SAS	NT	900216780	

39. Ubicación				
CARRERA 36 69 C 17	3015290	gsiingenieriasas@gmail.	BARRANQUILLA	ATLANTICO
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino: Masculino:	D D M M A A A A	14 12 2022

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA LTDA. - COOSALUD E.S.S.	Código: 1	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad:									

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: OBRERO DE CONSTRUCCION

71. Firma del funcionario

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

VIGILADO Supersalud

PORTESCO S.A. NIT. 860.515.402 - 8 TEL. (1)324 50 99

07/2016

INTERNET

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9009485845

9009485845

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

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

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

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

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

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

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos LUVIDES DE JESUS PAEZ MADARIAGA

Identificación: CC 72050906

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

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

SI ☐ **NO** X

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos LUVIDES DE JESUS PAEZ MADARIAGA

Identificación: CC 72050906

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

FIRMA A RUEGO

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

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

_____

Firmante a Ruego:

_____

Nombres y Apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de Domicilio: _____

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

Huella

REGIONAL ATLÁNTICO

EL CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMAN

CERTIFICA

Que LUVIDES DE JESUS PAEZ MADARIAGA identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 72050906 de Barranquilla, realizó y aprobó el curso de SISTEMAS HIDRAULICOS EN MAQUINARIA PESADA. con una intensidad horaria de Cuarenta (40) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Barranquilla. a los ocho (8) dias del mes de septiembre de dos mil veintidos (2022)

Firmado Digitalmente por

VICTOR FABIAN ARBELAEZ TORREJANO
Subdirector CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMAN
REGIONAL ATLÁNTICO

SENA: Una Organización con Conocimiento

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9207002601871CC72050906E.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

LUVIDES DE JESUS PAEZ MADARIAGA

Con Cedula de Ciudadania No. 72050906

Cursó y aprobó la acción de Formación

SISTEMAS HIDRAULICOS EN MAQUINARIA PESADA.

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Barranquilla. a los ocho (8) dias del mes de septiembre de dos mil veintidos (2022)

Firmado Digitalmente por



VICTOR FABIAN ARBELAEZ TORREJANO
Subdirector
CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMAN
REGIONAL ATLÁNTICO

85531142 - 08/09/2022
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9207002601871CC72050906C.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

No. 72050906



NOMBRE

LUVIDES DE JESUS PAEZ MADARIAGA

FECHA DE NACIMIENTO

21-07-1977

SANGRE-RH

B+

FECHA DE EXPEDICION

06-07-2022

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

STRIA DE TTOyTTE MALAMBO

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS	06-07-2032	PARTICULAR
C1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS	06-07-2025	PUBLICO



COSMOCOLOR LC-31

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC07000903492

DIAN

Privada

500

1. Año 2012

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 482012000511581-7

Campo	Valor
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	830512019
6. DV	1
11. Apellidos y nombres o razón social	INCONZEG INGENIEROS CONSTRUCTORES SAS
13. Dirección	CL 42 G SUR 74 A 55 IN 6 AP 316
15. Teléfono	4215269
12. Cód. Admón	48
16. Cód. Dpto	11
17. Cód. Ciudad/Municipio	001
24. Número de Identificación Tributaria (NIT)	805000240
25. DV	1
26. Razón social del declarante autorizado	AGENCIA DE ADUANAS BSP SA NIVEL 1
27. Tipo usuario	20
28. Cód. usuario	520
29. Número documento de identificación	9110498
30. Apellidos y nombres	VARGAS VASQUEZ RENER BALDUINO
31. Clase importador	02
32. Tipo declaración	Inicial
33. Cod.	1
34. No Formulario Anterior	XXXXXXXXXXXXXX
35. Año - Mes - Día	XXXX - XX - XX
36. Cod. Admón	XX
37. Declaración de Exportación	No. XXXXXXXXXXXXXX
38. Año - Mes - Día	XXXX - XX - XX
39. Cod. Admón	XX
40. Cod. lugar ingreso de las mercancías	CTG
41. Cod. Depósito	7201
42. Manifiesto de carga	No. 116575003793660
43. Año - Mes - Día	2012 - 11 - 02
44. Documento de transporte	No. COLU172EVE102012
45. Año - Mes - Día	2012 - 10 - 26
46. Nombre exportador o proveedor en el exterior	IRON PLANET
47. Ciudad	PLEASANTON
48. Cod. País Exportador	249
49. Dirección exportador o proveedor en el exterior	4695 CHABOT DRIVE SUITE 102, PLEASANTON, CA
50. E-mail	19252258010
51. No. de factura	42793-410325
52. Año - Mes - Día	2012 - 09 - 25
53. Cod. país procedencia	249
54. Cod. Modo Transporte	1
55. Código de Bandera	043
56. Cod. Depto destino	11
57. Empresa transportadora	CARIBBEAN AMERICAN SHIPPING AGENCY LTDA
58. Tasa de cambio	1,82[illegible]
S 59. Subpartida arancelaria	8429400300
60. Cod. Complementario	XX
61. Cod. Suplementario	XX
62. Cod. Modalidad	C100
63. No. cuotas o meses	XX
64. Valor cuota USD	XXXX
65. Periodicidad del pago de la cuota	XX
66. Cod. país de origen	249
67. Cod. Acuerdo	XXX
68. Forma de pago de la importación	01
69. Tipo de importación	01
70. Cod. país compra	249
71. Peso bruto kgs. dcms.	6,088.71
72. Peso neto kgs. dcms.	6,088.71
73. Código embalaje	PK
74. No. bultos	2
75. Subpartidas	1
76. Cod. unidad comercial	U
77. Cantidad dcms	
78. Valor FOB USD	10,430.00
79. Valor fletes USD	2,153.60
80. Valor Seguros USD	9.80
81. Valor Otros Gastos USD	0.00
82. Sumatoria de fletes, seguros y otros gastos USD	2,163.40
83. Ajuste valor USD	0.00
84. Valor aduana USD	12,593.40
85. Código registro o licencia	L
86. Número	21067779
87. Cod. oficina	3
88. Año	2012
89. Programa No	XXXXXXXXXX
90. Cód Interno del Producto	0

Autoliquidación

Concepto	%	Base	Total Liquidado ($)	Total a pagar con esta declaración ($)	Total Liquidado (USD)
Arancel	0.00	22,952,857	0	0	
I.V.A.	16.00	22,952,857	3,672,000	3,672,000	
Salvaguardia	0.00	0	0	0	
Derechos Compensatorios	0.00	0	0	0	
Derechos Antidumping	0	0	0	0	
Sanción	0	0	0	0	
Rescate	0	0	0	0	
		Total	3,672,000		

91. Descripción de las mercancías (Inicie la descripción de las mercancías a importar con lo señalado en el arancel de aduanas en la subpartida arancelaria - incluya marcas, seriales y otros) (Si el campo es insuficiente, continúe ... de este formulario)

DO 146161 DO 62314DECLARACION(1-1) NOMBRE COM: VIBROCOMPACTADORA MARCA COM: CHAMPION MODELO: 600P REF: VIBROCOMPACTADORA R... ER CAT SUPER 600P. USO: INDUSTRIAL PARA APLANAR LA TIERRA. S/N: X101111X. DIESEL, TORQUE HUB, MODELO: W202F0343, SERIAL NO ... 13, MARCA FAIRFIELD MFG.CO,INC. LLANTAS MARCA FIRESTONE 14-924, F-151. PLAQUETA DEL MOTOR: DIN/ISO3046 FN, TIPE: F4L912, ... .8497802, KW(S):44,KW(N):1.3, 1/MIN: 2500, ANGULO: 19-1, 3301/11, MARCA KHD DEUTZ, HECHO EN ALEMANIA. PRECIO CUANDO NUEVA ... 3D. MERCANCIA USADA, ANO DE FABRICACION; 1998.MARCA SEGUN LICENCIA: SUPER PAC. CANT (1) UND: // XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

127. Valor pagos anteriores: 0

128. Recibo oficial de pago anterior No.: XXXXXXXXXXXXXXX

129. Fecha: XXXX XX XX

130. Espacio reservado DIAN - Actuación aduanera
Estado de importe: Levante automático
No hay declaración posterior

131. Espacio reservado uso exclusivo Ministerio de Relaciones Exteriores

132. No. Aceptación declaración 482012000511581

133. Fecha 2012 11 22

134. Levante No. 482012000303256

135. Fecha 2012 - 11 - 22

Firma funcionario responsable

136. Nombre

137. C.C. No.

Firma declarante

997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora
(Fecha efectiva de la transacción)

Coloque el timbre de la máquina registradora al dorso de este formulario

980. Pago Total $

996. Espacio para autoadhesivo de la entidad recaudadora
(Número del adhesivo)

BOGOTA
Autoadhesivo 01007030517756
Fecha presentación 2012-11-22 14:40:00
Valor pagado $3,672,000

Fecha de Impresión: 2012-11-22 15:25:16

20123395193617

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.082.998.882

CASTRO ACOSTA

APELLIDOS

LUIS FERNANDO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-MAR-1994**

PIVIJAY
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73	**O-**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

23-MAY-2013 SANTA MARTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2100100-00452064-M-1082998882-20130723 **0034**063653A 1 40472850

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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): LUIS FERNANDO CASTRO ACOSTA identificado con Cédula Ciudadanía No. 1082998882, de la empresa GSI INGENIERIA Y TRANSPORTES S.A.S está afiliado(a) a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS desde el 15/12/2022 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): 202201022244678.

Dada en Bogotá, a los 14 días del mes de diciembre de 2022

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Impreso por Internet el 14/12/2022 11:50:25 a. m.
ISCDC: 14/12/2022 11:50:25 a. m.

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9009485908

9009485908

No. de Radicación: 25271075

Fecha de Radicación: 14 | 12 | 2022

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: CASTRO	Segundo Apellido: ACOSTA	Primer Nombre: LUIS	Segundo Nombre: FERNANDO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1082998882	Femenino: Masculino: X	D D: 14 M M: 03 A A A A: 1994

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
0	Tipo: F N M Condición: T P	0		POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	PORVENIR S. A.

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$1.000.000	CARRERA 68 25 15		NT	3226695386
Correo electrónico	BARRANQUILLA	Zona Urbana: X Rural:	Localidad / Comuna	ATLANTICO

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR - COMFAMILIAR ATLANTICO	4104
B		
B		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
GSI INGENIERIA Y TRANSPORTES SAS	NT	900216780	

39. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CARRERA 36 69 C 17	3015290	gsiingenieriasas@gmail.	BARRANQUILLA	ATLANTICO

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo Femenino	Sexo Masculino	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha novedad (D D M M A A A A)
					14 12 2022

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO	1	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

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

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: OBRERO DE CONSTRUCCION

71. Firma del funcionario

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

VIGILADO Supersalud

PORTESCO S.A. NIT. 860.515.462 - 8 TEL. (1)624 50 99

07/2016

INTERNET

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9009485908

9009485908

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

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

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

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

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

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

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos LUIS FERNANDO CASTRO ACOSTA
Identificación: CC 1082998882

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

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

SI ☐ **NO** X

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos LUIS FERNANDO CASTRO ACOSTA
Identificación: CC 1082998882

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

FIRMA A RUEGO

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

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

_____

Firmante a Ruego:

_____

Nombres y Apellidos: _____
Identificación: _____
Edad: _____
Dirección de Domicilio: _____

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

Huella

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.046.346.749**

BARRAGAN ALMANZA

APELLIDOS

MANUEL JULIAN

NOMBRES

Manuel Barragan M

FIRMA



Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-SEP-1999

SANTA LUCIA
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.74	**AB+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

11-SEP-2017 SANTA LUCIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-0304700-00949402-M-1046346749-20171026 **0058**49734G 3 48229687

Powered by CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **BARRAGAN ALMANZA MANUEL JULIAN** identificado(a) con **CC** número **1.046.346.749** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 07 de julio de 2021 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 14 de diciembre de 2022.

Cordialmente,



***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

202212141230

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9009485872

9009485872

No. de Radicación: 25270983

Fecha de Radicación: 14 12 2022

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: BARRAGAN	Segundo Apellido: ALMANZA	Primer Nombre: MANUEL	Segundo Nombre: JULIAN

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1046346749	Femenino: Masculino: X	D 14 D M 12 M A A 2022 A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
0	Tipo: F N M Condición: T P	0		POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	PORVENIR S. A.

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$1.000.000	CARRERA 68 25 15		NT	3235468974
Correo electrónico	BARRANQUILLA	Zona Urbana: X Rural:	Localidad / Comuna	ATLANTICO

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR - COMFAMILIAR ATLANTICO	4104
B		
B		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
GSI INGENIERIA Y TRANSPORTES SAS	NT	900216780	

39. Ubicación	Teléfono		Municipio / Distrito	Departamento
CARRERA 36 69 C 17	3015290	gsiingenieriasas@gmail.	BARRANQUILLA	ATLANTICO

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo Femenino	Sexo Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
				D D M M A A A A	14 12 2022

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA LTDA. - COOSALUD E.S.S.	1	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad:									

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: OBRERO DE CONSTRUCCION

71. Firma del funcionario

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

VIGILADO Supersalud

PORTESCO S.A. NIT. 860.515.462 - 8 TEL. (1)624 50 99

07/2016

INTERNET

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9009485872

9009485872

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

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

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

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

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

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

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos MANUEL JULIAN BARRAGAN ALMANZA
Identificación: CC 1046346749

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

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

SI ☐ **NO** X

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos MANUEL JULIAN BARRAGAN ALMANZA
Identificación: CC 1046346749

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

FIRMA A RUEGO

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

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

_____

Firmante a Ruego:

_____

Nombres y Apellidos: _____
Identificación: _____
Edad: _____
Dirección de Domicilio: _____

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

Huella

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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): MANUEL JULIAN BARRAGAN ALMANZA identificado con Cédula Ciudadanía No. 1046346749, de la empresa GSI INGENIERIA Y TRANSPORTES S.A.S está afiliado(a) a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS desde el 15/12/2022 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): 202201022243918.

Dada en Bogotá, a los 14 días del mes de diciembre de 2022

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Impreso por Internet el 14/12/2022 11:32:24 a. m.
ISCDC: 14/12/2022 11:32:24 a. m.



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

TARJETA DE REGISTRO DE MAQUINARIA

Libertad y Orden

No. 77922

No. DE REGISTRO	MARCA	LINEA	AÑO MODELO
MC061744	BOBCAT	S175	2012

TIPO DE MAQUINARIA	CLASE	No. SERIE
CONSTRUCCION	MINICARGADOR	A3L539556

COLOR(ES)	No. MOTOR	RODAJE
BLANCO NARANJA	BW4460	NEUMATICOS

PESO Y MEDIDAS SIN ACCESORIOS

PESO	ALTO	ANCHO	LARGO
839 Kg	1940 mm	1700 mm	3310 mm

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)

ECKER PEREZ GUILLERMO RAFAEL

IDENTIFICACIÓN

C.C. 1.143.232.371



LOCATARIO APELLIDO(S) NOMBRE(S)

IDENTIFICACIÓN

LIMITACIONES A LA PROPIEDAD

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

STRIA DTAL TTO BARRANQUILLA

FECHA REGISTRO	FECHA EXPEDICIÓN	FECHA VENCIMIENTO
12-09-2017	04-02-2021	******

ORIGEN	DEC. IMPORTACIÓN	FECHA DE LEVANTE
IMPORTACIÓN	482012000089031	07/03/2012

COSMO-ID-L3-19

ESTA TARJETA ES [illegible] NACIONAL

TM07000006653

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.192.785.578**

JARAMILLO RODRIGUEZ

APELLIDOS

MARINO

NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-MAY-2000**

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

17-MAY-2018 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-0300150-01015214-M-1192785578-20180618 0061568878A 1 48161884

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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): MARINO JARAMILLO RODRIGUEZ identificado con Cédula Ciudadanía No. 1192785578, de la empresa GSI INGENIERIA Y TRANSPORTES S.A.S está afiliado(a) a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS desde el 17/12/2022 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): 202201022300607.

Dada en Bogotá, a los 16 días del mes de diciembre de 2022

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Impreso por Internet el 16/12/2022 10:51:12 p. m.
ISCDC: 16/12/2022 10:51:12 p. m.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.046.337.132**

CORONADO JORDAN

APELLIDOS

WILFRIDO

NOMBRES

Wilfrido Jordan

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-FEB-2002**

SANTA LUCIA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

18-FEB-2021 SANTA LUCIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-0304700-01220918-M-1046337132-20210304 **00736**80933A 1 8501556467

Escaneado con CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CORONADO JORDAN WILFRIDO** identificado(a) con **CC** número **1.046.337.132** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 09 de agosto de 2022 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 14 de diciembre de 2022.

Cordialmente,



***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

2022121412295

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9009485813

9009485813

No. de Radicación: 25270827

Fecha de Radicación: 14 12 2022

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: CORONADO	Segundo Apellido: JORDAN	Primer Nombre: WILFRIDO	Segundo Nombre:

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1046337132	Femenino: Masculino: X	D 12 D M 02 M A A 2002 A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
0	Tipo: F N M Condición: T P	0		POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	PORVENIR S. A.

