aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901604402	9	CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	AC 24 51	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4612735	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-12	2023-01	1848332469	9444391682	E	2023/01/03	2023/01/04	BANCO DE BOGOTA	1	$1,280,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1069732511	QUINTERO GARCIA CESAR RICARDO																		230301	30	$4,000,000	$680,000	EPS017	30	$4,000,000	$160,000	CCF21	30	$4,000,000	$160,000	14-25	30	$4,000,000	$278,400	30	$0	$0	Si	$1,278,400
Total	**Afiliados(1)**																						$4,000,000	$680,000			$4,000,000	$160,000			$4,000,000	$160,000			$4,000,000	$278,400		$0	$0		$1,278,400

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901604402	9	CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	AC 24 51	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4612735	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-12	2023-01	1848332469	9444391682	E	2023/01/03	2023/01/04	BANCO DE BOGOTA	1	$1,280,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$680,000	$1,000	$0	$681,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$680,000	$1,000	$0	$681,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$278,400	$400	$0	$278,800
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$278,400	$400	$0	$278,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$160,000	$200	$0	$160,200
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$160,000	$200	$0	$160,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$160,000	$200	$0	$160,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$160,000	$200	$0	$160,200
TOTAL				**1**	**$1,278,400**	**$1,800**	**$0**	**$1,280,200**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901454513	3	CONSTRUCCIONES CIVILES BURGOS SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CONSORCIOBUCARAMANGA	calle 136 157 10	BUCARAMANGA-SANTANDER	8537006	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-12	2023-01	1849621672	9445165045	E	2023/01/04	2023/01/05	BANCO CAJA SOCIAL	1	$11,424,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: CONSORCIOBUCARAMANGA (9 Afiliados)																							$900,001	$144,100			$900,001	$36,100			$900,001	$36,100			$900,001		$63,100		$0	$0		$279,400
Centro de Trabajo: BUCARAMANGA (9 Afiliados)																							$900,001	$144,100			$900,001	$36,100			$900,001	$36,100			$900,001		$63,100		$0	$0		$279,400
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (9 Afiliados)																							$900,001	$144,100			$900,001	$36,100			$900,001	$36,100			$900,001		$63,100		$0	$0		$279,400
1	CC	1095913683	AVENDAÑO AMAYA EDINSON	X	X																25-14	6	$200,000	$32,000	EPS010	6	$200,000	$8,000	CCF40	6	$200,000	$8,000	14-11	6	$200,000	6.960%	$14,000	6	$0	$0	Si	$62,000
2	CC	1042432481	DOMINGUEZ BORREGO LUIS ARTURO		X																23030 1	3	$100,000	$16,000	EPS002	3	$100,000	$4,000	CCF40	3	$100,000	$4,000	14-11	3	$100,000	6.960%	$7,000	3	$0	$0	Si	$31,000
3	CC	82389503	ESPITIA VARGAS CAMPO ELIAS	X	X																23030 1	2	$66,667	$10,700	EPS005	2	$66,667	$2,700	CCF40	2	$66,667	$2,700	14-11	2	$66,667	6.960%	$4,700	2	$0	$0	Si	$20,800
4	CC	1127664141	FERIA BOSCAN LUIS FIDEL		X																23030 1	3	$100,000	$16,000	EPS002	3	$100,000	$4,000	CCF40	3	$100,000	$4,000	14-11	3	$100,000	6.960%	$7,000	3	$0	$0	Si	$31,000
5	CC	1007712253	LAGUNA GOMEZ JOSE ARMANDO	X	X																23020 1	2	$66,667	$10,700	CCFC55	2	$66,667	$2,700	CCF40	2	$66,667	$2,700	14-11	2	$66,667	6.960%	$4,700	2	$0	$0	Si	$20,800
6	CC	91254064	MONSALVE CARREÑO MARTIN		X																23030 1	3	$100,000	$16,000	EPS002	3	$100,000	$4,000	CCF40	3	$100,000	$4,000	14-11	3	$100,000	6.960%	$7,000	3	$0	$0	Si	$31,000
7	CC	1148693011	PINEDA ACOSTA JEVINSON		X																23020 1	3	$100,000	$16,000	EPS002	3	$100,000	$4,000	CCF40	3	$100,000	$4,000	14-11	3	$100,000	6.960%	$7,000	3	$0	$0	Si	$31,000
8	CC	1098710519	SANCHEZ PORRAS RENSON ANTONIO	X	X																23030 1	2	$66,667	$10,700	EPS002	2	$66,667	$2,700	CCF40	2	$66,667	$2,700	14-11	2	$66,667	6.960%	$4,700	2	$0	$0	Si	$20,800
9	CC	1083456171	TAFUR GOMEZ JOSE DAVID		X																23020 1	3	$100,000	$16,000	EPS002	3	$100,000	$4,000	CCF40	3	$100,000	$4,000	14-11	3	$100,000	6.960%	$7,000	3	$0	$0	Si	$31,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: FUSAGASUGA (15 Afiliados)																							$9,533,334	$1,525,400			$9,733,334	$389,400			$9,733,334	$389,400			$9,733,334		$677,800		$0	$0		$2,982,000