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$1.000.000	CARRERA 68 25 15		NT	3002134544
Correo electrónico	BARRANQUILLA	Zona Urbana: X Rural:	Localidad / Comuna	ATLANTICO

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR - COMFAMILIAR ATLANTICO	4104
B		
B		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
GSI INGENIERIA Y TRANSPORTES SAS	NT	900216780	

39. Ubicación	Teléfono		Municipio / Distrito	Departamento
CARRERA 36 69 C 17	3015290	gsiingenieriasas@gmail.	BARRANQUILLA	ATLANTICO

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino: Masculino:	D D M M A A A A	14 12 2022

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA LTDA. - COOSALUD E.S.S.	Código: 1	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad:									

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: OBRERO DE CONSTRUCCION

71. Firma del funcionario

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

VIGILADO Supersalud

PORTESCO S.A. NIT. 860.515.462 - 8 TEL. (1)624 50 99

07/2016

INTERNET

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9009485813

9009485813

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

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

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

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

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

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

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos WILFRIDO CORONADO JORDAN

Identificación: CC 1046337132

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

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

SI ☐ **NO** X

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos WILFRIDO CORONADO JORDAN

Identificación: CC 1046337132

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

FIRMA A RUEGO

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

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

_____

Firmante a Ruego:

_____

Nombres y Apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de Domicilio: _____

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

Huella

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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): WILFRIDO CORONADO JORDAN identificado con Cédula Ciudadanía No. 1046337132, de la empresa GSI INGENIERIA Y TRANSPORTES S.A.S está afiliado(a) a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS desde el 15/12/2022 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): 202201022239984.

Dada en Bogotá, a los 14 días del mes de diciembre de 2022

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Impreso por Internet el 14/12/2022 09:59:20 a. m.
ISCDC: 14/12/2022 09:59:20 a. m.

SuAporte | Constancia de Pago Afiliados

Fecha creación reporte: 2022-12-15, 02:58:27. PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS.

Periodo Cotización: diciembre de 2022 **Periodo Servicio:** enero de 2023 **Referencia pago:** 60097600

PAGADO 13/12/2022

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SNG SEGUROS SAS				
Documento	NI901568776	**Dirección**	CL 102 #43 - 35		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3422973		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BARRANQUILLA, DISTRITO ESP, INDUSTRIAL Y PORTUARIO	**Departamento**	ATLANTICO		
Representante Legal	GONZALEZ OCHOA SANDRA PATRICIA	**Identificación**	CC32782573		

II. DETALLE DEL APORTANTE

1. Documento	2. Apellidos y Nombres	3. AFP	4. EPS	5. ARP	6. CCF	7. Pagó ICBF	8. Pagó SENA	9. Pagó FSP	10. Pagó MEN	11. Pagó ESAP
CC 72290197	MONTES OROZCO GABRIEL RAFAEL	NINGUNA AFP	SANITAS EPS	ARL SEGUROS BOLIVAR	COMBARRANQUILLA	NO	NO	NO	NO	NO

ARUS, 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 517806.

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

CARLOS MANUEL BARRAGAN CANTILLO
C.C. 8.817614 De Santa Lucia
CALLE 8 # 9:48
3235353580

PERFIL PROFESIONAL



Me considero una persona dedicada y honesta, con la capacidad de surgir en cualquier área laboral, con la actitud suficiente de asumir cualquier cargo con mucha responsabilidad.

I. DATOS PERSONALES

ESTADO CIVIL: unión libre

FECHA DE NACIMIENTO: julio 07 de 1982

LUGAR DE NACIMIENTO: Santa Lucia (Atlántico)

II. ESTUDIOS REALIZADOS

PRIMARIA FRANCISCO DE PAULA SANTANDER
(Santa Lucia)
Título Obtenido: Básica Primaria

SECUNDARIA COLEGIO BACHILLERATO SANTA LUCIA
(Santa Lucia)
Título Obtenido: Bachiller Académico

OTROS NEW TETECNICO DE ARQUITECTURA

Título obtenido: técnico de arquitectura

OTROS SENA

ANALISIS Y PROGRAMACION
Título obtenido: Análisis y programación

OTROS SENA

TOPOGRAFIA
Título obtenido: Topografía

III. REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRE Hermojenes Hereira
OCUPACIÓN Ingeniero
TELÉFONO 301 740 2363 – 316 454 3873
DIRECCION calle 8 #10-16

NOMBRE Patricia Yoris
OCUPACIÓN Ingeniera
TELÉFONO 318 815 3159

IV. REFERENCIAS FAMILIARES

NOMBRE Lucanor Barragán
OCUPACIÓN Comerciante
TELÉFONO 3005703881

NOMBRE Esthefanny Barragán
OCUPACIÓN Farmacéutica
TELÉFONO 3046354800

V. EXPERIENCIA LABORAL

EMPRESA GARDICON.

JEFE INMEDIATO Juan Orlando Gutiérrez
CARGO Inspector de Obra y Acabados
DURACION 13 meses
TELEFONOS: 3530430-3003284923

ENPRESA: ERG

JEFE INMEDIATO Jaime Rincón
CARGO Inspector de Interventoría y pavimento
DURACION 14 meses
TELEFONOS: 3530430-3003284923

EMPRESA UNION TEMPORAL

JEFE INMEDIATO Raúl Martínez
CARGO Inspector de interventoría
DURACION 1 Año

EMPRESA GOBERNACION DEL ATLANTICO

JEFE INMEDIATO Pedro Del gallego
CARGO Inspector de interventoría
DURACION 17 Meses

EMPRESA VALORCON

JEFE INMEDIATO Alexandre Santiago
Teléfono: 3574300
CARGO Inspector de Obras y Acabados
DURACION 3 Meses

EMPRESA DONADO ARCE

JEFE IMEDIATO: JARKELLIS OSPINO

CARGO INSPECTOR DE OBRA
DURACION 17 MES
TELEFONO 3122023314

CARLOS MANUEL BARRANGAN CATILLO
C.C 8817614 SANTA LUCIA

República de Colombia

y en su nombre

INSTITUTO TÉCNICO PARA EL DESARROLLO INTEGRAL Y EMPRESARIAL

NEW TEC

Educación para el trabajo y el desarrollo humano

con resolución N° 01212 de Noviembre de 2006 Emanada por la secretaria de Educación departamental

Confiere:

El certificado de actitud ocupacional de técnico en:

ARQUITECTURA

A: **Carlos Manuel Barragan Cantillo**

C.C. N° 8.817.614 *Expedida en:* SANTA LUCIA

POR HABER CUMPLIDO LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS Y EN TESTIMONIO DE ELLO SE EXPIDE EL SIGUIENTE CERTIFICADO EN SABANALARGA A LOS 22 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DE 2009

DIRECTORA

NEW TEC
DIRECTORA ADMINISTRATIVA
MIRYAM MEZA

DIRECTORA ADMINISTRATIVA

LIBRO N° *FOLIO N°* *REGISTRO N°* *ACTA N°* *FECHA:* / 22 / 08 / 2009 /

República de Colombia

El Colegio de Bachillerato de Santa Lucía

Santa Lucía - Atlántico

Aprobado por Resolución No. 2627 de Diciembre 31 de 1999, emanda de la Secretaría de Educación del Atlántico

Confiere a:

Carlos Manuel Barragán Cantillo

C.C. No. 8.817.614 de Santa Lucía-Atl.

El Título de

Bachiller Académico

Por razón de haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, según los planes y programas vigentes

Rector

Secretario

COLEGIO DE BACHILLERATO DE SANTA LUCIA
COLSAL
ATLANTICO

Registro de Acta de Grado

Libro No. 1. Acta No. 29.

Folio No. 15. No. de Orden 526.

Santa Lucía, 5 de Diciembre 2003

El Instituto Técnico para el Desarrollo Integral y Empresarial

CERTIFICA

CARLOS BARRAGAN CANTILLO

Identificado(a) con D.I N0: 8.817.614 de Santa Lucia, Asistió al Seminario de ECONOMÍA SOLIDARIA con una intensidad de 6 horas.

Dado en Sabanalarga, a los 02 días del mes de Mayo del 2009.

IVETH TRONCOSO ALVAREZ
Coordinación Académica

SHIRLY SERJE RODRIGUEZ
Bienestar Estudiantil



RES: 01212 NOV DE 2006
Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano



El Instituto Técnico para el Desarrollo Integral y Empresarial

CERTIFICA

CARLOS BARRAGAN CANTILLO

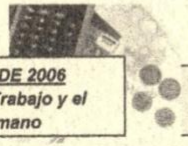
Identificado(a) con D.I N0: 8.817.614 de Santa Lucia, Asistió al Seminario de SALUD OCUPACIONAL. con una intensidad de 8 horas.

Dado en Sabanalarga, los días 09 y 16 del mes de mayo de 2009

IVETH TRONCOSO ALVAREZ
Coordinación Académica

SHIRLY SERJE RODRIGUEZ
Bienestar Estudiantil





RES: 01212 NOV DE 2006
Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

El Instituto Técnico para el Desarrollo Integral y Empresarial

NEW TEC

Educación para el Trabajo
y el Desarrollo Humano

CERTIFICA :

Carlos Barragán

Participó en el Seminario Siglo XXI Empresarismo y Globalización,
con intensidad horaria de 8 horas.

Dado en Sabanalarga, a los treinta (30) días del mes de Agosto del año 2008.

MIRIAM MEZA VILORIA
Directora Administrativa

SHIRLY SERJE RODRÍGUEZ
Dpto. de Bienestar Estudiantil

IVETH M. TRONCOSO ÁLVAREZ
Coord. Académica

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO
MULTIACTIVA DE SERVICIOS INTEGRALES
"COOPIONEROS"

Unidos
Una sola razón de ser

CERTIFICA QUE:

Carlos M. Barragán Cantillo

Identificado (a) con C.C. No. **8.817.614**

Participo en el Taller Complementario **" Técnico en Informática Básica "** , dictado dentro del marco del Proyecto "Fortalecimiento de la Seguridad Alimentaría y Nutricional en el Departamento del Atlántico", con una intensidad de **"24 Meses"**

Santa Lucia, (Atlántico), Enero 14 de 2008

ROBERTO CARLOS ROYERO MEZA
Gerente COOPIONEROS

URIEL LEON VARGAS
Coordinador Técnico General
Fundación Antonio Restrepo Barco

Acción Social
ATLANTICO
GESTORES
FUNDACION ANTONIO RESTREPO BARCO
Tejemos el mañana

ARDICON

ARQUITECTUR A – DISEÑOS –INGENIERÍA - CONSTRUCCIÓN

A QUIEN INTERESE

EL SUSCRITO **JUAN ORLANDO GUTIERREZ VILLABONA**, IDENTIFICADO COMO APARECE AL PIE DE MI RESPECTIVA FIRMA, CERTIFICA QUE EL SEÑOR **CARLOS MANUEL BARRAGAN CANTILLO,** MAYOR DE EDAD, IDENTIFICADO CON CC 8.817.614, LABORÓ EN CALIDAD DE INSPECTOR DE OBRA EN LOS CONTRATOS ANEXOS Y RELACIONADOS A CONTINUACION, DEVENGANDO UN SALARIO MENSUAL INTEGRAL DE $942.000,00

ENTIDAD	OBJETO	VALOR	PLAZO
Gobernación del Atlántico - No 0135*2008*000225	Instalación y suministro de estructura metálica para la cubierta del auditorio de la escuela de Policía Antonio Nariño - Barranquilla, Atlántico	$37.200.000	30/12/2008
Gobernación del Atlántico - No 0135*2010*000079	Cerramiento perimetral de la Base Naval - Barranquilla, Atlántico	$39.287.430	29/01/2010
Gobernación del Atlántico - No 0135*2010*000076	Adecuaciones locativas de la estación de gasolina de la Base Naval - Barranquilla, Atlántico	$37.590.000	29/01/2010

Se expide la presente a petición escrita del interesado a los trece (13) días del mes de Agosto de 2010

JUAN ORLANDO GUTIERREZ VILLABONA
CC 8.730.670 B/quilla

Dirección; Carrera 73 No 75 -87 Tels.: 3530430 – 3003284923 Barranquilla (Atlántico)
e-mail: jog.ardicon@hotmail.com

Gobernación del Atlántico

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO
SECRETARIA DEL INTERIOR

EL SUSCRITO SECRETARIO DEL INTERIOR DEL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO

CERTIFICA QUE:

Revisados los archivos de esta Secretaria, se encontró que **JUAN ORLANDO GUTIERREZ VILLABONA** identificado con Cédula de Ciudadania 8.730.670, celebro y ejecutó los siguientes contratos con esta entidad:

No. De contrato:	Objeto	Valor:	Fecha:
0135*2008*000225	INSTALACION Y SUMINISTRO DE ESTRUCTURA METALICA PARA LA CUBIERTA DEL AUDITORIO DE LA ESCUELA DE POLICIA ANTONIO NARIÑO DE LA CIUDAD DE BARRAN-QUILLA, ATLANTICO.	$37.200.000.oo	30-12-2008
0135*2010*000076	CERRAMIENTO PERIMETRAL DE LA BASE NAVAL , BARRANQUILLA, TLÁNTICO.	$37.590.000.oo	29- 01-2010
0135*2010*000079	ADECUACION LOCATIVA DE LA ESTACION DE GASOLINA DE LA BASE NAVAL DE BARRANQUILA, ATLANTICO.	$39 287.430.oo	29-01-2010

La presente certificación se expide a petición escrita por parte del interesado, a los Nueve (9) días del mes de Junio de 2.010.

ALFREDO PALENCIA MOLINA
Secretario de Interior

P.P. Ana Samanca

UNION TEMPORAL PROYECTAR

CERTIFICACION

RAUL MARTINEZ MENDOZA, identificado con cedula de ciudadanía No 8.670.344 en calidad de representante legal de la **UNION TEMPORAL PROYECTAR** con NIT 900.309.560-6, certifica que el señor **CARLOS MANUEL BARRAGAN CANTILLO,** identificado con CC 8.817.614 expedida en Santa Lucia, desempeñó el cargo de Inspector de obras en el contrato de Interventoria de Obras No 1603 de 2009, suscrito entre **INVIAS** y **UNION TEMPORAL PROYECTAR,** con una asignación mensual de $ 950.000 (salario integral), durante el periodo Septiembre 23 de 2009 a Febrero 28 de 2010.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los nueve (09) días del mes de agosto de 2010

Atentamente,



RAUL MARTINEZ MENDOZA
Rep Legal UT Proyectar
Nit. 900309560-6

CALLE79A No 26B2-14 - Tels: 3655923 - Cel: 3013638506 - Barranquilla- Colombia
Email: raulmartinezmendoza@metrotel.net.co



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 8.817.614

BARRAGAN CANTILLO
APELLIDOS

CARLOS MANUEL
NOMBRES

CARLOS M BARRAGAN
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-JUL-1982
SANTA LUCIA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

13-MAR-2003 SANTA LUCIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-0304700-22116732-M-0008817614-20030819 06480 03227B 01 135646593

UNION TEMPORAL PROYECTAR

CERTIFICACION

RAUL MARTINEZ MENDOZA, identificado con cedula de ciudadanía No 8.670.344 en calidad de representante legal de la **UNION TEMPORAL PROYECTAR** con NIT 900.309.560-6, certifica que el señor **CARLOS MANUEL BARRAGAN CANTILLO,** identificado con CC 8.817.614 expedida en Santa Lucia, desempeñó el cargo de Inspector de obras en el contrato de Interventoria de Obras No 1603 de 2009, suscrito entre **INVIAS** y **UNION TEMPORAL PROYECTAR,** con una asignación mensual de $ 950.000 (salario integral), durante el periodo Septiembre 23 de 2009 a Febrero 28 de 2010.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los nueve (09) días del mes de agosto de 2010

Atentamente,

RAUL MARTINEZ MENDOZA
Rep Legal UT Proyectar
Nit. 900309560-6

CALLE79A No 26B2-14 - Tels: 3655923 - Cel: 3013638506 - Barranquilla- Colombia
Email: raulmartinezmendoza@metrotel.net.co

PUCC | PROYECTOS UR
Y CONSTRUCCIONES

PROYECTOS URBANOS Y

CONTRUCCIONES DEL CARIBE S.A.S.

NIT 830.515.396-3

CERTIFICA

Que el Sr. CARLOS MANUEL BARRAGAN CANTILLO , identificado con la cedula Nº 8.817.614 expedida de Santa Lucia - Atlántico, laboro en esta empresa desde 17 de septiembre del 2019 hasta el cual aún se encuentra vinculado con la empresa, desempeñando el cargo de Inspector de Obra con un contrato individual de trabajo por obra o labor contratada, devengando un sueldo de $ 2.500,000,00 (DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS).

Se expide a petición de la interesada en la ciudad de Cartagena (Bolívar), a los veintitrés (23) días del mes de febrero del 2021.

KAREN MARTINEZ FUERTE
RECURSOS HUMANOS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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): CARLOS MANUEL BARRAGAN CANTILLO identificado con Cédula Ciudadanía No. 8817614, de la empresa GSI INGENIERIA Y TRANSPORTES S.A.S está afiliado(a) a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS desde el 15/12/2022 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): 202201022238360.

Dada en Bogotá, a los 14 días del mes de diciembre de 2022

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Impreso por Internet el 14/12/2022 09:17:40 a. m.
ISCDC: 14/12/2022 09:17:40 a. m.

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9009485764

9009485764

No. de Radicación: 25270740

Fecha de Radicación: 14 | 12 | 2022

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: BARRAGAN	Segundo Apellido: CANTILLO	Primer Nombre: CARLOS	Segundo Nombre: MANUEL

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	8817614	Femenino: Masculino: X	D 09 D M 07 M A 1982 A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
0	Tipo: Condición:	0		POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	PROTECCION S.A.