| | | |

aportes en línea

Planilla Resumen

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: MEDELLIN BOGOTA (7 Afiliados)																							$6,233,334	$997,400			$6,233,334	$249,400			$6,233,334	$249,400			$6,233,334		$433,900		$0	$0		$1,930,100
Centro de Trabajo: MEDELLINBOG (7 Afiliados)																							$6,233,334	$997,400			$6,233,334	$249,400			$6,233,334	$249,400			$6,233,334		$433,900		$0	$0		$1,930,100
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (7 Afiliados)																							$6,233,334	$997,400			$6,233,334	$249,400			$6,233,334	$249,400			$6,233,334		$433,900		$0	$0		$1,930,100
34	CC	74333159	ALBA RODRIGUEZ SEGUNDO TOBIAS																		230301	30	$1,000,000	$160,000	EPS037	30	$1,000,000	$40,000	CCF24	30	$1,000,000	$40,000	14-11	30	$1,000,000	6.960%	$69,600	30	$0	$0	Si	$309,600
35	CC	1048821256	BLANCO ALBARRACIN ALEXANDER																		25-14	30	$1,000,000	$160,000	EPS017	30	$1,000,000	$40,000	CCF24	30	$1,000,000	$40,000	14-11	30	$1,000,000	6.960%	$69,600	30	$0	$0	Si	$309,600
36	CC	1012339018	CAVIEDES SOLER JAIRO ANTONIO																		25-14	30	$1,000,000	$160,000	EPS010	30	$1,000,000	$40,000	CCF24	30	$1,000,000	$40,000	14-11	30	$1,000,000	6.960%	$69,600	30	$0	$0	Si	$309,600
37	CC	79667051	GARCIA BUITRAGO PUBLIO																		230301	30	$1,000,000	$160,000	EPS017	30	$1,000,000	$40,000	CCF24	30	$1,000,000	$40,000	14-11	30	$1,000,000	6.960%	$69,600	30	$0	$0	Si	$309,600
38	CC	18235838	MARTINEZ MONTERO MIGUEL																		230301	30	$1,000,000	$160,000	EPS017	30	$1,000,000	$40,000	CCF24	30	$1,000,000	$40,000	14-11	30	$1,000,000	6.960%	$69,600	30	$0	$0	Si	$309,600
39	CC	8463254	RIVERA RUA ORLEY DE JESUS		X																231001	7	$233,334	$37,400	EPS017	7	$233,334	$9,400	CCF24	7	$233,334	$9,400	14-11	7	$233,334	6.960%	$16,300	7	$0	$0	Si	$72,500
40	CC	74333256	RODRIGUEZ BURGOS ALIRIO																		231001	30	$1,000,000	$160,000	EPS037	30	$1,000,000	$40,000	CCF24	30	$1,000,000	$40,000	14-11	30	$1,000,000	6.960%	$69,600	30	$0	$0	Si	$309,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: MEDELLIN (16 Afiliados)																							$12,233,336	$1,957,600			$13,100,003	$524,300			$13,100,003	$524,300			$13,100,003		$912,200		$0	$0		$3,918,400
Centro de Trabajo: MEDELLIN (16 Afiliados)																							$12,233,336	$1,957,600			$13,100,003	$524,300			$13,100,003	$524,300			$13,100,003		$912,200		$0	$0		$3,918,400
Ciudad: MEDELLIN Depto: ANTIOQUIA (16 Afiliados)																							$12,233,336	$1,957,600			$13,100,003	$524,300			$13,100,003	$524,300			$13,100,003		$912,200		$0	$0		$3,918,400
41	CC	1078177217	BATEZA MAMUNDIA VALENCIA		X																230301	26	$866,667	$138,700	EPS037	26	$866,667	$34,700	CCF04	26	$866,667	$34,700	14-11	26	$866,667	6.960%	$60,400	26	$0	$0	Si	$268,500
42	PT	4871418	BERRIOS TERAN EDUARDO ENRIQUE																		230201	30	$1,000,000	$160,000	EPS002	30	$1,000,000	$40,000	CCF04	30	$1,000,000	$40,000	14-11	30	$1,000,000	6.960%	$69,600	30	$0	$0	Si	$309,600