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$1.000.000	CARRERA 68 25 15		NT	3235468974
Correo electrónico	BARRANQUILLA	Zona Urbana: X Rural:	Localidad / Comuna	ATLANTICO

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

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

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

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios: 29. Parentesco	Datos complementarios: 30. Etnia
B1					D D M M A A A A		
B2					D D M M A A A A		
B3					D D M M A A A A		
B4					D D M M A A A A		
B5					D D M M A A A A		

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

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR - COMFAMILIAR ATLANTICO	4104
B		
B		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
GSI INGENIERIA Y TRANSPORTES SAS	NT	900216780	

39. Ubicación	Teléfono		Municipio / Distrito	Departamento
CARRERA 36 69 C 17	3015290	gsiingenieriasas@gmail.	BARRANQUILLA	ATLANTICO

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino: Masculino:	D D M M A A A A	14 12 2022

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
SALUD TOTAL S.A.	Código: 1	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad:									

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: OBRERO DE CONSTRUCCION

71. Firma del funcionario

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

VIGILADO Supersalud

PORTESCO S.A. NIT. 860.515.402 - 8 TEL. (1)324 50 99
07/2016

INTERNET

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9009485764

9009485764

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

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

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

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

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

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

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos CARLOS MANUEL BARRAGAN CANTILLO

Identificación: CC 8817614

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

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

SI ☐ **NO** X

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos CARLOS MANUEL BARRAGAN CANTILLO

Identificación: CC 8817614

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

FIRMA A RUEGO

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

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

_____

Firmante a Ruego:

_____

Nombres y Apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de Domicilio: _____

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

Huella

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **BARRAGAN CANTILLO CARLOS MANUEL** identificado(a) con **CC** número **8.817.614** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de junio de 2005 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 14 de diciembre de 2022.

Cordialmente,



***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

202212141227

aportes en línea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900627496	6	TOSHIRA KENETSU S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	TOSHIRA KENETSU S.A.S.	CARRERA 57 # 99A 65	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3131934	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-11	2022-12	1826900023	9444455113	E	2022/12/23	2022/12/22	BANCO DAVIVIENDA	0	$6,611,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO								NOVEDADES																														
No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vct
Sucursal: TOSHIRA KENETSU S.A.S. (20 Afiliados)																																						
Centro de Trabajo: MALLORQUIN(3 Afiliados)																																						
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO(3 Afiliados)																																						
1	CC	1010067424	CARDENAS CABALLERO WILSON	Dependiente	0	No	No													X																		
2	CC	72172721	VASQUEZ ROJAS WILLIAM ALBERTO	Dependiente	0	No	No													X																		
3	CC	1143429596	VELASQUEZ PITALUA HEINER ANDRES	Dependiente	0	No	No													X																		
Centro de Trabajo: PARQUE SAN ISIDRO(17 Afiliados)																																						
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO(17 Afiliados)																																						
4	CC	1129569138	ANCHIQUE ALGARRA DANILO ALBERTO	Dependiente	0	No	No													X																		
5	CC	9310668	BARRETO ARRIETA RAFAEL BENITO	Dependiente	0	No	No													X																		
6	CC	84077162	CABALLERO MEJIA CARLOS DANIEL	Dependiente	0	No	No													X																		
7	CC	84077162	CABALLERO MEJIA CARLOS DANIEL	Dependiente	0	No	No																		X	2022/11/30	2022/11/30										
8	CC	72263821	CARABALLO CORREA JAIME ORLANDO	Dependiente	0	No	No													X																		
9	CC	1043851424	CARRILLO PAEZ JOSE MIGUEL	Dependiente	0	No	No													X																		
10	CC	73271752	CERDA OROZCO ROBIN	Dependiente	0	No	No													X																		
11	CC	1129534175	DOMINGUEZ GARCIA JAVIER JOSE	Dependiente	0	No	No													X																		
12	CC	1045679069	ECHEVERRIA SOLANO RODRIGO JOSE	Dependiente	0	No	No													X																		
13	CC	1129576616	FLOREZ ROCHA ALVARO	Dependiente	0	No	No													X																		
14	CC	1129576616	FLOREZ ROCHA ALVARO	Dependiente	0	No	No																															
15	CC	1001940106	HENRIQUEZ SUAREZ PEDRO LUIS	Dependiente	0	No	No													X																		
16	CC	1043451315	HERNANDEZ ROJANO VICTOR DE JESUS	Dependiente	0	No	No																															
17	CC	1043451315	HERNANDEZ ROJANO VICTOR DE JESUS	Dependiente	0	No	No																		X	2022/11/28	2022/11/28										
18	CC	1129526814	JIMENEZ OJEDA YUSSET JOSSET	Dependiente	0	No	No													X																		
19	CC	72044476	MORENO ALMEIDA ISRAEL	Dependiente	0	No	No													X																		
20	CC	1007278869	PADILLA PEREZ KEVIN JOSE	Dependiente	0	No	No																															
21	CC	1042469414	RODRIGUEZ HERNANDEZ KENDRY JOSE	Dependiente	0	No	No													X																		
22	CC	1042469414	RODRIGUEZ HERNANDEZ KENDRY JOSE	Dependiente	0	No	No																		X	2022/11/17	2022/11/18										
23	CC	72204959	SALGADO VALDES EVER	Dependiente	0	No	No													X																		
24	CC	1073178023	TOLOZA MIELES HEIDER ENRIQUE	Dependiente	0	No	No																															
Total		**Afiliados(20)**																																				

aportes en línea

Planilla Integrada

						SALARIO			PENSION														SALUD					
Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	irl	Fecha Inicio irl	Fecha Fin irl	vip	Valor	Integral	Tipo de Salario	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UP
																				$3,445,900						$862,400	
																				$486,800						$121,800	
																				$486,800						$121,800	
						$1,000,000	No	Fijo	PORVENIR	30	$1,000,000	16%	SIN RIESGO	$160,000	$0	$0	$0	$0	$0	$160,000		COOSALUD MOVILIDAD	30	$1,000,000	4%	$40,000	
						$1,000,000	No	Fijo	PORVENIR	30	$1,020,833	16%	SIN RIESGO	$163,400	$0	$0	$0	$0	$0	$163,400		CAJACOPI	30	$1,020,833	4%	$40,900	
						$1,000,000	No	Fijo	PORVENIR	30	$1,020,833	16%	SIN RIESGO	$163,400	$0	$0	$0	$0	$0	$163,400		NUEVA EPS MOVILIDAD	30	$1,020,833	4%	$40,900	
																				$2,959,100						$740,600	
																				$2,959,100						$740,600	
						$1,000,000	No	Fijo	PORVENIR	30	$1,007,813	16%	SIN RIESGO	$161,300	$0	$0	$0	$0	$0	$161,300		CAJACOPI	30	$1,007,813	4%	$40,400	
						$1,000,000	No	Fijo	COLPENSIONES	30	$1,123,958	16%	SIN RIESGO	$179,900	$0	$0	$0	$0	$0	$179,900		SALUD TOTAL	30	$1,123,958	4%	$45,000	
						$1,200,000	No	Fijo	COLPENSIONES	29	$1,283,750	16%	SIN RIESGO	$205,400	$0	$0	$0	$0	$0	$205,400		SALUD TOTAL	29	$1,283,750	4%	$51,400	
						$1,200,000	No	Fijo	COLPENSIONES	1	$33,334	16%	SIN RIESGO	$5,400	$0	$0	$0	$0	$0	$5,400		SALUD TOTAL	1	$33,334	4%	$1,400	
						$1,000,000	No	Fijo	PORVENIR	30	$1,092,708	16%	SIN RIESGO	$174,900	$0	$0	$0	$0	$0	$174,900		CAJACOPI	30	$1,092,708	4%	$43,800	
						$1,000,000	No	Fijo	PORVENIR	30	$1,110,938	16%	SIN RIESGO	$177,800	$0	$0	$0	$0	$0	$177,800		MUTUAL SER	30	$1,110,938	4%	$44,500	
						$1,000,000	No	Fijo	PORVENIR	30	$1,103,125	16%	SIN RIESGO	$176,500	$0	$0	$0	$0	$0	$176,500		SALUD TOTAL	30	$1,103,125	4%	$44,200	
						$1,000,000	No	Fijo	PORVENIR	30	$1,082,292	16%	SIN RIESGO	$173,200	$0	$0	$0	$0	$0	$173,200		SALUD TOTAL	30	$1,082,292	4%	$43,300	
						$1,000,000	No	Fijo	PORVENIR	30	$1,108,333	16%	SIN RIESGO	$177,400	$0	$0	$0	$0	$0	$177,400		SALUD TOTAL	30	$1,108,333	4%	$44,400	
						$1,000,000	No	Fijo	PORVENIR	18	$610,417	16%	SIN RIESGO	$97,700	$0	$0	$0	$0	$0	$97,700		SALUD TOTAL	18	$610,417	4%	$24,500	
		X	2022/11/01	2022/11/12		$1,000,000	No	Fijo	PORVENIR	12	$400,000	16%	SIN RIESGO	$64,000	$0	$0	$0	$0	$0	$64,000		SALUD TOTAL	12	$400,000	4%	$16,000	
						$1,000,000	No	Fijo	COLFONDOS	30	$1,007,813	16%	SIN RIESGO	$161,300	$0	$0	$0	$0	$0	$161,300		MUTUAL SER	30	$1,007,813	4%	$40,400	
						$1,000,000	No	Fijo	PORVENIR	29	$966,667	16%	SIN RIESGO	$154,700	$0	$0	$0	$0	$0	$154,700		COOSALUD MOVILIDAD	29	$966,667	4%	$38,700	
						$1,000,000	No	Fijo	PORVENIR	1	$33,334	16%	SIN RIESGO	$5,400	$0	$0	$0	$0	$0	$5,400		COOSALUD MOVILIDAD	1	$33,334	4%	$1,400	
						$1,000,000	No	Fijo	COLFONDOS	30	$1,082,292	16%	SIN RIESGO	$173,200	$0	$0	$0	$0	$0	$173,200		SALUD TOTAL	30	$1,082,292	4%	$43,300	
						$1,200,000	No	Fijo	COLFONDOS	30	$1,336,250	16%	SIN RIESGO	$213,800	$0	$0	$0	$0	$0	$213,800		SALUD TOTAL	30	$1,336,250	4%	$53,500	
						$1,000,000	No	Fijo	PORVENIR	30	$1,000,000	16%	SIN RIESGO	$160,000	$0	$0	$0	$0	$0	$160,000		MUTUAL SER	30	$1,000,000	4%	$40,000	
						$1,000,000	No	Fijo	PORVENIR	28	$943,751	16%	SIN RIESGO	$151,100	$0	$0	$0	$0	$0	$151,100		SALUD TOTAL	28	$943,751	4%	$37,800	
						$1,000,000	No	Fijo	PORVENIR	2	$66,667	16%	SIN RIESGO	$10,700	$0	$0	$0	$0	$0	$10,700		SALUD TOTAL	2	$66,667	4%	$2,700	
						$1,000,000	No	Fijo	PROTECCION	30	$1,095,833	16%	SIN RIESGO	$175,400	$0	$0	$0	$0	$0	$175,400		SALUD TOTAL	30	$1,095,833	4%	$43,900	
						$1,000,000	No	Fijo	COLFONDOS	30	$1,000,000	16%	SIN RIESGO	$160,000	$0	$0	$0	$0	$0	$160,000		SALUD TOTAL	30	$1,000,000	4%	$40,000	
																				$3,445,900						$862,400	

aportes en línea

Planilla Integrada

			CCF					RIESGOS						PARAFISCALES										
C	Total	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
	$862,400						$840,900						$1,462,300				$0		$0		$0		$0	
	$121,800						$121,800						$211,800				$0		$0		$0		$0	
	$121,800						$121,800						$211,800				$0		$0		$0		$0	
$0	$40,000		COMFAMILIAR ATLANTICO	30	$1,000,000	4%	$40,000	COLMENA	30	$1,000,000	6.96%	5	$69,600	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
$0	$40,900		COMFAMILIAR ATLANTICO	30	$1,020,833	4%	$40,900	COLMENA	30	$1,020,833	6.96%	5	$71,100	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
$0	$40,900		COMFAMILIAR ATLANTICO	30	$1,020,833	4%	$40,900	COLMENA	30	$1,020,833	6.96%	5	$71,100	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
	$740,600						$719,100						$1,250,500				$0		$0		$0		$0	
	$740,600						$719,100						$1,250,500				$0		$0		$0		$0	
$0	$40,400		COMFAMILIAR ATLANTICO	30	$1,007,813	4%	$40,400	COLMENA	30	$1,007,813	6.96%	5	$70,200	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
$0	$45,000		COMFAMILIAR ATLANTICO	30	$1,123,958	4%	$45,000	COLMENA	30	$1,123,958	6.96%	5	$78,300	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
$0	$51,400		COMFAMILIAR ATLANTICO	29	$1,283,750	4%	$51,400	COLMENA	29	$1,283,750	6.96%	5	$89,400	29	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
$0	$1,400		COMFAMILIAR ATLANTICO	0	$0	4%	$0	COLMENA	1	$33,334	0%	5	$0	0	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
$0	$43,800		COMFAMILIAR ATLANTICO	30	$1,092,708	4%	$43,800	COLMENA	30	$1,092,708	6.96%	5	$76,100	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
$0	$44,500		COMFAMILIAR ATLANTICO	30	$1,110,938	4%	$44,500	COLMENA	30	$1,110,938	6.96%	5	$77,400	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
$0	$44,200		COMFAMILIAR ATLANTICO	30	$1,103,125	4%	$44,200	COLMENA	30	$1,103,125	6.96%	5	$76,800	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
$0	$43,300		COMFAMILIAR ATLANTICO	30	$1,082,292	4%	$43,300	COLMENA	30	$1,082,292	6.96%	5	$75,400	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
$0	$44,400		COMFAMILIAR ATLANTICO	30	$1,108,333	4%	$44,400	COLMENA	30	$1,108,333	6.96%	5	$77,200	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
$0	$24,500		COMFAMILIAR ATLANTICO	18	$610,417	4%	$24,500	COLMENA	18	$610,417	6.96%	5	$42,500	18	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
$0	$16,000		COMFAMILIAR ATLANTICO	0	$0	4%	$0	COLMENA	12	$400,000	0%	5	$0	0	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
$0	$40,400		COMFAMILIAR ATLANTICO	30	$1,007,813	4%	$40,400	COLMENA	30	$1,007,813	6.96%	5	$70,200	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
$0	$38,700		COMFAMILIAR ATLANTICO	29	$966,667	4%	$38,700	COLMENA	29	$966,667	6.96%	5	$67,300	29	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
$0	$1,400		COMFAMILIAR ATLANTICO	0	$0	4%	$0	COLMENA	1	$33,334	0%	5	$0	0	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
$0	$43,300		COMFAMILIAR ATLANTICO	30	$1,082,292	4%	$43,300	COLMENA	30	$1,082,292	6.96%	5	$75,400	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
$0	$53,500		COMFAMILIAR ATLANTICO	30	$1,336,250	4%	$53,500	COLMENA	30	$1,336,250	6.96%	5	$93,100	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
$0	$40,000		COMFAMILIAR ATLANTICO	30	$1,000,000	4%	$40,000	COLMENA	30	$1,000,000	6.96%	5	$69,600	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
$0	$37,800		COMFAMILIAR ATLANTICO	28	$943,751	4%	$37,800	COLMENA	28	$943,751	6.96%	5	$65,700	28	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
$0	$2,700		COMFAMILIAR ATLANTICO	0	$0	4%	$0	COLMENA	2	$66,667	0%	5	$0	0	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
$0	$43,900		COMFAMILIAR ATLANTICO	30	$1,095,833	4%	$43,900	COLMENA	30	$1,095,833	6.96%	5	$76,300	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
$0	$40,000		COMFAMILIAR ATLANTICO	30	$1,000,000	4%	$40,000	COLMENA	30	$1,000,000	6.96%	5	$69,600	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
	$862,400						$840,900						$1,462,300				$0		$0		$0		$0	

aportes en línea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900627496	6	TOSHIRA KENETSU S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	TOSHIRA KENETSU S.A.S.	CARRERA 57 # 99A 65	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3131934	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-11	2022-12	1826900023	9444455113	E	2022/12/23	2022/12/22	BANCO DAVIVIENDA	0	$6,611,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				20	$3,445,900	$0	$0	$3,445,900
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	4	$708,300	$0	$0	$708,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$390,700	$0	$0	$390,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	13	$2,171,500	$0	$0	$2,171,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$175,400	$0	$0	$175,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				20	$1,462,300	$0	$0	$1,462,300
COLMENA	14-25	800,226,175	3	20	$1,462,300	$0	$0	$1,462,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				20	$840,900	$0	$0	$840,900
COMFAMILIAR ATLANTICO	CCF07	890,101,994	9	20	$840,900	$0	$0	$840,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				20	$862,400	$0	$0	$862,400
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	3	$125,100	$0	$0	$125,100
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	2	$80,100	$0	$0	$80,100
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	3	$124,900	$0	$0	$124,900
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$40,900	$0	$0	$40,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	11	$491,400	$0	$0	$491,400
TOTAL				**20**	**$6,611,500**	**$0**	**$0**	**$6,611,500**

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

Libertad y Orden

RUNT
REGISTRO ÚNICO NACIONAL DE TRÁNSITO

CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 158751141

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: METROCAR S.E.S.