43	CC	8471168	CARO DELGADO LUCIANO DE JESUS																		25-14	30	$1,000,000	$160,000	EPS010	30	$1,000,000	$40,000	CCF04	30	$1,000,000	$40,000	14-11	30	$1,000,000	6.960%	$69,600	30	$0	$0	Si	$309,600
44	CC	4814348	CINTUA CAMPO GUILLERMO		X																230301	7	$233,334	$37,400	EPS040	7	$233,334	$9,400	CCF04	7	$233,334	$9,400	14-11	7	$233,334	6.960%	$16,300	7	$0	$0	Si	$72,500
45	CC	1003786772	HURTADO ROMAÑA YAIR																		230301	30	$1,000,000	$160,000	EPS041	30	$1,000,000	$40,000	CCF04	30	$1,000,000	$40,000	14-11	30	$1,000,000	6.960%	$69,600	30	$0	$0	Si	$309,600
46	CC	1063290554	JHOTAGRIS GUERRERO ABAL DE JESUS																		230201	30	$1,000,000	$160,000	EPS010	30	$1,000,000	$40,000	CCF04	30	$1,000,000	$40,000	14-11	30	$1,000,000	6.960%	$69,600	30	$0	$0	Si	$309,600
47	CC	1003786994	MARTINEZ HURTADO YANIER																		230301	30	$1,000,000	$160,000	EPS002	30	$1,000,000	$40,000	CCF04	30	$1,000,000	$40,000	14-11	30	$1,000,000	6.960%	$69,600	30	$0	$0	Si	$309,600
48	CC	71596658	MONCADA VILLEGAS JUAN FERNANDO		X																	0	$0	$0	EPS002	26	$866,667	$34,700	CCF04	26	$866,667	$34,700	14-11	26	$866,667	6.960%	$60,400	26	$0	$0	Si	$129,800
49	CC	1003788207	MURILLO ALVARADO JHON JAIRO		X																230201	20	$666,667	$106,700	EPS002	20	$666,667	$26,700	CCF04	20	$666,667	$26,700	14-11	20	$666,667	6.960%	$46,500	20	$0	$0	Si	$206,600
50	CC	1133614043	SANAPI VITUCAY LUIS EDUARDO																		230201	30	$1,000,000	$160,000	EPS037	30	$1,000,000	$40,000	CCF04	30	$1,000,000	$40,000	14-11	30	$1,000,000	6.960%	$69,600	30	$0	$0	Si	$309,600
51	CC	4813686	SINTUA CAMPO ALBERTO																		230301	30	$1,000,000	$160,000	EPS002	30	$1,000,000	$40,000	CCF04	30	$1,000,000	$40,000	14-11	30	$1,000,000	6.960%	$69,600	30	$0	$0	Si	$309,600
52	CC	1078177644	SINTUA TUABE ERNESTO																		230201	30	$1,000,000	$160,000	EPS037	30	$1,000,000	$40,000	CCF04	30	$1,000,000	$40,000	14-11	30	$1,000,000	6.960%	$69,600	30	$0	$0	Si	$309,600
53	CC	1147955741	SINTUA MURILLO RAUL																		230201	30	$1,000,000	$160,000	EPS002	30	$1,000,000	$40,000	CCF04	30	$1,000,000	$40,000	14-11	30	$1,000,000	6.960%	$69,600	30	$0	$0	Si	$309,600
54	CC	4814681	TUABE TEQUIA PEDRO		X																230301	7	$233,334	$37,400	EPS037	7	$233,334	$9,400	CCF04	7	$233,334	$9,400	14-11	7	$233,334	6.960%	$16,300	7	$0	$0	Si	$72,500
55	CC	1078177498	TUAVE TEQUIA PABLO		X																231001	7	$233,334	$37,400	EPS002	7	$233,334	$9,400	CCF04	7	$233,334	$9,400	14-11	7	$233,334	6.960%	$16,300	7	$0	$0	Si	$72,500
56	CC	1148695063	YOTAGRI YENERIS ANDRES FELIPE																		230201	30	$1,000,000	$160,000	EPS041	30	$1,000,000	$40,000	CCF04	30	$1,000,000	$40,000	14-11	30	$1,000,000	6.960%	$69,600	30	$0	$0	Si	$309,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: OFICINA (2 Afiliados)																							$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$80,000			$1,000,000	$40,000			$2,000,000		$69,600		$0	$0		$509,600

aportes en línea

Planilla Resumen

| | | |

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900351236	1	ESTUDIOS E INGENIERIA S.A.S.	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	AV CR 24 51 40	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4672735	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-12	2023-01	1849591026	9445164120	E	2023/01/11	2023/01/05	BANCO DE BOGOTA		$16,985,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$7,200,000	$1,224,000			$7,200,000	$288,000			$7,200,000	$288,000			$7,200,000		$501,200		$0	$0		$2,301,200
Centro de Trabajo: R5 PERSONAL OFIC (1 Afiliados)																						$7,200,000	$1,224,000			$7,200,000	$288,000			$7,200,000	$288,000			$7,200,000		$501,200		$0	$0		$2,301,200
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$7,200,000	$1,224,000			$7,200,000	$288,000			$7,200,000	$288,000			$7,200,000		$501,200		$0	$0		$2,301,200
1	CC	79952890 PARDO AVILA IVAN ALONSO																		23020 1	30	$7,200,000	$1,224,000	EPS008	30	$7,200,000	$288,000	CCF24	30	$7,200,000	$288,000	14-25	30	$7,200,000	6.960%	$501,200	30	$0	$0	Si	$2,301,200
Total	**Afiliados(1)**																					$7,200,000	$1,224,000			$7,200,000	$288,000			$7,200,000	$288,000			$7,200,000		$501,200		$0	$0		$2,301,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,224,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$1,224,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$501,200
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$501,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$288,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$288,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$288,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$288,000
TOTAL				**1**	**$2,301,200**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901604402	9	CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	AC 24 51	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4612735	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-12	2022-12	1848337484	9445109674	Y	2023/01/03	2023/01/04	BANCO DE BOGOTA	1	$211,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	52811695	CHACON GUERRERO ADRIANA																			0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-25	30	$1,000,000	$69,600	0	$0	$0	No	$69,600
2	CC	79584718	FARFAN VELASQUEZ LUIS GABRIEL																			0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-25	30	$2,000,000	$139,200	0	$0	$0	No	$139,200
3	CC	1069764656	OVALLE RAMIREZ JUAN JOSE		X																	0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-25	1	$33,334	$2,400	0	$0	$0	No	$2,400
Total	**Afiliados(3)**																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$3,033,334	$211,200		$0	$0		$211,200

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901604402	9	CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	AC 24 51	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4612735	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-12	2022-12	1848337484	9445109674	Y	2023/01/03	2023/01/04	BANCO DE BOGOTA	1	$211,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$211,200	$300	$0	$211,500
COLMENA	14-25	800,226,175	3	3	$211,200	$300	$0	$211,500
TOTAL				3	$211,200	$300	$0	$211,500

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52381164	SANDRA LILIANA GALINDO SANCHEZ	KR 64 A 22 14 TO 2 AP 603	4672735	rhumanos@estudios.com.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-12	2022-12	I	12/01/2023	64743029	$780.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	275.000	0		0		0	0	0	0	275.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	352.000	0	0	0	0	0	0		352.000	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										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	153.200				153.200	0	0	153.200			1.532	153.200	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	275.000	275.000
Pensión	1	352.000	352.000
Riesgos Laborales	1	153.200	153.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	780.200	780.200

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
CC	52381164	SANDRA LILIANA GALINDO SANCHEZ		KR 64 A 22 14 TO 2 AP 603	4672735	rhumanos@estudios.com.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-12	2022-12	I	12/01/2023	64743029	$780.200	

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	Estornado	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	52381164	GALINDO SANCHEZ SANDRA LILIANA	57	0			N																	25-14	2.200.000	352.000	0	0	0	0	EPS008	2.200.000	275.000	14-25	2.200.000	5	153.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Medellín, 26 de Enero de 2023

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 ARK INGENIERIA SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1069714757	MORENO CUBILLOS OSCAR ERMILFO	23/01/2023		21126158	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10191206242302652482