NIT: 900246804

No. de Certificado de Acreditación: 10-OIN-079-001

Fecha de expedición: 2022/03/19

Fecha de vencimiento: 2023/03/19

DATOS VEHÍCULO

PLACA: TZM719

CLASE: VOLQUETA

MARCA: KENWORTH

MODELO: 2015

SERVICIO: Público

COMBUSTIBLE: DIESEL

CILINDRAJE: 10800

NRO. MOTOR: 35319457

NRO. CHASIS: 719500

VIN: 3BKDL00X0FF719500

LÍNEA: T800

COLOR: AZUL

NOMBRE PROPIETARIO: CONSTRUCCIONES DANFEL S.A.S

FIRMA DEL RESPONSABLE

CARMEN CECILIA PEREZ OJEDA

SOAT

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

FECHA DE EXPEDICIÓN	AÑO	MES	DÍA
	2022	01	31

VIGENCIA	AÑO	MES	DÍA
DESDE LAS 00 HORAS DEL	2022	02	01
HASTA LAS 23:59 HORAS DEL	2023	01	31

ASEGURADORA
SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
1070105016101	WGA170	VOLQUETA	PÚBLICO	10800	2015

PASAJEROS	MARCA	LÍNEA VEHÍCULO	CARROCERÍA
2	KENWORTH	T800	PLATON - 13

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
35329404	721257	3BKDL00X5FF721257	16.98

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No.DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
CONSTRUCCIONES DANFEL SAS	3730966	NT	901129635	BARRANQUILLA

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
79230	1070	79230	1070105016101	BARRANQUILLA-ATLAN

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
330	$878,400.00	$456,700.00	$1,900.00

TOTAL A PAGAR

$1,337,000.00

FIRMA AUTORIZADA

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA
A. GASTOS MÉDICOS QUIRURGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	800
B. INCAPACIDAD PERMANENTE	180
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	10

SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES

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

Si quiere conocer estos beneficios y despejar algunas dudas, ***lo invitamos a ingresar aquí.***

El SOAT es Irrevocable, no puede ser revocado ni por el Tomador ni por la Aseguradora. Numeral 5 del Artículo 41 del Decreto 056 de 2015



Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

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

En caso de accidente de tránsito:

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

Texto habeas data

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

SOAT

POLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

FECHA DE EXPEDICIÓN AÑO	MES	DÍA	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL AÑO	MES	DÍA	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL AÑO	MES	DÍA
2022	08	31	2022	09	01	2023	08	31

ASEGURADORA

sura

890.903.407 – 9

NO. DE POLIZA	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/KATIOS	MODELO
29491777	EUW917	VOLQUETA	PARTICULAR	10000	1998

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
3	CHEVROLET	

LÍNEA VEHÍCULO: BRIGADIERTANDEM221

No. MOTOR	No. CHASIS o No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON
34888733	9GD3CBMD7WB980712		18000.0

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELEFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD DE RESIDENCIA TOMADOR
TRANSPORTES AA DEL CARIBE SAS	3003217127	NIT	9003429615	

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1318	248	4999		

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FONDO	IVA SOAT
330	$ 878.400	$ 456,700	$ 1,900

TOTAL A PAGAR $ 1.337.000

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	800	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
B. INCAPACIDAD PERMANENTE	180	
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	10	

FIRMA AUTORIZADA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10022172095

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
EUW917	CHEVROLET	BRIGADIER TANDEM	1998

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
10.000	ROJO PERLADO	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
VOLQUETA	PLATON	DIESEL	18000

NÚMERO DE MOTOR: 34888733

REG: N

VIN: ******

NÚMERO DE SERIE: 9GD3CBMD7WB980712

REG: N

NÚMERO DE CHASIS: 9GD3CBMD7WB980712

REG: N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): TRANSPORTE AA DEL CARIBE S.A.S

IDENTIFICACIÓN: NIT 900342961

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE: ******

POTENCIA HP: 0

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 0901402051819-9

I/E: I

FECHA IMPORT.: 05/02/1998

PUERTAS: 2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRÍCULA: 20/05/1998

FECHA EXP. LIC. TTO.: 03/02/2021

FECHA VENCIMIENTO: ******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

INST TTO ATLANTICO/SABANAGRANDE



VALID 136356 01/20

LT0600337-1689

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

Libertad y Orden

RUNT
REGISTRO ÚNICO NACIONAL DE TRANSITO

CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 154846864

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: C.D.A. P-900

NIT: 900273028

No. de Certificado de Acreditación: 09-OIN-082-001

Fecha de expedición: 2021/09/04

Fecha de vencimiento: 2022/09/04

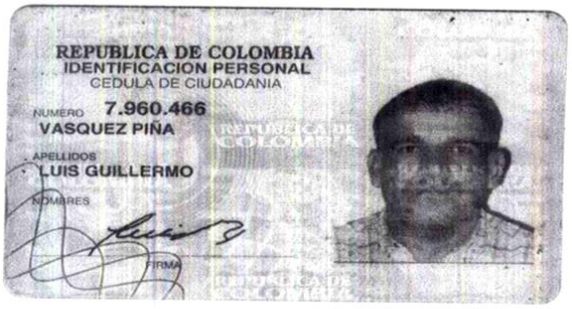
DATOS VEHÍCULO

PLACA:	EUW917	**CLASE:**	VOLQUETA
MARCA:	CHEVROLET	**MODELO:**	1998
SERVICIO:	Particular	**COMBUSTIBLE:**	DIESEL
CILINDRAJE:	10000	**NRO. MOTOR:**	34888733
NRO. CHASIS:	9GD3CBMD7WB980712	**VIN:**	
LÍNEA:	BRIGADIER TANDEM 221		
COLOR:	ROJO PERLADO		

NOMBRE PROPIETARIO: TRANSPORTE AA DEL CARIBE S.A.S

FIRMA DEL RESPONSABLE

LUIS ORLANDO GIL CALA


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 7.960.466
VASQUEZ PIÑA
APELLIDOS
LUIS GUILLERMO
NOMBRES
FIRMA

532


FECHA DE NACIMIENTO 02-SEP-1969
ÉL CARMEN DE BOLIVAR
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.69
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
16-OCT-1998 SAN ESTANISLAO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-0300100-00052723-M-0007960466-20080819
0002363917A 1
3290000287

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 7960466

NOMBRE
LUIS GUILLERMO VASQUEZ PIÑA

FECHA DE NACIMIENTO
02-09-1969

SANGRE-RH
A+

FECHA DE EXPEDICION
03-11-2020

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR



ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR
STRIA DTAL TTO BARRANQUILLA

CATEGORIAS AUTORIZADAS			
CATEGORIA	**CLASE DE VEHICULO**	**VIGENCIA**	**SERVICIO**
B2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS	03-11-2030	PARTICULAR
C2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS	03-11-2023	PUBLICO



IDEMIA1100284(97) 2019-05-20

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC01008715564

LICENCIA DE TRANSITO No. 00-08573 · 0017607

PROPIETARIO APELLIDOS Y NOMBRES
BARRERA OCHOA JUAN PABLO

No. DE IDENTIFICACION	DE	TIPO DE DOCUMENTO
8608139407	-	NIT

DIRECCION	TELEFONO
CRA. 58 # 81-160 AP.11	3789336

CIUDAD	ORGANISMO DE TRANSITO
BARRANQUILLA	PTO COLOMBIA

UNICA TRAMITE
TRASP,

LIMITACION A LA PROPIEDAD
NORMAL

FECHA DE EXPEDICION		
25	11	2000
DIA	MES	AÑO

FIRMA Y SELLO DE AUTORIDAD QUE EXPIDIO

IMP. POR DIDAR LTDA. NIT. 802.005.820 - 6 Tel. 3728180 BARRANQUILLA

11-25-00

0017607

REPUBLICA DE COLOMBIA - MINISTERIO DE TRANSPORTE
DIRECCION GENERAL TRANSPORTE Y TRANSITO
TERRESTRE AUTOMOTOR

LICENCIA DE TRANSITO No.

PLACA UNICA	MARCA	LINEA Y CILINDRAJE	MODELO
EUW917	CHEVROLET	BRIGADIER	1998

CLASE DE VEHICULO	COLOR(ES)
CAMION	ROJO PERLADO

SERVICIO	CARROCERIA O TIPO	No PUERTAS
PARTICULAR	PLATON	2

No. DE MOTOR	R.	No. DE CHASIS	R.
34888733		9GD3CBND7WB980712	

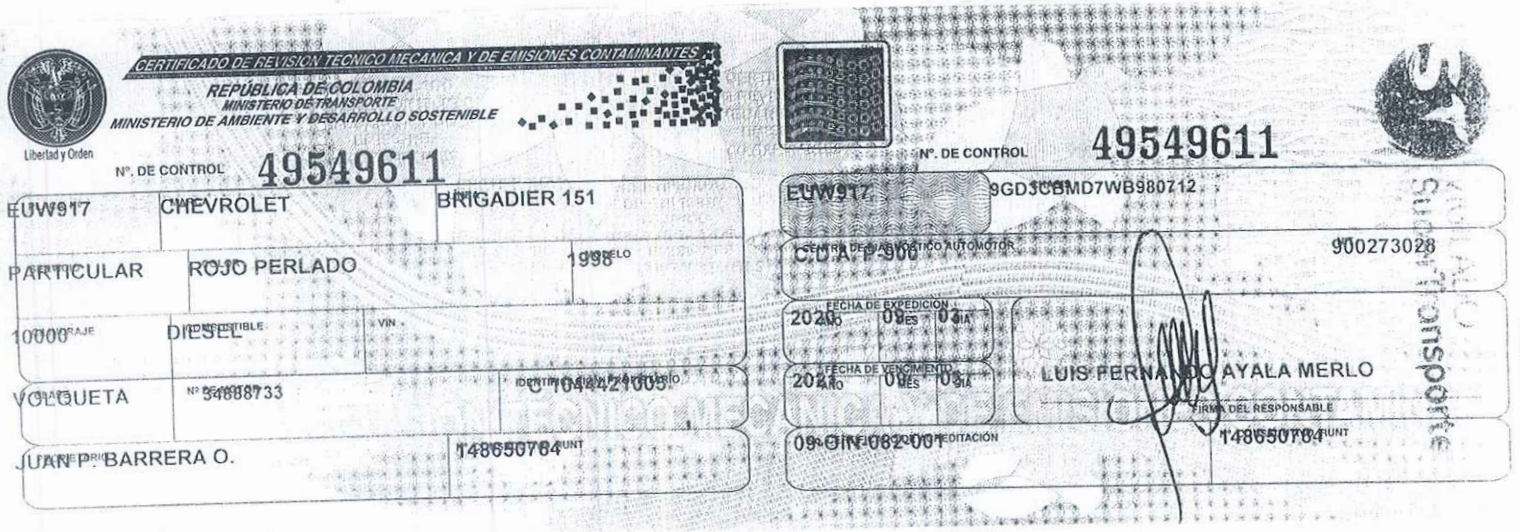
No. DE SERIE	R.	CAP. TON/PAS	PESO BRUTO VEHICULAR
9GD3CBND7WB980712		C 18	0

VOLADIZO ANTERIOR	DISTANCIAS ENTRE EJES	VOLADIZO POSTERIOR	No. DE EJES
	0		

ANCHO (m.m)	ALTO (m.m)	LARGO (m.m)	AVALUO COMERCIAL

ACTA	DEC. DE IMPORV.	NUMERO	CIUDAD Y FECHA DE REGISTRO
X		4020518199	BOGOTA D. E. 05 05 1998

EL PESO BRUTO VEHICULAR PARA VEHICULOS ARTICULADOS SERA EL ESTIPULADO EN EL REGISTRO NACIONAL DE REMOLQUES, SEMIRREMOLQUES Y SIMILARES



CERTIFICADO DE REVISION TECNICO MECANICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

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

Libertad y Orden

N°. DE CONTROL 49549611

EUW917 | CHEVROLET | BRIGADIER 151

PARTICULAR | ROJO PERLADO | MODELO 1998

10000 KILOMETRAJE | DIESEL COMBUSTIBLE | VIN

VOLQUETA CLASE DE VEHICULO | Nº SERVICIO 34888733 | IDENTIFICACIÓN PROPIETARIO C 1044421609

JUAN P. BARRERA O. NOMBRE PROPIETARIO | 148650764 NUNT

N°. DE CONTROL 49549611

EUW917 | 9GD3CBMD7WB980712

C.D.A. P 900 CENTRO DE DIAGNÓSTICO AUTOMOTOR | 900273028

FECHA DE EXPEDICION 2020 AÑO 09 MES 03 DIA

FECHA DE VENCIMIENTO 2021 AÑO 09 MES 03 DIA

LUIS FERNANDO AYALA MERLO
FIRMA DEL RESPONSABLE

09-CIN-082-001 CÓDIGO DE HOMOLOGACIÓN

148650764 NUNT

Sin Transporte

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

No. 1047220486



NOMBRE

MIGUEL ANGEL ARTECHE GALVIS

FECHA DE NACIMIENTO

13-08-1987

SANGRE-RH

A+

FECHA DE EXPEDICION

10-01-2017

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

STRIA MCPAL TTOyTTE PUERTO COLOMBIA

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS	10-01-2027	PARTICULAR
C2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS	10-01-2020	PÚBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

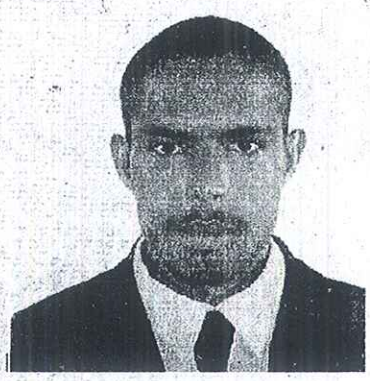
LC02003470339

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.047.220.486**

ARTECHE GALVIS
APELLIDOS

MIGUEL ANGEL
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-AGO-1987**

SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **M** SEXO

13-FEB-2006 GALAPA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-0301300-22148621-M-1047220486-20060628 **07193** 06179A 02 207872825

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Autorización Numeración de Facturación

1876

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 18764022385260

(415)7707212489984(8020) 001876402238526 0

5. Número de Identificación Tributaria - NIT	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
901518821	3				

11. Razón social
CONSORCIO TREN MALLORQUIN

Rangos de numeración para autorizar, habilitar o inhabilitar

	29. Establecimiento	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.
1	CONSORCIO TREN MALLORQUIN CR 10 97 A 13 BL B OF 604	FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	4	FE	1	50	12	AUTORIZACIÓN	1
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									

AUTORIZADO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Autorización Numeración de Facturación

1876

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 18764022385260

(415)7707212489984(8020) **001876402238526 0**

5. Número de Identificación Tributaria - NIT	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
9 0 1 5 1 8 8 2 1	3				

11. Razón social
CONSORCIO TREN MALLORQUIN

Rangos de numeración para autorizar, habilitar o inhabilitar

1	29. Establecimiento: CONSORCIO TREN MALLORQUIN CR 10 97 A 13 BL B OF 604							
	30. Modalidad: FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	Cód.: 4	31. Prefijo: FE	32. Desde el número: 1	33. Hasta el número: 50	38. Vigencia: 12	34. Tipo solicitud: AUTORIZACIÓN	Cód.: 1
2	29. Establecimiento							
	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.
3	29. Establecimiento							
	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.
4	29. Establecimiento							
	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.
5	29. Establecimiento							
	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.
6	29. Establecimiento							
	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.
7	29. Establecimiento							
	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.
8	29. Establecimiento							
	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.
9	29. Establecimiento							
	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.
10	29. Establecimiento							
	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.
11	29. Establecimiento							
	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.

AUTORIZADO

Certificado
Bancario

Miércoles, 28 de septiembre de 2022

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que CONSORCIO TREN MALLORQUIN identificado(a) con NIT 901518821, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA CORRIENTE	65200001056	2021/09/13	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

EDUBAR
EMPRESA DE DESARROLLO URBANO DE BARRANQUILLA S.A.

PRORROGA N° 1 AL CONTRATO DE OBRA N° EDU-783-2021

OBJETO: INTERVENCIONES NECESARIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PROYECTO TREN TURÍSTICO-PASEO PEATONAL EN EL MARCO DE LA RECUPERACIÓN INTEGRAL DE LA CIÉNAGA DE MALLORQUÍN EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA.

CONTRATISTA: CONSORCIO TREN MALLORQUIN
NIT: 901.518.821-3

Entre los suscritos, **ANGELLY MELISSA CRIALES ANIBAL**, mayor de edad, vecina de Barranquilla, identificada con cédula de ciudadanía Nº 55.221.166, quien actúa en su calidad de Representante legal de **LA EMPRESA DE DESARROLLO URBANO DE BARRANQUILLA Y LA REGIÓN CARIBE S.A. – EDUBAR S.A.**, con NIT 800.091.140-4, por una parte, que en el texto de este documento se denominará **EL CONTRATANTE** y por la otra **BENJAMIN FIGUEROA MOLINA,** mayor de edad, identificado con cédula de extranjería número 444.716, en Representación del CORSORCIO TREN MALLORQUIN, identificado con NIT: 901.518.821-3, estructura plural integrada por: AMBIENTAL Y CONSTRUCCIONES S.A.S., identificado con NIT: 901.222.335-3, con un porcentaje de participación del 50%, e INGECON S.A., con NIT: 822.000.138-1, con un porcentaje de participación del 50%, quien en adelante se llamará **EL CONTRATISTA,** hemos convenido celebrar Prorroga N° 1 al Contrato de obra **N° EDU-783-2021,** suscrito el día veinticinco (25) de octubre de 2021, el cual se encuentra regido por las leyes aplicables, el manual de contratación de EDUBAR S.A., y en especial en las cláusulas que a continuación se enuncian, previa las siguientes consideraciones: **1.-** Que el día veinticinco (25) de octubre de 2021, se suscribió Contrato de obra **N° EDU-783-2021,** cuyo objeto es: "INTERVENCIONES NECESARIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PROYECTO TREN TURÍSTICO-PASEO PEATONAL EN EL MARCO DE LA RECUPERACIÓN INTEGRAL DE LA CIÉNAGA DE MALLORQUÍN EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA." **2.-** Que el plazo de ejecución del contrato se estableció hasta el treinta y uno (31) de diciembre de 2021, a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución, una vez se aprueben las garantías exigidas, y se suscriba la respectiva acta de inicio. **3.-** Que el valor del Contrato se estableció en la suma de **TREINTA Y CUATRO MIL OCHENTA MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS M/CTE ($ 34.080.465.796.oo)** Incluido AIU, y todos los tributos que se generen con ocasión a la celebración, ejecución y liquidación del contrato. **4.-** Que el veintitrés (23) de noviembre de 2021 se aprobaron las garantías exigidas en el contrato. **5.-** Que el día veintinueve (29) de noviembre de 2021 se suscribió Acta de inicio al Contrato de obra **N° EDU-783-2021**. **6.-** Que mediante oficio RL-002-CTM-01-21 de fecha treinta (30) de noviembre de 2021, el contratista solicita a la interventoría ampliación del plazo de ejecución al contrato de obra **N° EDU-783-2021**, por el termino de seis (6) meses. **7.-** Que mediante oficio CM-EDU-784-005 de fecha treinta (30) de noviembre de 2021, la Interventoría del contrato de obra **N° EDU-783-2021**, avala la solicitud de prorrogar el plazo de ejecución del contrato por el termino de seis (6) meses, es decir, hasta el treinta (30) de junio de 2022, contados a partir de la fecha de terminación estipulada en el contrato principal. **8.-** Que el supervisor del contrato remitió a Gerencia General oficio de fecha diecisiete (17) de diciembre de 2021, solicitando Prorrogar el plazo de ejecución al contrato de obra **N° EDU-783-2021**, en los siguientes términos: *"En mi calidad de supervisor del contrato me permito solicitar una prórroga a los contratos de la referencia teniendo en cuenta las siguientes consideraciones: 1. Uno de los ítems del contrato es el suministro e instalación de Riel Perfil 59R2 – 118 LB/YD, este insumo además de ser un ítem representativo, no es un insumo comercial en nuestro país, por lo que se requiere de su importación para su adquisición. De acuerdo con los proveedores contactados, el tiempo de fabricación y envío alcanza un tiempo de doce (12) semanas. 2. Considerando la crisis actual en el transporte marítimo, acompañado de la alta demanda de contenedores a nivel mundial y la escasez de acero, se genera la dificultad de tener acceso al insumo mencionado anteriormente durante el periodo contractual. Por lo tanto, la actividad de instalación de la línea férrea se verá afectada por la llegada de este insumo a la zona del proyecto. 3. Que teniendo en cuenta el plan de entregas del proveedor del contratista, se requiere de un plazo adicional de seis (6) meses para poder cumplir con el alcance del contrato."* **9.-** Que en consideración a lo expuesto, la Gerencia General de EDUBAR S.A., atendiendo la solicitud del supervisor del contrato, previa

EDUBAR
EMPRESA DE DESARROLLO URBANO DE BARRANQUILLA S.A.