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 26/01/2023 14:34:42 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.56.32.66, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

Código único para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado

FORMULARIO VÍA WEB

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN 1 | B. REPORTE DE NOVEDADES

2. TIPO DE AFILIADO: A. Individual | B. Cotizante a cabeza de familia | C. Beneficiario o afiliado adicional | D. Colectiva | E. Institucional | F. De oficio

3. RÉGIMEN: C. Contributivo | S. Subsidiado X

4. TIPO DE AFILIADO: 01. Cabeza de Familia | 02. Beneficiario

5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente | B. Independiente | C. Pensionado

CÓDIGO | FECHA DE LA SOLICITUD

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES: PRIMER APELLIDO Rodriguez | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE Wilfredo | SEGUNDO NOMBRE Alexander

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 6189365 | 9. SEXO M | 10. FECHA NACIMIENTO 16 06 1982

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. GRUPO SANGUÍNEY Y RH | 12. DISCAPACIDAD X | 13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN | 14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL | 15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

16. OCUPACIÓN | 17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN (IBC) | 18. CLASE DE AFILIADO | 19. MODALIDAD DE SUBSIDIO | 20. ZONA | 21. LOCALIDAD / COMUNA

22. PAÍS DE RESIDENCIA Poloris Bogotá | 23. DEPARTAMENTO Bogotá | 24. TELÉFONO FIJO | 25. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Lote 5 manzana K | 26. CORREO ELECTRÓNICO 3219140845 | 27. FONDO IPS Sura Sura Bolivar

IV. DATOS DE UBICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Diligencie los datos del beneficiario(s) (cónyuge o compañero(a) permanente, hijos, padres, hermanos, abuelos, nietos, tíos, sobrinos, primos, suegros, yerno, nuera, cuñados, padrastro, madrastra, hijastros, hijos adoptivos, hijos de crianza)

28. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS AFILIADOS ADICIONALES | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | CÓDIGO IPS

29. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 30. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 31. SEXO | 32. FECHA DE NACIMIENTO | 33. PARENTESCO | 34. EDAD | 35. DISCAPACIDAD

36. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS | 37. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 38. NÚMERO DE IDENTIDAD | 39. SEXO | 40. FECHA DE NACIMIENTO | 41. PARENTESCO | 42. EDAD | 43. DISCAPACIDAD

44. PAÍS DE RESIDENCIA | 45. DEPARTAMENTO | 46. MUNICIPIO | 47. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo asigna la EPS) | 48. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS) | 49. NIVEL DE SISBEN | 50. GRUPO POBLACIONAL

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

ARK Ingeniería SAS | 35. Tipo documento de identidad | 36. Número documento de identidad 901447769-2 | Dígito | Tipo de aportante o pagador de pensiones

Calle 56 #15A-10 | Bogotá | Bogotá | 5837006

28 01 2023 | CARGO Cuidadora dom | SALARIO $1160.000.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

1. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
2. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR
3. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO
4. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
5. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
6. MOVILIDAD
   A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
   B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO
7. TRASLADO
   A) MISMO RÉGIMEN
   B) DIFERENTE RÉGIMEN
8. REPORTE DE FALLECIMIENTO
9. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE
10. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO
11. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO

VII. DATOS GENERALES DE UBICACIÓN

PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | SEXO | FECHA NACIMIENTO

42. EPS ANTERIOR Código | 44. MOTIVO DE TRASLADO Código | 45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaro(amos) bajo la gravedad de juramento que (datos) Empleador(es) responsable(s) suscribo(imos) este formulario de afiliación

Autorizo a la Caja de Compensación que atienda la afiliación a Riesgos Laborales. Artículo 4 parágrafo de la Circular

Autorizo a mi empleador para descontar de mi salario los aportes correspondientes al Sistema de Seguridad Social en Salud

Autorizo a mi empleador para descontar de mi salario los aportes correspondientes al Sistema de Seguridad Social en Salud

Autorizo a mi empleador para descontar de mi salario los aportes correspondientes al Sistema de Seguridad Social en Salud

IX. FIRMAS

52. AFILIA

54. Firma del cotizante, Cabeza de familia o beneficiario

55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

Claudia Rodriguez

nueva eps
RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS
FECHA: 04 Enero 28 2023
REGIONAL BOGOTA

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Código de Municipio | Código del departamento | 57. Datos del SISBÉN: Número de ficha | Puntaje | Nivel | 58. Fecha de radicación | 59. Fecha de validación

70. Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES

Asegúrese que todos los datos del formulario se ajusten exactamente a la realidad de la información registrada y no deje ninguna casilla o numeración en el capítulo VII del formulario

- 2a. COPIA: AFILIADO -

Powered by CamScanner

T.V.O. Salud Ocupacional IPS

TVO SALUD OCUPACIONAL IPS SAS NIT. 901367836-4
Calle 18A No.11A - 45 Balmoral
Fusagasugá, Cundicamarca - Colombia
Cel. 3186903101 - E-mail. Sandyva09@yahoo.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.797

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
31 DÍA	01 MES	2023 AÑO	FUSAGASUGÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

ARK INGENIERIA	**ARK INGENIERIA**
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

MORENO CUBILLOS OSCAR ERMILFO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	37 AÑOS 5 MESES 1 DÍAS	CC	1.069.714.757
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (CUMPLE CON CRITERIOS MEDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: .

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	**TIPO**	**RECOMENDACIONES**
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES EN HÁBITOS DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLE. DIETA SALUDABLE, EFECTUAR EJERCICIO CARDIOVASCULAR DURANTE 30 MINUTOS DIARIOS, INICIAR PROGRAMA DE EJERCICIOS QUE INCLUYAN ESTIRAMIENTOS, REALIZAR LAS PAUSAS ACTIVAS 5 MINUTOS CADA 2 HORAS, RECOMENDACIONES DE HIGIENE POSTURAL, USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN LA LABOR.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



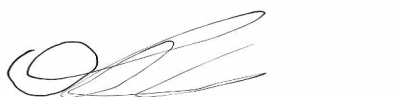
Firma:

Nombre: VARGAS ARCILA SANDRA E

R. M.: 0698-03 **L.S.O.:** 2462-15

Código de Seguridad
C1053I1O7797

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: MORENO CUBILLOS OSCAR ERMILFO

CC: 1.069.714.757

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

OSCAR ERMILFO MORENO CUBILLOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.069.714.757**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Enero del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Medellín, 26 de Enero de 2023

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 ARK INGENIERIA SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C79218482	PENAGOS NELSON	26/01/2023		142Cz241	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10191206242302659664

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 26/01/2023 16:34:24 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.56.32.66, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9009640121
9009640121

No. de Radicación: 25506795
Fecha de Radicación: 26 01 2023

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 [ ]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [X]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]	
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [ ]	
	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]		C. Beneficiario [ ]	C. Pensionado [ ]	

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

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
PENAGOS		NELSON	

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	79218482	Femenino [ ] Masculino [X]	D D 27 M M 03 A A A A 1972

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
	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]			SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
$1.160.000			

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento

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

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	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	Masculino	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	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		

Datos complementarios

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

Selección de la IPS Primaria

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

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)
ARK INGENIERIA SAS	NT	901447769	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CL 136 157 A 10	3196647803		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D D 26 M M 01 A A A A 2023

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

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

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. 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: AYUDANTE DE CONSTRUCCION

71. Firma del funcionario

VIGILADO Supersalud

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

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

NELSON PENAGOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.218.482**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Enero del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

Medellín, 26 de Enero de 2023

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 la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de ARK INGENIERIA SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL DC, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número	Nombre	Fecha inicio	Fecha fin	Código de	Tipo	Estado
C1006068936	CORTES DUCUARA ANDRES FELIPE	26/01/2023		34442501	DEPENDIENTE	EN

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C101912062423026402 88

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.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.56.32.66, 192.230.104.9, 172.16.42.57

Medellín, 26 de Enero de 2023

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 la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de ARK INGENIERIA SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL DC, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número	Nombre	Fecha inicio	Fecha fin	Código de	Tipo	Estado
C1072492461	PACHON ROMERO JEAN CARLOS	26/01/2023		21615063	DEPENDIENTE	EN

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C101912062423026402 88

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.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.56.32.66, 192.230.104.9, 172.16.42.57

Medellín, 26 de Enero de 2023

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 la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de ARK INGENIERIA SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL DC, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número	Nombre	Fecha inicio	Fecha fin	Código de	Tipo	Estado
C79218482	PENAGOS NELSON	26/01/2023		142Cz241	DEPENDIENTE	EN

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C101912062423026402 88

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.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.56.32.66, 192.230.104.9, 172.16.42.57