PRORROGA N° 1 AL CONTRATO DE OBRA N° EDU-783-2021

OBJETO: INTERVENCIONES NECESARIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PROYECTO TREN TURÍSTICO-PASEO PEATONAL EN EL MARCO DE LA RECUPERACIÓN INTEGRAL DE LA CIÉNAGA DE MALLORQUÍN EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA.

CONTRATISTA: CONSORCIO TREN MALLORQUIN
NIT: 901.518.821-3
verificación del expediente contractual, y teniendo en cuenta que el contrato se encuentra vigente, procede a realizar la presente **PRORROGA N° 1** al contrato de obra **N° EDU-783-2021**, en atención a las consideraciones expuestas y en desarrollo de la autonomía de la voluntad, las partes acuerdan lo siguiente: **CLÁUSULA PRIMERA. – OBJETO:** El presente tiene por objeto prorrogar el plazo de ejecución del contrato de obra **N° EDU-783-2021**, suscrito entre las partes el día veinticinco (25) de octubre de 2021. **CLÁUSULA SEGUNDA. - PLAZO A PRORROGAR:** El plazo a prorrogar será por el termino de seis (6) meses, es decir, hasta el treinta (30) de junio de 2022, contado a partir del día siguiente a la finalización del plazo establecido en el contrato principal. **CLÁUSULA TERCERA. - GARANTIAS:** EL CONTRATISTA se compromete a ampliar las pólizas originales otorgadas, establecida en el contrato principal en los mismos términos allí pactados y de acuerdo con la Prorroga N° 1 aquí estipulada. **CLÁUSULA CUARTA: EQUILIBRIO ECONÓMICO:** La presente modificación no afecta el equilibrio económico del contrato, tal como lo reconoce el contratista con la suscripción de este documento. **CLÁUSULA QUINTA: VIGENCIA DE LAS ESTIPULACIONES:** Todas las cláusulas y estipulaciones contractuales del contrato principal, no modificadas por el presente documento, continúan vigentes y su exigibilidad permanece. **CLÁUSULA SEXTA: PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN:** La presente Prorroga N° 1 quedará perfeccionada con la firma de las partes.

Una vez leído y aprobado en todos sus términos y condiciones por las partes, se suscribe en Barranquilla, el día veinte (20) de diciembre de 2021.

ANGELLY MELISSA CRIALES ANIBAL
Representante Legal
EDUBAR S.A.

BENJAMIN FIGUEROA MOLINA
Representante Legal - CONTRATISTA

Proyectó: Albeiro García
Revisó: Mauricio Valdeblanquez

PRORROGA N° 2 AL CONTRATO DE OBRA N° EDU-783-2021

OBJETO: INTERVENCIONES NECESARIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PROYECTO TREN TURÍSTICO-PASEO PEATONAL EN EL MARCO DE LA RECUPERACIÓN INTEGRAL DE LA CIÉNAGA DE MALLORQUÍN EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA.

CONTRATISTA: CONSORCIO TREN MALLORQUIN
NIT: 901.518.821-3

Entre los suscritos, **ANGELLY MELISSA CRIALES ANIBAL**, mayor de edad, vecina de Barranquilla, identificada con cédula de ciudadanía N° 55.221.166, quien actúa en su calidad de Representante legal de **LA EMPRESA DE DESARROLLO URBANO DE BARRANQUILLA Y LA REGIÓN CARIBE S.A. – EDUBAR S.A.**, con NIT 800.091.140-4, por una parte, que en el texto de este documento se denominará **EL CONTRATANTE** y por la otra **BENJAMIN FIGUEROA MOLINA,** mayor de edad, identificado con cédula de extranjería número 444.716, en Representación del CORSORCIO TREN MALLORQUIN, identificado con NIT: 901.518.821-3, estructura plural integrada por: AMBIENTAL Y CONSTRUCCIONES S.A.S., identificado con NIT: 901.222.335-3, con un porcentaje de participación del 50%, e INGECON S.A., con NIT: 822.000.138-1, con un porcentaje de participación del 50%, quien en adelante se llamará **EL CONTRATISTA,** hemos convenido celebrar Prorroga N° 2 al Contrato de obra **N° EDU-783-2021,** suscrito el día veinticinco (25) de octubre de 2021, el cual se encuentra regido por las leyes aplicables, el manual de contratación de EDUBAR S.A., y en especial en las cláusulas que a continuación se enuncian, previa las siguientes consideraciones: **1.-** Que el día veinticinco (25) de octubre de 2021, se suscribió Contrato de obra **N° EDU-783-2021,** cuyo objeto es: "INTERVENCIONES NECESARIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PROYECTO TREN TURÍSTICO-PASEO PEATONAL EN EL MARCO DE LA RECUPERACIÓN INTEGRAL DE LA CIÉNAGA DE MALLORQUÍN EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA." **2.-** Que el plazo de ejecución del contrato se estableció hasta el treinta y uno (31) de diciembre de 2021, a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución, una vez se aprueben las garantías exigidas, y se suscriba la respectiva acta de inicio. **3.-** Que el valor del Contrato se estableció en la suma de **TREINTA Y CUATRO MIL OCHENTA MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS M/CTE ($ 34.080.465.796.oo)** Incluido AIU, y todos los tributos que se generen con ocasión a la celebración, ejecución y liquidación del contrato. **4.-** Que el veintitrés (23) de noviembre de 2021 se aprobaron las garantías exigidas en el contrato. **5.-** Que el día veintinueve (29) de noviembre de 2021 se suscribió Acta de Inicio al Contrato de obra **N° EDU-783-2021. 6.-** Que el veinte (20) de diciembre de 2021se suscribió Prórroga N° 1 al contrato de obra N° EDU-783-2021, ampliando el plazo de ejecución hasta el treinta (30) de junio de 2022. **7.-** Que mediante oficio CTM-037-22 de fecha siete (07) de junio de 2022, el contratista solicita a la interventoría ampliación del plazo de ejecución al contrato de obra **N° EDU-783-2021**, por el termino de diez (10) meses. **8.-** Que mediante oficio CM-EDU-784-054 de fecha diez (10) de junio de 2022, la Interventoría del contrato de obra **N° EDU-783-2021**, avala la solicitud de prorrogar el plazo de ejecución del contrato por el termino de diez (10) meses, es decir, hasta el treinta (30) de abril de 2023, contados a partir de la fecha de terminación estipulada en el contrato principal y la Prórroga N° 1. **9.-** Que el supervisor del contrato remitió a Gerencia General oficio de fecha veintitrés (23) de junio de 2022, solicitando Prorrogar el plazo de ejecución al contrato de obra **N° EDU-783-2021**, en los siguientes términos: *"En mi calidad de supervisor del contrato me permito solicitar una prórroga al contrato de la referencia, teniendo en cuenta lo siguiente: Que el pasado siete (07) de junio de 2022, mediante el comunicado CTM-037-22, el contratista de obra (Consorcio Tren Mallorquín), solicitó a su interventoría una prórroga por un periodo de **diez (10) meses** teniendo en cuenta las siguientes consideraciones: **1.** Las necesidades evidenciadas en el sector de influencia del proyecto, tanto para la operación de este, como para garantizar la movilidad de la comunidad del sector, ha requerido de ajustes y modificación de los diseños iniciales contemplando: **a)** Una línea férrea, multifuncional, que permita tanto el paso del tren, como también el acceso de vehículos de emergencia, mantenimiento, abastecimiento de carga y acceso de propietarios a los lotes del sector. **b)** Cambios en los diseños del perfil longitudinal, geométrico, estructura férrea y manejo de las aguas de escorrentía, garantizando éstas por encima de la cota de inundación del proyecto, las cuales sólo hasta el mes de mayo fue posible definir con el diseñador original del proyecto, quedando la cota final en la +1.31 m. **c)** Modificaciones arquitectónicas y técnicas entre el K1+400 al K2+539, a cargo del diseñador original, teniendo en cuenta los anchos reales disponibles sobre el tajamar. Estos anchos finales han obligado a reestructurar en este último kilómetro las especificaciones y dimensiones de las áreas destinadas a ciclo ruta y anden peatonal. **2.** Las*

PRORROGA N° 2 AL CONTRATO DE OBRA N° EDU-783-2021

OBJETO: INTERVENCIONES NECESARIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PROYECTO TREN TURÍSTICO-PASEO PEATONAL EN EL MARCO DE LA RECUPERACIÓN INTEGRAL DE LA CIÉNAGA DE MALLORQUÍN EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA.

CONTRATISTA: CONSORCIO TREN MALLORQUIN
NIT: 901.518.821-3

actividades programadas para la ejecución de trabajos en la ESTACION LAS FLORES, también se han vista afectadas principalmente por: ***a)*** *El ajuste a los diseños del parqueadero, el cual, de acuerdo con las modificaciones requeridas, revisión y aprobación por parte de los especialistas, no permitió su ejecución hasta el 7 de abril del 2022.* ***b)*** *La cimentación de la estación las flores y del edificio administrativo no se han podido ejecutar debido a la presencia de viviendas en el predio. El Distrito viene adelantando aún la reubicación de los habitantes de dichas viviendas.* ***3.*** *Cambios en los diseños presentados por PUERTA DE ORO de la línea de conducción de acueducto. Debido a las observaciones realizadas por parte del operador de estas redes, TRIPLE A, fue necesario el rediseño de la red de 4" a 6". Solo hasta el 27 de abril de 2022 se obtuvo la aprobación del diseño por parte del operador TRIPLE A. Que la interventoría (Consorcio Mallorquín), mediante el comunicado CM-EDU-784-054 de fecha diez (10) de junio de 2022, luego de revisar los argumentos y motivaciones expuestas por el contratista de obra, recomienda a esta supervisión la ampliación del plazo de ejecución del contrato de obra por un periodo de* ***diez (10) meses****, con el objetivo de cumplir el objeto contractual. Esta supervisión, luego de revisar los documentos presentados por la interventoría y contratista, se permite solicitar, amablemente adelantar los trámites administrativos necesarios para prorrogar el Contrato de la Referencia por* ***diez (10) meses****. Lo anterior teniendo en cuenta que los argumentos expuestos por el contratista y refrendados por la interventoría evidencian la necesidad de aumentar el plazo del contrato para el cumplimiento del objeto contractual."* **10.-** Que en consideración a lo expuesto, la Gerencia General de EDUBAR S.A., atendiendo la solicitud del supervisor del contrato, previa verificación del expediente contractual, y teniendo en cuenta que el contrato se encuentra vigente, procede a realizar la presente **PRORROGA N° 2** al contrato de obra **N° EDU-783-2021**, en atención a las consideraciones expuestas y en desarrollo de la autonomía de la voluntad, las partes acuerdan lo siguiente: **CLÁUSULA PRIMERA. – OBJETO:** El presente tiene por objeto prorrogar el plazo de ejecución del contrato de obra **N° EDU-783-2021**, suscrito entre las partes el día veinticinco (25) de octubre de 2021. **CLÁUSULA SEGUNDA. - PLAZO A PRORROGAR:** El plazo a prorrogar será por el termino de diez (10) meses, es decir, hasta el treinta (30) de abril de 2023, contado a partir del día siguiente a la finalización del plazo establecido en el contrato principal y la Prórroga Nº 1. **CLÁUSULA TERCERA. - GARANTIAS:** EL CONTRATISTA se compromete a ampliar las pólizas originales otorgadas, establecida en el contrato principal en los mismos términos allí pactados y de acuerdo con la Prorroga N° 2 aquí estipulada. **CLÁUSULA CUARTA: EQUILIBRIO ECONÓMICO:** La presente modificación no afecta el equilibrio económico del contrato, tal como lo reconoce el contratista con la suscripción de este documento. **CLÁUSULA QUINTA: VIGENCIA DE LAS ESTIPULACIONES:** Todas las cláusulas y estipulaciones contractuales del contrato principal, no modificadas por el presente documento, continúan vigentes y su exigibilidad permanece. **CLÁUSULA SEXTA: PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN:** La presente Prorroga N° 2 quedará perfeccionada con la firma de las partes.

Una vez leído y aprobado en todos sus términos y condiciones por las partes, se suscribe en Barranquilla, el día veinticuatro (24) de junio de 2022.

ANGELLY MELISSA CRIALES ANIBAL
Representante Legal
EDUBAR S.A.

BENJAMIN FIGUEROA MOLINA
Representante Legal - CONTRATISTA

Proyectó: Alberto García
Revisó: Mauricio Valdeblanquez

CONTRATO DE OBRA N° EDU-783-2021

OBJETO: INTERVENCIONES NECESARIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PROYECTO TREN TURÍSTICO-PASEO PEATONAL EN EL MARCO DE LA RECUPERACIÓN INTEGRAL DE LA CIÉNAGA DE MALLORQUÍN EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA.

CONTRATISTA: CONSORCIO TREN MALLORQUIN

IDENTIFICACIÓN: 901.518.821-3

Entre los suscritos, **ANGELLY MELISSA CRIALES ANIBAL**, mayor de edad, vecina de Barranquilla, identificada con cédula de ciudadanía N° 55.221.166, quien actúa en su calidad de Representante legal de **LA EMPRESA DE DESARROLLO URBANO DE BARRANQUILLA Y LA REGIÓN CARIBE S.A. – EDUBAR S.A.**, con NIT 800.091.140-4, por una parte, que en el texto de este documento se denominará **EL CONTRATANTE** y por la otra **BENJAMIN FIGUEROA MOLINA,** mayor de edad, identificado con cédula de extranjería número 444.716, en Representación del CORSORCIO TREN MALLORQUIN, identificado con NIT: 901.518.821-3, estructura plural integrada por: AMBIENTAL Y CONSTRUCCIONES S.A.S., identificado con NIT: 901.222.335-3, con un porcentaje de participación del 50%, e INGECON S.A., con NIT: 822.000.138-1, con un porcentaje de participación del 50%, quien en adelante se llamará **EL CONTRATISTA,** hemos convenido celebrar el contrato de Obra, que se regulará por las siguientes cláusulas, previa las siguientes consideraciones: **1.** Que entre el DISTRITO Y EDUBAR S.A., se suscribió Contrato Interadministrativo de Gerencia Integral de proyectos N° CD-12-2020-2435, cuyo objeto es: "GERENCIA INTEGRAL Y COORDINACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NECESARIAS PARA LA EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS ECOPARQUE UF1 DISTRITO FAMILIAR Y TREN-TAJAMAR EN EL MARCO DE LA RECUPERACIÓN INTEGRAL DE LA CIÉNAGA DE MALLORQUÍN EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA." **2.** Que para cumplir con las obligaciones del contrato interadministrativo de Gerencia Integral de proyectos N° CD-12-2020-2435, **EDUBAR S.A.** consideró necesario y oportuno realizar el proceso de contratación orientado a contratar las INTERVENCIONES NECESARIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PROYECTO TREN TURÍSTICO-PASEO PEATONAL EN EL MARCO DE LA RECUPERACIÓN INTEGRAL DE LA CIÉNAGA DE MALLORQUÍN EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA. **3.** Que la Gerencia General de **EDUBAR S.A.,** procedió a adelantar el trámite contractual, acorde con lo dispuesto en el Manual de contratación para lo cual publicó en la página WEB de EDUBAR S.A. y en la plataforma SECOP I, el proceso de Selección Abierta N° SA-08-2021. **4.** Que una vez surtidas todas las etapas del proceso de contratación, el comité evaluador rindió informe recomendando aceptar la oferta del CONSORCIO TREN MALLORQUIN, identificado con NIT: 901.518.821-3. Durante el término de traslado del informe de evaluación se presentaron observaciones que fueron debidamente atendidas por la entidad, documentos que fueron publicados en la página WEB de EDUBAR S.A. y en la plataforma SECOP I. **5.** Que de acuerdo con lo anterior, se procedió a aceptar la oferta presentada por CORSORCIO TREN MALLORQUIN, identificado con NIT: 901.518.821-3, quien obtuvo la mayor calificación y cumplió con todos los requisitos jurídicos, técnicos y financieros establecidos en la Convocatoria, resultando favorable a los intereses de la Sociedad. **6.** Que una vez cumplidas cada una de las etapas del Proceso de Selección, corresponde a las partes, sujetándose a la convocatoria del mismo y la propuesta presentada por el Contratista, celebrar el Contrato que se regirá por las siguientes cláusulas: **CLAUSULA PRIMERA. – OBJETO: INTERVENCIONES NECESARIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PROYECTO TREN TURÍSTICO-PASEO PEATONAL EN EL MARCO DE LA RECUPERACIÓN INTEGRAL DE LA CIÉNAGA DE MALLORQUÍN EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA. CLAUSULA SEGUNDA.- ALCANCE:** El objeto del presente contrato incluye las actividades y especificaciones indicadas en los términos de referencia, estudios previos, especificaciones técnicas y demás documentos inherentes al proceso elaborados por **EDUBAR S.A.** y en la propuesta presentada por el **CONTRATISTA**, los cuales forman parte integral del presente contrato. **CLÁUSULA TERCERA. - PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO:** El plazo para la ejecución del contrato será hasta el treinta y uno (31) de diciembre de 2021, a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución, una vez se aprueben las garantías exigidas, y se suscriba la respectiva acta de inicio. **CLÁUSULA CUARTA. - VALOR DEL CONTRATO:** Para todos los efectos fiscales y legales el valor del presente contrato se fija en la suma de **TREINTA Y CUATRO MIL OCHENTA MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS**

NOVENTA Y SEIS PESOS M/CTE ($34.080.465.796.oo) incluido AIU y todos los tributos que se generen con ocasión a la celebración, ejecución y liquidación del Contrato. **CLÁUSULA QUINTA. - APROPIACIÓN PRESUPUESTAL:** El presente contrato se encuentra amparado con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal Nº 210000599 del 18 de junio de 2021. **CLÁUSULA SEXTA. - FORMA DE PAGO:** EDUBAR S.A. pagará al CONTRATISTA el valor del contrato mediante la presentación de actas parciales de obra, refrendadas por el Contratista y el Interventor, avalada por el Supervisor, anexando el seguimiento al Programa de Inversiones del correspondiente mes. Cada pago debe estar precedido de recibido a satisfacción expedido por el interventor del contrato y avalado por el supervisor del mismo, el cual debe incluir: memorias de cálculo, registro fotográfico, bitácora, resultados de laboratorio realizados, informe de gestión ambiental (Debe incluir el certificado de disposición de residuos sólidos en el caso de haber generado R.C.D) informe de gestión social y planos. EDUBAR S.A., pagará al contratista, dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha de presentación de la factura en debida forma en las condiciones pactadas en el respectivo contrato. Adicionalmente, deberá acreditar cada vez que solicite el pago, que se encuentra al día con los pagos al Sistema Integral de Seguridad Social y aportes parafiscales del personal vinculado laboralmente con el CONTRATISTA. Las cantidades de obra y valores consignados en las respectivas Actas de obra son de responsabilidad exclusiva del Interventor y del Contratista. Como requisito para la presentación de la última Acta de obra, se debe anexar el Acta de entrega y recibo definitivo de obra, debidamente firmada por los participantes. En ningún caso el valor del Acta Final debe ser inferior al 10% del valor del contrato. Como requisito para la presentación de la última Acta de obra, se debe anexar el Acta de entrega y recibo definitivo de obra, debidamente firmada por los participantes. **CLÁUSULA SÉPTIMA.- OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA**: Además de las obligaciones específicas derivadas de la propuesta y aquellas contenidas en el Estudio Previo, los términos de referencia y demás documentos inherentes al proceso SA-08-2021, el **CONTRATISTA** se obliga con **EDUBAR S.A.** a lo siguiente: **1)** Vincular para el desarrollo del presente contrato, a personas víctimas del conflicto, en una cantidad mínima del quince por ciento (15%) de la nómina requerida para el proyecto. **2)** Vincular para el desarrollo del contrato y durante todo el plazo de ejecución de la obra, a mínimo dos (02) Mujeres de las registradas en el Centro de Oportunidades del Distrito de Barranquilla u otra Dependencia del DISTRITO que se encargue de proyectos relacionados con la mujer, de la nómina requerida para el proyecto. **3)** Conformar frentes de trabajo, los cuales deben cumplir con los requisitos y capacidades establecidas en los términos de referencia del respectivo proceso de selección. **4)** Visitar los sitios de las obras con el fin de verificar, entre otras, las cantidades de obras, presupuesto, programación, y aquellas actividades que le permitan establecer la logística necesaria para el inicio de las obras. **5)** Validar, revisar, complementar, adicionar, modificar, corregir y ajustar los estudios y/o diseños, para lo cual contará con un plazo hasta de un (01) mes, a partir del acta de inicio del contrato. **6)** Presentar un informe de todo lo anterior, el cual debe contener como mínimo la siguiente información: *Revisión de los estudios y/o diseños técnicos. *Levantamiento topográfico del objeto de intervención. *Vulnerabilidad ambiental. *Cantidades de obras. *Presupuesto de ejecución. *Especificaciones técnicas. *Programación de obras y *Socialización del resultado de esta primera etapa. Una vez verificado por el contratista el alcance de la intervención en obra y hecha las observaciones respectivas, previa aprobación del informe técnico, por parte de la interventoría y la supervisión, se podrá dar inicio a la ejecución de la obra hasta su terminación final. **7)** Ejecutar adecuadamente las obras, para ello implementará todas las medidas de control durante la etapa de ejecución contractual establecidas en la ley, con el fin de evitar la paralización o inadecuada ejecución de la obra. **8)** Constituir la garantía de cumplimiento que ampare la calidad de los materiales, la estabilidad de la obra y el pago de salarios y prestaciones sociales e indemnizaciones, así como la garantía de responsabilidad civil extracontractual en los términos que establece la ley. **9)** Instalar vallas informativas sobre el proyecto, de acuerdo con el manual de comunicaciones del DISTRITO y la autorización escrita por parte del supervisor del contrato. **10)** Garantizar el cumplimiento de las normas de seguridad industrial y de señalización y movimiento de máquinas cuando se requiera. **11)** Suministrar los materiales, equipos, herramientas y mano de obra necesarios para la ejecución del contrato de obra, de acuerdo con lo estipulado en las especificaciones técnicas, no podrá apartarse de ellos sin la autorización escrita del Supervisor del contrato y el concepto previo del Interventor, en caso contrario perderá el derecho a reclamar el reconocimiento y pago de cualquier suma por concepto de obras adicionales y/o mayores cantidades de obras, que resulten de la modificación de las especificaciones. **12)** Acreditar el aporte al Sistema de Seguridad Social (Pensión, Salud y ARL). Si es persona Jurídica debe adjuntar Certificación firmada por el Representante Legal o Revisor Fiscal en la que se especifique que la empresa cumplió con el pago de los Aportes a Seguridad Social y Parafiscales. Si se trata de personas Naturales independientes sin empleados a su cargo,

deberán acreditar con los documentos que correspondan que se encuentran al día en el pago de sus aportes al sistema de seguridad social. **13)** Considerar los costos indirectos de los ensayos de control de calidad que le solicitará la Interventoría y/o el supervisor para garantizar los trabajos por ejecutar o ejecutados. **14)** Realizar el control de calidad a las obras y/o materiales utilizados en la obra a través de un laboratorio; si el contratista no lo lleva a cabo, la Interventoría procederá a su ejecución y los costos serán descontados del Acta de Recibo de Obras. **15)** Mantener en todo momento informada a la comunidad del alcance del proyecto y de las consecuencias que este tenga para ellos, a través de folletos y similares. El Contratista junto con la Interventoría, mantendrán cuando sea necesario o conveniente reuniones con los representantes de la Comunidad. **16)** Obtener, tramitar y pagar por su cuenta todos los permisos, licencias, autorizaciones, costos de traslado, instalación de acometidas de servicios públicos y/o similares que sean necesarios para la ejecución y puesta en funcionamiento de la obra. El contratista se obliga a la presentación de los planes de manejo de tráfico ante la Secretaría Distrital de Tránsito y Seguridad Vial en los casos en los que haya cierres de vías para la ejecución de sus trabajos, con el objetivo de que dicha entidad revise, haga observaciones y apruebe dichos planes. Así mismo, deberá presentar en los casos que se requiera, el Plan de Manejo Ambiental y el Plan de Gestión Social. **17)** Señalizar todos los frentes de trabajo que conforman la obra, teniendo en cuenta las instrucciones que reciba de la interventoría y modelos estipulados en el contrato. La señalización debe ser para uso diurno y nocturno. De igual manera, queda obligado a implementar los planes de manejo de tráfico mencionados (señalización de obra, entre otros) de acuerdo con lo aprobado por la Secretaría Distrital de Tránsito y Seguridad Vial, Esto, en cumplimiento con lo establecido en el artículo 101 de la ley 769 de 2002. **18)** Dotar durante el plazo de ejecución de las obras, a los trabajadores de uniformes y elementos para su seguridad. En un lugar visible del uniforme, deberá tener la imagen institucional de la Alcaldía Distrital de Barranquilla, EDUBAR S.A. y la del contratista. **19)** Asegurar la permanencia y garantizar el buen estado de funcionamiento en el sitio de las obras, de los equipos y herramientas ofrecidas para la ejecución del contrato. **20)** Mantener en el lugar de los trabajos a los residentes de obra exigidos, que representen al contratista en todo lo relacionado con el desarrollo del contrato, con amplios poderes para actuar dentro de la obra. **21)** Suministrar la mano de obra requerida incluyendo operadores de los equipos necesarios para la ejecución de los trabajos. **22)** Actuar de tal manera que primen la eficiencia, la economía, la celeridad y la calidad en la ejecución. **23)** Asumir los gastos y riesgos que implica el desarrollo del contrato bajo su propia responsabilidad. **24)** Desarrollar el contrato en los términos y condiciones establecidas y formuladas en la propuesta. **25)** Pagar los tributos que para tal efecto requiera la Ley 80/93 y la normatividad colombiana vigente. **26)** Obrar con diligencia y el cuidado necesario en los asuntos que le asigne el Interventor o el Supervisor del contrato. **27)** Garantizar la calidad de las obras contratadas y responder por ellos de conformidad con lo estipulado en el Artículo 5o. numeral 4 de la Ley 80 de 1993. **28)** Rehacer, sufragando a su costo cualquier obra no conforme, en todo o en parte, a juicio del interventor o Supervisor de las Obras. **29)** Elaborar y presentar oportunamente informes mensuales de avances de obras. El informe debe incluir: las actividades realizadas con memorias de cálculo, resultado de las pruebas de laboratorio realizadas a los materiales utilizados, registro fotográfico, copia de la bitácora y esquemas de ubicación. **30)** Presentar dentro de los cinco (05) días calendarios siguientes a la aprobación de los sitios a intervenir por parte de la Secretaría Distrital de Obras Públicas, a través de EDUBAR SA, el Plan de Manejo Ambiental (PMA) y el Plan de Manejo de Tráfico (PMT). Dichos planes deben ser aprobados por la Secretaría Distrital de Obras Públicas, a través de EDUBAR SA (PMA y PMT), Barranquilla Verde (PMA) y Secretaría Distrital de Tránsito y Seguridad Vial (PMT). **30.1)** En lo atinente al PMA, el cumplimiento de las normas ambientales aplicables a los procesos constructivos será de exclusivo costo y riesgo del contratista. Por lo tanto, el contratista por su cuenta y riesgo, deberá realizar todas las gestiones necesarias para el cumplimiento de las normas ambientales vigentes, incluyendo la tramitación y obtención de los Permisos y Concesiones, etc., necesarios para la ejecución de las actividades contractuales, entre otras explotación de fuentes de materiales, disposición de material sobrante de las excavaciones, explotación de zonas de préstamo y de disposición de materiales sobrantes, explotación de fuentes de agua bien sea superficial o subterránea, ocupación temporal o definitiva de cauces, vertimientos, etc, en el caso que se generen estas actividades. El Contratista se obliga al cumplimiento de las normas ambientales vigentes, al desarrollo de buenas prácticas de ingeniería para la ejecución de obras que respeten el entorno natural y social del área de influencia en el cual se desarrollan. Deberá revisar y ajustar los Programas y actividades del Plan de Manejo Ambiental para el alcance del contrato, realizar y entregar durante el primer mes de inicio del contrato, un cronograma de implementación del PMA para que sea aprobado por la Interventoría y avalado por la Secretaría de Obras Públicas, a través de EDUBAR. Cualquier cambio o ajuste en el alcance del PMA deberá ser

revisado y aprobado por la Interventoria y avalado por la Secretaria Distrital de Obras Públicas, a través de EDUBAR. 30.1.1 El contratista deberá presentar de manera mensual, en caso de haber producido residuos sólidos, el Certificado de Disposición de Residuos de Construcción y Demolición (RCD), expedido por el gestor debidamente autorizado por la autoridad ambiental competente. **30.1.1)** El contratista deberá presentar de manera mensual, en caso de haber producido residuos sólidos, el Certificado de Disposición de Residuos de Construcción y Demolición (RCD), expedido por el gestor debidamente autorizado por la autoridad ambiental competente. **30.2)** En lo atinente al PMT, Se debe presentar ante la Secretaría de Obras Públicas, a través de EDUBAR para la aprobación, posteriormente se debe tramitar el permiso de cierre de vías por obras ante la Secretaria Distrital de Tránsito y Seguridad Vial, con todos los requisitos solicitados por esta secretaria en su manual de trámites. Vale la pena destacar que cualquier cambio en los cierres viales deberá tener su debido permiso de cierre de vías por obras. **31)** Presentar dentro de los veinte (20) días siguientes a la suscripción del Acta de Inicio, el recibido del Plan de Gestión Social. El propósito principal de este componente en la etapa de construcción es el de identificar, describir y valorar los impactos (positivos y negativos) socioeconómicos y culturales, entre otros, que puede ocasionar la construcción del proyecto objeto de los presentes pliegos, así como de establecer las medidas de manejo de acuerdo con los tipos de población ubicados en el área de influencia social. El Contratista deberá elaborar una propuesta metodológica que permita la consecución de los objetivos propuestos, para lo cual atenderá a los siguientes lineamientos: a) Los productos solicitados en esta etapa, deben desarrollarse de manera particular para el proyecto. b) Atender al criterio de menor impacto social. c) Para la elaboración de los productos debe referirse a la particularidad que guarda el proyecto de infraestructura urbana; en este sentido el diagnóstico, los indicadores, variables y planes de gestión deben ser valorados en integralidad, tomando en consideración el contexto social. d) Identificar, definir y emitir concepto sobre los posibles impactos sociales (positivos y negativos) generados antes, durante y posterior a la ejecución del proyecto. f) Sensibilizar a la población del área de influencia acerca de los beneficios del futuro proyecto. g) Desarrollar las actividades de gestión social relacionadas en los presentes pliegos, sistematizando los resultados de las mismas, y realizando la retroalimentación permanente para el logro de los objetivos propuestos. h) El componente social desarrollado debe aportar a las demás áreas del contrato (técnica, ambiental, tránsito, etc.), en la mirada integral del proyecto. i) El personal social será el encargado de liderar las relaciones con la comunidad, en este sentido, deben acompañar las actividades que adelanta el Contratista. j) Los productos entregados deben garantizar calidad, cumplimiento y oportunidad. k) Considerar y manifestar las dificultades encontradas en el componente social de estudios sociales. **32)** Implementar el Plan de Manejo Ambiental, el Plan de Manejo de Tráfico y Plan de Gestión Social aprobados por la Interventoría y avalados por la Secretaría Distrital de Obras Públicas, a través de EDUBAR. **33)** Presentar la siguiente información detallada antes del inicio de los trabajos: Análisis de precios unitarios de cada ítem contenido en el presupuesto y cronograma de ejecución de los trabajos a realizar. Así mismo deberá presentar la siguiente información detallada al momento de suscribir el contrato: **33.1)** ORGANIZACIÓN DE LOS TRABAJOS: El contratista deberá incluir en la organización de los trabajos, como mínimo lo siguiente: a) Organigrama General del Proyecto: 1. Frentes de Trabajo requeridos. Semanalmente el contrista se obligará a abrir un mínimo de frentes de trabajo que permitan la terminación de las obras en el plazo pactado. Cada frente deberá estar constituido por un oficial y dos ayudantes. 2. Líneas de Mando y coordinación. 3. Niveles de Decisión. 4. Número de profesionales y demás recurso humano ofrecido en la propuesta y requerido para la ejecución de los trabajos. 5. Funciones y responsabilidades del personal mínimo requerido. b) Metodología para la ejecución de actividades objeto del contrato. Se deberá presentar una descripción detallada de la metodología a seguir para la ejecución de los trabajos, en cada una de las etapas, frentes de trabajo y actividades del proyecto. La metodología para la ejecución de los trabajos deberá considerar los aspectos organizacionales, equipos, relación contractual, comunicaciones e interrelación con el interventor, procesos, procedimientos y controles técnicos y administrativos. Este documento debe incluir la estructura de acuerdo con el organigrama propuesto, el mètodo con el cual se desarrollarán los trabajos, incluyendo, entre otros, las actividades preliminares y el plan de manejo de seguridad industrial y salud ocupacional. En el documento es necesario precisar: 1. Organización y Control: Describe la forma como el proponente elegido organizará todas las actividades para cumplir con el objeto del contrato. 2. Mecanismos para analizar, evaluar e implementar los rendimientos propuestos para ejecutar los trabajos en el plazo contractual previsto. 3. Manejo de materiales, adquisición, fabricación, ensayos, transporte, almacenamiento, protección y distribución. 4. Mantenimiento y control de la calidad y cantidad de los equipos y herramientas. c) Cronograma de los trabajos: se debe presentar el cronograma de los trabajos teniendo en cuenta los siguientes factores: - Frentes de trabajo: se realizará el cronograma teniendo en cuenta cada

frente de trabajo descrito en el organigrama general del proyecto, con su respectivo listado de actividades, - Horario de trabajo de los turnos propuestos y requeridos. Rendimientos. - Plazo del contrato. - Holgura libre y total para cada una de las actividades. - Ruta crítica para los subprogramas y el programa general. **33.2)** PLAN DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS TRABAJOS El proponente elegido deberá proponer el plan de aseguramiento de calidad de los trabajos propuesto. Se deberá incluir en el plan de aseguramiento de la calidad de los trabajos, como mínimo, los siguientes componentes: 1. Alcance 2. Elementos de Entrada del Plan de Calidad. 3. Objetivos de la calidad. 4. Responsabilidades de la Dirección 5. Control de Documentos y Datos 6. Control de Registros. 7. Recursos. 8. Provisión de recursos 9. Materiales 10. Recursos Humanos 11. Infraestructura y Ambiente de Trabajo 12. Requisitos 13. Comunicación con el Cliente 14. Diseño y Desarrollo 15. Proceso de Diseño y Desarrollo 16. Control de cambios de Diseño y desarrollo 17. Compras 18. Control de producto no conforme. 19. Producción y prestación del Servicio 20. Identificación y trazabilidad 21. Propiedad del cliente 22. Preservación del Producto 23. Seguimiento y Medición 24. Auditoría. **34)** Tener en obra una comisión topográfica completa permanente durante la duración del proyecto. **35)** Interactuar desde el inicio del proyecto con las empresas de servicios públicos y con los concesionarios del Distrito encargados del Alumbrado y Señalización de Vías, para los debidos traslados, instalaciones y reinstalaciones de redes y de mobiliario urbano. **36)** Ajustar algún estudio o diseño, si durante el curso de la ejecución se requiere debe realizarlos o ajustarlos, entregándole al interventor los documentos técnicos necesarios para su correspondiente revisión y aprobación. Estos Estudios y Diseños deberán cumplir con los requerimientos de contenido y metodología de las especificaciones particulares. **37)** Elaborar y presentar, dentro del primer mes de ejecución de las obras, una vez se hayan revisado los estudios y diseños, de conformidad con lo establecido en el artículo 42 de la Ley 1523 de 2012, el estudio del riesgo, el cual deberá atender los lineamientos del Plan de Gestión del Riesgo del Distrito. Dicho plan deberá ser presentado a la Oficina de Gestión del Riesgo para su respectiva aprobación. **38)** Antes del inicio de las obras de construcción de cualquier proyecto de infraestructura, el contratista deberá entregar al interventor y/o supervisor una copia de la evaluación de impacto ambiental y social, y del plan de gestión ambiental y social correspondiente a dicho proyecto de infraestructura. Y en caso de requerirlo el contratante, un plan de gestión de la construcción. **39)** El contratista deberá cumplir con las normas ambientales y sociales en todos los aspectos correspondientes. Este deberá cumplir con el sistema de gestión ambiental y social desarrollado de acuerdo con las normas medio ambientales y sociales, o en su defecto, la norma ISO 14001. **40)** En caso de desencadenarse un evento medio ambiental y social, EDUBAR S.A, podrá requerir al contratista para que éste proporcione un plan de acción correctivo medio ambiental y social una sola vez o periódicamente. **41)** Las demás establecidas en la Ley y propias del presente contrato y las dispuestas en el Contrato Interadministrativo N° N°CD-12-2020-2435 suscrito entre EDUBAR y el DISTRITO DE BARRANQUILLA, como obligaciones a trasladarse a los ejecutores de las obras. **PARÁGRAFO ÚNICO:** El incumplimiento de estas obligaciones por parte del **CONTRATISTA,** dará lugar a las sanciones establecidas en el presente contrato. **CLÁUSULA OCTAVA. - OBLIGACIONES DE EDUBAR S.A.**: **EDUBAR S.A.** se compromete a: **1)** Cancelar al contratista en la forma y términos establecidos en el contrato. **2)** Suministrar oportunamente la información que requiere el contratista para el cumplimento de sus obligaciones contractuales. **3)** Verificar el cumplimiento de la normatividad vigente por parte del contratista en la ejecución del contrato. **4)** Exigir del Contratista la entrega oportuna del objeto contratado y con las calidades requeridas. **5)** Realizar la supervisión del contrato. **6)** Las demás propias para la correcta ejecución del contrato. **CLÁUSULA NOVENA.- SUPERVISIÓN Y/O INTERVENTORIA:-** Con el fin de proteger la moralidad administrativa, de prevenir la ocurrencia de actos de corrupción y de tutelar la transparencia de la actividad contractual, la supervisión, vigilancia y control del cumplimiento de las obligaciones del **CONTRATISTA,** será ejercida por un interventor externo, quien deberá certificar el cumplimiento de las obligaciones del **CONTRATISTA**. No obstante, **EDUBAR S.A.** vigilará permanentemente la correcta ejecución del objeto contratado a través de un supervisor el cual será designado mediante oficio por la Gerencia General. Tanto el contratista como el interventor serán informados mediante oficio de dicha designación. El supervisor designado deberá certificar el cumplimiento de las obligaciones del **CONTRATISTA,** y cumplir entre otras funciones las siguientes: a) Colaborar y coordinar en la ejecución del contrato. b) Exigir el cumplimiento del contrato en los términos pactados. c) Certificar el cumplimiento de las obligaciones contractuales a cargo del contratista. d) Dar aviso por escrito de cualquier inconsistencia e incumplimiento del Objeto del contrato y su ejecución. e) Informar las situaciones que requieran suspensión, prorroga o modificación, para someterlas a aprobación de la Gerencia General. f) Certificar por escrito el cumplimiento periódico de la ejecución del contrato. g) Las demás necesarias para el fiel cumplimiento del objeto contratado. **PARÁGRAFO PRIMERO:** La Gerente General podrá en

cualquier momento cambiar a la persona que ejerza la supervisión sin que sea necesario modificar el contrato. **CLÁUSULA DECIMA. - GARANTÍAS**: **EL CONTRATISTA** otorgará a favor de **EL CONTRATANTE** las siguientes garantías: **Póliza de Cumplimiento:** El cumplimiento general del contrato y el pago de las multas que se le impongan, por una cuantía equivalente al veinte por ciento (20%) del valor total del contrato y una vigencia igual a la duración del mismo y seis (6) meses más. **Póliza de Salarios y prestaciones sociales:** Equivalente al 15% del valor del contrato y una vigencia igual a la duración del mismo y tres (3) años más. **Estabilidad y calidad de las obras ejecutadas entregadas a satisfacción:** Por una cuantía equivalente al 30% del valor del contrato. Por una vigencia de cinco (5) años contado a partir de la suscripción del acta de recibo final a satisfacción. **Póliza de responsabilidad civil extracontractual:** El cubrimiento de la póliza debe ser equivalente al 20% del valor del contrato y debe constituirse por un tiempo igual a la duración del contrato y tres (3) meses más. **PARÁGRAFO:** En cumplimiento de lo señalado en las obligaciones del Contrato Interadministrativo de Gerencia Nº CD-12-2020-2435, las garantías aquí exigidas al contratista deberán incluir como beneficiario adicional al DISTRITO ESPECIAL, INDUSTRIAL Y PORTUARIO DE BARRANQUILLA identificado con NIT: 890.102.018-1. **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA.- INDEMNIDAD: EL CONTRATISTA** mantendrá libre a **EDUBAR S.A.,** de cualquier daño o perjuicio originado en reclamaciones de terceros, y que se deriven de sus actuaciones. **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA. – RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL Y RIESGOS LABORALES:** Para efectos de dar cumplimiento al artículo 282 de la Ley 100 de 1993, subrogado por el artículo 114 del Decreto 2150 de 1995, concordante con el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, **EL CONTRATISTA** deberá acreditar que se encuentra al día en el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud y Pensión; así mismo, deberá acreditar que se encuentra al día en el pago de sus obligaciones frente al Sistema General de Riesgos Laborales, en atención a lo dispuesto por la Ley 1562 de julio 11 de 2012. **CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA. - CESIÓN Y SUBCONTRATOS: EL CONTRATISTA** se obliga a no ceder ni subcontratar el presente contrato a persona natural o jurídica alguna, sin previa autorización de **EDUBAR S.A. CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA. - MULTAS**: Si durante la ejecución del contrato **EL CONTRATISTA** incumple alguna o algunas de las obligaciones derivadas del presente contrato, **EDUBAR S.A.** le impondrá multas diarias y sucesivas equivalentes al cero punto cinco por ciento (0.5%) del valor total del contrato, sin exceder el diez por ciento (10%) de ese mismo valor total. El pago o la deducción de las multas, no exonerará al **CONTRATISTA** de terminar la ejecución, ni demás obligaciones derivadas del presente contrato. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 17 de la ley 1150 de 2007, las partes, pactan multas por el incumplimiento de las obligaciones contractuales a cargo del **CONTRATISTA** y que se presenten dentro del curso de la ejecución del contrato. El procedimiento de imposición de la multa y la declaratoria de incumplimiento, se sujetará a lo previsto en el artículo 86 de la ley 1474 de 2011. **PARAGRAFO: EL CONTRATISTA** autoriza a EDUBAR S.A., la deducción de los saldos a favor, ante la imposición de las multas aquí pactadas. **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA. - CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA:** En caso de incumplimiento del contrato, **El CONTRATISTA** se hará acreedor a una sanción a título de cláusula penal pecuniaria, equivalente al diez por ciento (10%) del valor total del presente contrato, suma que se hará efectiva directamente por **EDUBAR S.A.**, considerándose como pago parcial de los perjuicios que pudieran ocasionársele. **El CONTRATISTA** autoriza a **EDUBAR S.A.** para descontar y tomar el valor de la cláusula penal y de las multas mencionadas en la citada cláusula, de cualquier suma que le adeude **EDUBAR S.A.** por éste u otro contrato o concepto, sin perjuicio de efectuar el cobro conforme a la ley. El pago o la deducción de las multas, no exonerará al **CONTRATISTA** de terminar la ejecución, ni demás obligaciones nacidas del contrato. **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA. MANEJO DE LA INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE: EL CONTRATISTA** tratará en forma estrictamente confidencial toda información que llegue a su conocimiento relacionada con los asuntos y negocios de **EL CONTRATANTE** y de forma expresa se compromete a guardar en el desempeño de las actividades asignadas y fuera de ellas, la discreción, reserva y sigilo que exige la confidencialidad de la información perteneciente a **EL CONTRATANTE**. Por lo dicho, se abstendrá de revelar en detrimento de los intereses de **EL CONTRATANTE**, información confidencial o secreta que llegue a su conocimiento en el desempeño de sus funciones o por fuera de ellas. Se aclara que los documentos, datos e información de todo tipo tales como secretos industriales, patentes e inventos, know-how y software desarrollado o licenciado por **EL CONTRATANTE** es material clasificado, y en consecuencia **EL CONTRATISTA** tiene la obligación de guardar la confidencialidad a la que se ha comprometido en todo momento, aún después de terminada la prestación del servicio. **CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA. - EXCLUSIÓN DE RELACIÓN LABORAL**: **EL CONTRATISTA** ejecutará el objeto de este contrato con plena autonomía técnica y administrativa, sin relación de subordinación o dependencia, por lo cual no se

generará ningún tipo de vínculo laboral entre **EDUBAR S.A.** y **El CONTRATISTA**. **CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA. - SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS CONTRACTUALES: ETAPA DE ARREGLO DIRECTO.** Las controversias que surjan entre **EL CONTRATISTA** y **EDUBAR S.A.,** con ocasión a la celebración, ejecución, ampliación, o liquidación del contrato, incluyendo las consecuencias económicas de los actos contractuales expedidos en ejercicio de la ejecución contractual, serán resueltas por las partes mediante la figura del arreglo directo en un término máximo de cinco (5) días hábiles, contados a partir de la fecha en que cualquiera de las partes le comunique a la otra la existencia de una diferencia y manifieste la intención de iniciar la etapa de arreglo directo. **CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA. - INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES: EL CONTRATISTA** manifiesta bajo la gravedad de juramento, el cual se entiende prestado con la firma de este documento, que no se encuentra incurso en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en el artículo 127 de la Constitución Política ni en los artículos 8° y 9° de la Ley 80 de 1993, concordantes con el artículo 18 de la Ley 1150 de 2007, artículos 1°, 2°, 4° y 90 de la Ley 1474 de 2011 y demás normas vigentes sobre la materia o dentro de las prohibiciones especiales para contratar. **CLÁUSULA VIGÉSIMA. - LIQUIDACIÓN:** Este contrato deberá liquidarse de mutuo acuerdo entre las partes, dentro de los cuatro (4) meses siguientes a su terminación. **CLAUSULA VIGESIMA PRIMERA. – NOTIFICACIONES:** Los avisos, solicitudes, comunicaciones que deban hacerse las partes en el desarrollo de este contrato, se podrán enviar por medio físico o por correo electrónico, a las personas y direcciones indicadas en la solicitud de la propuesta y en la propuesta del contratista. **CLAUSULA VIGESIMA SEGUNDA. - ANEXOS DEL CONTRATO:** Constituyen parte integral del presente Contrato, los siguientes documentos: a) Oferta presentada por EL CONTRATISTA. b) Certificado de Disponibilidad Presupuestal. c) Registro Presupuestal. d) Documentos del proceso de selección SA-08-2021. e) Constancia del pago de los impuestos y contribuciones que correspondan. f) Estudios previos. g) Cuadro de asignación de riesgos. h) Las actas y demás documentos que suscriban las partes. **VIGESIMA TERCERA. - LUGAR DE EJECUCION Y DOMICILIO CONTRACTUAL:** Las actividades previstas en el presente contrato, se desarrollarán en el Distrito de Barranquilla, y para todos los efectos legales el domicilio contractual será la ciudad de Barranquilla. **CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA. - PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN:** El presente contrato se entiende perfeccionado con la firma de las partes. Para su ejecución se requerirá de la existencia del Certificado de Disponibilidad Presupuestal y el Registro Presupuestal correspondiente, la aprobación de las garantías exigidas y la suscripción del Acta de inicio. **PARAGRAFO:** El contratista asumirá el pago de todos los impuestos a que haya lugar.

Una vez leído y aprobado en todos sus términos y condiciones por las partes, se suscribe en Barranquilla el veinticinco (25) de octubre de 2021.

ANGELLY MELISSA CRIALES ANIBAL
Representante Legal
EDUBAR S.A.

BENJAMIN FIGUEROA MOLINA
Representante Legal – Contratista

Proyectó: Albeiro García Ariza
Revisó: Mauricio Valdeblanquez Tamara

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900564455-2	MARTIN CASILLAS SLU SUCURSAL COLOMBIA	CR 10 97 A 13 OFIC 604	6218864	administracion@gmcic.com.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-12	2022-11	E		63668896	$7.664.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	200.000	0		0		0	0	0	0	200.000	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	512.000	0		0		0	0	0	0	512.000	3
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	200.000	0		0		0	0	0	0	200.000	2
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	169.000	0		0		0	0	0	0	169.000	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	288.000	0	0	0	0	0	0		288.000	1
230301	Porvenir	800224808-8	1.476.000	0	0	0	0	0	0		1.476.000	4
25-14	Colpensiones	900336004-7	2.560.000	0	0	80.000	80.000	0	0		2.720.000	3

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	1.018.400				1.018.400	0	0	1.018.400			10.184	1.018.400	8

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	976.000	0	0	976.000	7
CCF38	Cafaba	890270275-5	105.000	0	0	105.000	1

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900564455-2	MARTIN CASILLAS SLU SUCURSAL COLOMBIA	CR 10 97 A 13 OFIC 604	6218864	administracion@gmcic.com.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO		DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-12	2022-11	E		63668896	$7.664.400	

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	1.081.000	1.081.000
Pensión	3	4.484.000	4.484.000
Riesgos Laborales	1	1.018.400	1.018.400
CCF	2	1.081.000	1.081.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	10	7.664.400	7.664.400

PAGADO 1786826809

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900564455-2	MARTIN CASILLAS SLU SUCURSAL COLOMBIA		CR 10 97 A 13 OFIC 604	6218864	administracion@gmcic.com.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-12	2022-11	E		63668896	$7.664.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1003913090	OSORIO ORJUELA LEIDY CAROLINA	1	0			S																	230301	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS008	2.000.000	80.000	14-11	2.000.000	1	10.500	CCF24	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0
2	CC	1018465384	CASTIBLANCO GUERRA PAULA ANGELICA	1	0			S																	230301	3.000.000	480.000	0	0	0	0	EPS008	3.000.000	120.000	14-11	3.000.000	1	15.700	CCF24	3.000.000	120.000	0	0	0	0	0
3	CC	1018511976	CHOACHI CAMACHO SERGIO IVAN	1	0			S																	230201	1.800.000	288.000	0	0	0	0	EPS005	1.800.000	72.000	14-11	1.800.000	1	9.400	CCF24	1.800.000	72.000	0	0	0	0	0
4	CC	1033755991	COCUNUBO OROZCO WENDY LORENA	1	0			S																	230301	1.600.000	256.000	0	0	0	0	EPS017	1.600.000	64.000	14-11	1.600.000	1	8.400	CCF24	1.600.000	64.000	0	0	0	0	0
5	CC	28867845	TAPIA HERNANDEZ LUZ SORA	1	0			S																	25-14	5.000.000	800.000	0	0	25.000	25.000	EPS005	5.000.000	200.000	14-11	5.000.000	1	26.100	CCF24	5.000.000	200.000	0	0	0	0	0
6	CC	91519150	MALDONADO HERRERA NELSON ARTURO	1	0			S																	25-14	5.000.000	800.000	0	0	25.000	25.000	EPS002	5.000.000	200.000	14-11	5.000.000	5	348.000	CCF24	5.000.000	200.000	0	0	0	0	0
7	CC	1032493081	RAMIREZ ONATRA OSCAR LEONARDO	1	0			S																	230301	2.625.000	420.000	0	0	0	0	EPS017	2.625.000	105.000	14-11	2.625.000	5	182.700	CCF38	2.625.000	105.000	0	0	0	0	0
8	CC	1054541443	RODRIGUEZ CUESTA JHON HEIVER	1	0			S																	25-14	6.000.000	960.000	0	0	30.000	30.000	EPS005	6.000.000	240.000	14-11	6.000.000	5	417.600	CCF24	6.000.000	240.000	0	0	0	0	0

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901518821-3	CONSORCIO TREN MALLORQUIN	CRA 10 N. 97A-13 OF 604 TO B	7448546	administracion@gmcic.com.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		ATLÁNTICO	BARRANQUILLA		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					11	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-12	2022-11	E	05/12/2022	63675351	$7.909.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	200.700	0		0		0	0	0	0	200.700	3
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	403.700	0		0		0	0	0	0	403.700	3
EPS010	EPS Sura	800088702-2	229.400	0		0		0	0	0	0	229.400	3
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	120.000	0		0		0	0	0	0	120.000	1
ESSC07	EPS-S Mutual Ser	806008394-7	68.800	0		0		0	0	0	0	68.800	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	1.682.500	0	0	0	0	0	0		1.682.500	5
230301	Porvenir	800224808-8	1.774.700	0	0	35.000	35.000	0	0		1.844.700	3
25-14	Colpensiones	900336004-7	357.600	0	0	0	0	0	0		357.600	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	1.779.200				1.779.200	0	0	1.779.200			17.792	1.779.200	11

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF06	Combarranquilla	890102002-2	1.223.300	0	0	1.223.300	11

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901518821-3	CONSORCIO TREN MALLORQUIN		CRA 10 N. 97A-13 OF 604 TO B	7448546	administracion@gmcic.com.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c			ATLÁNTICO	BARRANQUILLA		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					11	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-12	2022-11	E	05/12/2022	63675351	$7.909.900	

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	5	1.022.600	1.022.600
Pensión	3	3.884.800	3.884.800
Riesgos Laborales	1	1.779.200	1.779.200
CCF	1	1.223.300	1.223.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	10	7.909.900	7.909.900

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE APORTANTE**		**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**CORREO**
NI	901518821-3	CONSORCIO TREN MALLORQUIN		CRA 10 N. 97A-13 OF 604 TO B	7448546	administracion@gmcic.com.co
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
ÚNICA	B – menos de 200 c			ATLÁNTICO	BARRANQUILLA	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	**FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)**	**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)**	**NÚMERO PLANILLA**	**CANTIDAD**	
					EMPLEADOS	**UPC**
					11	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2022-12	2022-11	E	05/12/2022	63675351	$7.909.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**Colom. exterior**	**Exonerado**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRL**	**CORRECCIÓN**	**Cód. AFP**	**IBC AFP**	**Cotización**	**Voluntario Afiliado**	**Voluntario Aportante**	**Fondo pensional de solidaridad**	**Fondo pensional de subsistencia**	**Cód. EPS**	**IBC EPS**	**Cotización / Valor UPC**	**Cód. ARL**	**IBC ARL**	**Clase de Riesgo**	**Cotización**	**Código CCF**	**IBC CCF**	**Aporte CCF**	**IBC otros parafiscales**	**Aporte SENA**	**Aporte ICBF**	**Aporte ESAP**	**Aporte MEN**
1	CC	1042438910	JIMENEZ MIRANDA ADEL ELIESER	1	0			S		X							X								230201	761.188	121.800	0	0	0	0	EPS002	761.188	30.500	14-11	761.188	5	53.000	CCF06	1.143.688	45.800	0	0	0	0	0
2	CC	1098706175	CANDELA OVIEDO SERGIO ANDRES	1	0			S																	230301	3.500.000	560.000	0	0	0	0	EPS010	3.500.000	140.000	14-11	3.500.000	5	243.600	CCF06	3.500.000	140.000	0	0	0	0	0
3	CC	1140817602	CASADIEGO ROMERO CARLOS ANDRES	1	0			S		X															230301	7.000.000	1.120.000	0	0	35.000	35.000	EPS005	7.000.000	280.000	14-11	7.000.000	5	487.200	CCF06	11.034.722	441.400	0	0	0	0	0
4	CC	1193552718	OROZCO MADERA JHONATAN	1	0			S								X									230201	1.754.124	280.700	0	0	0	0	EPS002	1.754.124	70.200	14-11	1.754.124	5	122.100	CCF06	1.754.124	70.200	0	0	0	0	0
5	CC	22651526	MENDEZ MERCADO MILAGRO DE LAS MERCEDES	1	0			S																	230201	2.500.000	400.000	0	0	0	0	EPS005	2.500.000	100.000	14-11	2.500.000	5	174.000	CCF06	2.500.000	100.000	0	0	0	0	0
6	CC	39002342	NUÑEZ RAMOS ROXANA DEL PILAR	1	0			S																	230201	2.500.000	400.000	0	0	0	0	EPS002	2.500.000	100.000	14-11	2.500.000	5	174.000	CCF06	2.500.000	100.000	0	0	0	0	0
7	CC	71768429	CLARO NAVARRO EDUARDO	1	0			S																	230201	3.000.000	480.000	0	0	0	0	EPS037	3.000.000	120.000	14-11	3.000.000	5	208.800	CCF06	3.000.000	120.000	0	0	0	0	0
8	CC	72166936	VACA RODRIGUEZ EGAR EUGENIO	1	0			S									X								25-14	1.732.250	277.200	0	0	0	0	EPS010	1.732.250	69.300	14-11	1.732.250	5	120.600	CCF06	1.732.250	69.300	0	0	0	0	0
9	CC	72207178	IMBACHI CHICANGANA ISMAEL	1	0			S		X							X								230301	591.664	94.700	0	0	0	0	EPS005	591.664	23.700	14-11	591.664	5	41.200	CCF06	801.386	32.100	0	0	0	0	0
10	CC	8532164	SANDOVAL SARMIENTO CARLOS ARTURO	1	0			S		X							X								25-14	502.072	80.400	0	0	0	0	EPS010	502.072	20.100	14-11	502.072	5	35.000	CCF06	890.961	35.700	0	0	0	0	0
11	PT	5402921	ROJAS RIVAS ALEXIS JOSE	1	0	X		S									X									0	0	0	0	0	0	ESSC07	1.719.755	68.800	14-11	1.719.755	5	119.700	CCF06	1.719.755	68.800	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901222335-3	AMBIENTAL Y CONSTRUCCIONES SAS	CR 10 NO. 97 A 13 OF 604	7448546	administracion@gmcic.com.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-12	2022-11	E		63667998	$3.533.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	100.000	0		0		0	0	0	0	100.000	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	50.000	0		0		0	0	0	0	50.000	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	300.000	0		0		0	0	0	0	300.000	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	1.400.000	0	0	25.000	25.000	0	0		1.450.000	3
231001	Colfondos	800227940-6	400.000	0	0	0	0	0	0		400.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	783.000				783.000	0	0	783.000			7.830	783.000	4

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF06	Combarranquilla	890102002-2	200.000	0	0	200.000	2
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	250.000	0	0	250.000	2

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	3	450.000	450.000
Pensión	2	1.850.000	1.850.000
Riesgos Laborales	1	783.000	783.000
CCF	2	450.000	450.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	3.533.000	3.533.000

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901222335-3	AMBIENTAL Y CONSTRUCCIONES SAS		CR 10 NO. 97 A 13 OF 604	7448546	administracion@gmcic.com.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-12	2022-11	E		63667998	$3.533.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1023000899	MARTINEZ GONZALEZ MIGUEL ANGEL	1	0			S																	230301	1.250.000	200.000	0	0	0	0	EPS005	1.250.000	50.000	14-11	1.250.000	5	87.000	CCF24	1.250.000	50.000	0	0	0	0	0
2	CC	7186012	MARTINEZ CAMARGO DIEGO YESID	1	0			S																	230301	5.000.000	800.000	0	0	25.000	25.000	EPS037	5.000.000	200.000	14-11	5.000.000	5	348.000	CCF24	5.000.000	200.000	0	0	0	0	0
3	CC	1054554255	GUTIERREZ LEON JHOAN ESNEIDER	1	0			S																	231001	2.500.000	400.000	0	0	0	0	EPS002	2.500.000	100.000	14-11	2.500.000	5	174.000	CCF06	2.500.000	100.000	0	0	0	0	0
4	CC	1073324679	SIERRA HERNANDEZ MANUEL FELIPE	1	0			S																	230301	2.500.000	400.000	0	0	0	0	EPS037	2.500.000	100.000	14-11	2.500.000	5	174.000	CCF06	2.500.000	100.000	0	0	0	0	0

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

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DEL CONSORCIO TREN MALLORQUIN

CERTIFICA QUE:

El CONSORCIO TREN MALLORQUIN identificado con Nit. 901.518.821-3, ha cumplido y se encuentra al día con sus obligaciones provenientes del sistema de seguridad social y parafiscales. Así mismo certifico que dicha obligación se ha venido cumpliendo durante el mes de diciembre de 2022.

La anterior certificación se expide para efectos de dar cumplimiento al artículo 50 de la ley 789 de 2002.

Se expide la presente certificación a los 5 días del mes de enero 2023

Con distinción y respeto,

BENJAMIN FIGUEROA MOLIMA
Representante Legal
Consorcio Tren Mallorquín


COL
REPÚBLICA DE COLOMBIA
Cédula de Extranjería
MIGRANTE No. 444716
444716
APELLIDOS: FIGUEROA MOLINA
NOMBRES: BENJAMIN
NACIONALIDAD: ESP
FECHA DE NACIMIENTO: 1978/03/05
SEXO: M
RH: A+
F. EXPEDICIÓN: 2020/11/12
VENCE: 2023/11/06
FIRMA
INDICE DERECHO


P457662
El titular de este documento debe notificar a MIGRACIÓN COLOMBIA cualquier cambio en la condición o información migratoria.
The holder of this document must notify MIGRACIÓN COLOMBIA any change of information or immigration status.
www.migracioncolombia.gov.co
Director Migración Colombia
Juan Francisco Espinosa P.
I<COL444716<<<2<<<<<<<<<<<<<<<
7803059M2311067ESP<<<<<<<<<<<8
FIGUEROA<MOLINA<<BENJAMIN<<<<<

ALCALDÍA DE BARRANQUILLA
Distrito Especial, Industrial y Portuario

DISTRITO ESPECIAL, INDUSTRIAL Y PORTUARIO DE BARRANQUILLA

SOY BARRANQUILLA BAQ

GERENCIA DE GESTION DE INGRESOS

RECIBO OFICIAL DE PAGO DE IMPUESTOS VARIOS

Declarante:	N 901518821	CONSORCIO TREN MALLORQUIN	Fecha Emision:	17-11-2021	Usuario	YGUERRERO
Asociada:	EDUBAR S.A	CONTRATO OBRA N° EDU-783-2021	Fecha Vence:	19-11-2021	No. Recibo Pago	605705

Impuesto: 110 BONO AL DEPORTE OTROS — Base / Cantidad: 34,080,465,796

Concepto	Descripcion Concepto	Tarifa	Banco	Numero Cuenta	Total Concepto
C03	BONO AL DEPORTE	1%	BANCO DAVIVIENDA	0241-0000-4076	$340,805,000

DAVIVIENDA CAJERO No. S.H.N. 0279 51 19 NOV. 2021 PROCESADO

Valor Total a Pagar: $340,805,000

(415)7707277260153(8020)000000605705(3900)0000340805000(96)20211119

CHEQUE DE GERENCIA A NOMBRE DE DISTRITO ESPECIAL INDUSTRIAL Y PORTUARIO DE BARRANQUILLA NIT 890.102.018-1

CONTRIBUYENTE

ALCALDÍA DE BARRANQUILLA
Distrito Especial, Industrial y Portuario

DISTRITO ESPECIAL, INDUSTRIAL Y PORTUARIO DE BARRANQUILLA

SOY BARRANQUILLA BAQ

GERENCIA DE GESTION DE INGRESOS

RECIBO OFICIAL DE PAGO DE IMPUESTOS VARIOS

Declarante:	N 901518821	CONSORCIO TREN MALLORQUIN	Fecha Emision:	17-11-2021	Usuario	YGUERRERO
Asociada:	EDUBAR S.A	CONTRATO OBRA N° EDU-783-2021	Fecha Vence:	19-11-2021	No. Recibo Pago	605701

Impuesto: 95 ESTAMPILLA ITSA — Base / Cantidad: 34,080,465,796

Concepto	Descripcion Concepto	Tarifa	Banco	Numero Cuenta	Total Concepto
999	INTERESES MORATORIOS	726000	BANCO DE OCCIDENTE	800-95494-3	$726,000
C95	ESTAMPILLA ITSA	0.3%	BANCO DE OCCIDENTE	800-95494-3	$102,241,397

Banco de Occidente OF. ALTO PRADO-BARRANQUILLA 1 18 NOV 2021 1 RECIBIDO CON PAGO

BANCO DE OCCIDENTE ZOE39 371
RECAUDO CODIGO BARRAS ******4943
15:38:27 2021/11/18 Normal 802
7707277260214 102,967,397.00 D
31798436
102,967,397.00 CH

* Interes de moratorios calculados desde fecha suscripción 25/10/2021 hasta 19/11/2021, sobre una estampilla por valor de: $102,241,397

Valor Total a Pagar: $102,967,397

Referencia1 :
Referencia2 :
"COPIA"

(415)7707277260214(8020)000000605701(3900)0000102967397(96)20211119

CHEQUE DE GERENCIA A NOMBRE DE FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A NIT 860.525.148-5

CONTRIBUYENTE

DISTRITO ESPECIAL, INDUSTRIAL Y PORTUARIO DE BARRANQUILLA

SOY BARRANQUILLA BAQ

GERENCIA DE GESTION DE INGRESOS

RECIBO OFICIAL DE PAGO DE IMPUESTOS VARIOS

VR.20222707.JPE.00.00.00

Usuario JOSORIO

Declarante:	N 901518821	CONSORCIO TREN MALLORQUIN	Fecha Emision:	12-09-2022	No. Recibo Pago
Asociada:	EDUBAR S.A	EDU-783-2021	Fecha Vence:	30-09-2022	20220046879

Impuesto: 111 ESTAMPILLA PROCULTURA OTROS — Base / Cantidad: 34,080,465,796

Concepto	Descripcion Concepto	Tarifa	Banco	Numero Cuenta	Total Concepto
999	INTERESES MORATORIOS	8941850	BANCO DAVIVIENDA	0241-0000-4084	$8,941,850
C09	ESTAMPILLA PROCULTURA	2%	BANCO DAVIVIENDA	0241-0000-4084	$681,609,000

DAVIVIENDA CAJERO No. 1 H.N. 51 15 SEP 2022 0296 PROCESADO

CONTRIBUYENTE

* Interes de moratorios calculados desde fecha suscripción 25/10/2021 hasta 30/09/2022, sobre una estampilla por valor de: $681,609,000

Valor Total a Pagar: $690,550,850

CHEQUE DE GERENCIA A NOMBRE DE DISTRITO ESPECIAL INDUSTRIAL Y PORTUARIO DE BARRANQUILLA NIT 890.102.018-1

(415)7707277260139(8020)020220046879(3900)00000690550850(96)20220930

DISTRITO ESPECIAL, INDUSTRIAL Y PORTUARIO DE BARRANQUILLA

SOY BARRANQUILLA BAQ

GERENCIA DE GESTION DE INGRESOS

RECIBO OFICIAL DE PAGO DE IMPUESTOS VARIOS

VR.20222707.JPE.00.00.00

Usuario JOSORIO

Declarante:	N 901518821	CONSORCIO TREN MALLORQUIN	Fecha Emision:	12-09-2022	No. Recibo Pago
Asociada:	EDUBAR S.A	EDU-783-2021	Fecha Vence:	30-09-2022	20220046882

Impuesto: 112 ESTAMPILLA ADULTO MAYOR — Base / Cantidad: 34,080,465,796

Concepto	Descripcion Concepto	Tarifa	Banco	Numero Cuenta	Total Concepto
999	INTERESES MORATORIOS	11177200	BANCO DAVIVIENDA	0241-0000-4092	$11,177,200
C08	ESTAMPILLA PRO- DOTACION (TERCERA	2.5%	BANCO DAVIVIENDA	0241-0000-4092	$852,012,000

DAVIVIENDA CAJERO No. 1 H.N. 51 15 SEP 2022 0296 PROCESADO

CONTRIBUYENTE

* Interes de moratorios calculados desde fecha suscripción 25/10/2021 hasta 30/09/2022, sobre una estampilla por valor de: $852,012,000

Valor Total a Pagar: $863,189,200

CHEQUE DE GERENCIA A NOMBRE DE DISTRITO ESPECIAL INDUSTRIAL Y PORTUARIO DE BARRANQUILLA NIT 890.102.018-1

(415)7707277260177(8020)020220046882(3900)00000863189200(96)20220930