Medellín, 26 de Enero de 2023

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 la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de ARK INGENIERIA SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL DC, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número	Nombre	Fecha inicio	Fecha fin	Código de	Tipo	Estado
C80499021	SOSA GARCIA MARTIN EMILIO	27/01/2023		62L19722	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C101912062423026402 88

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.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.56.32.66, 192.230.104.9, 172.16.42.57

Estado del afiliado: ACTIVO

DATOS BÁSICOS

Nombres y apellidos	ANDRES FELIPE CORTES DUCUARA
Identificación	CC 1006068936
Régimen de afiliación	SUBSIDIADO
IPS de atención	HOSPITAL SAN ROQUE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NIVEL I
Dirección IPS de atención	CALLE 4 NO 2-05
Teléfono IPS de Atención	2278014
Fecha de afiliación	25/11/2013
Municipio de Atención	COYAIMA, TOLIMA
Zona	RURAL
Exoneración Copago O Cuota Moderadora	SI
Nivel de SISBEN	NO APLICA

Fecha:26/01/2023 08:15:45 **IP:**null - C857B73A10C2EA13AED629EABDFC99DFF9EC70E5 **Reporte Número:**208339641

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ANDRES FELIPE CORTES DUCUARA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.006.068.936**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Enero del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Medellín, 26 de Enero de 2023

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 ARK INGENIERIA SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1151944147	CERON MONTOYA JOSE ALEJANDRO	13/01/2023		3845141q	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10191206242302652118

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 26/01/2023 14:28:38 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.56.32.66, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

T.V.O. Salud Ocupacional IPS

TVO SALUD OCUPACIONAL IPS SAS NIT. 901367836-4
Calle 18A No.11A - 45 Balmoral
Fusagasugá, Cundicamarca - Colombia
Cel. 3186903101 - E-mail. Sandyva09@yahoo.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.753

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
30 DÍA	01 MES	2023 AÑO	FUSAGASUGÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

ARK INGENIERIA	**ARK INGENIERIA**
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

CERON MONTOYA JOSE ALEJANDRO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	31 AÑOS 3 MESES 23 DÍAS	CC (Tipo)	1.151.944.147 (Número)
Apellidos y Nombres				

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: .

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	**TIPO**	**RECOMENDACIONES**
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
VALORACIÓN POR EPS : CITA MEDICO GENERAL SE SUGIERE ECOGRAFIA TESTICULAR	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES EN HÁBITOS DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLE. DIETA SALUDABLE, EFECTUAR EJERCICIO CARDIOVASCULAR DURANTE 30 MINUTOS DIARIOS, INICIAR PROGRAMA DE EJERCICIOS QUE INCLUYAN ESTIRAMIENTOS, REALIZAR LAS PAUSAS ACTIVAS 5 MINUTOS CADA 2 HORAS, RECOMENDACIONES DE HIGIENE POSTURAL, USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN LA LABOR

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: VARGAS ARCILA SANDRA E

R. M.: 0698-03 **L.S.O.:** 2462-15

Código de Seguridad
B1053H1N7753

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: CERON MONTOYA JOSE ALEJANDRO

CC: 1.151.944.147

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CERON MONTOYA JOSE ALEJANDRO** identificado(a) con **CC** número **1.151.944.147** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de diciembre de 2016 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 26 de enero de 2023.

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

2023012615211

Medellín, 26 de enero de 2023

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 ARK INGENIERIA SAS.

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 DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C80499021	SOSA GARCIA MARTIN EMILIO	27/01/2023		62L19722	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 26/01/2023 07:46:02 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.56.32.66, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9009671346
9009671346

No. de Radicación: 25556983
Fecha de Radicación: 01 02 2023

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 [ ]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [X]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]	
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [ ]	
	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]		C. Beneficiario [ ]	C. Pensionado [ ]	

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: SOSA	Segundo Apellido: GARCIA	Primer Nombre: MARTIN	Segundo Nombre: EMILIO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	80499021	Femenino [ ] Masculino [X]	D 29 D M 09 M A A 1971 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
	Tipo F N M Condición T P			SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$1.160.000	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento

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

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	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	Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios 29. Parentesco	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	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

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

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)
ARK INGENIERIA SAS	NT	901447769	

39. Ubicación				
CL 136 157 A 10 Dirección	3196647803 Teléfono	Correo electrónico	BOGOTA Municipio / Distrito	DISTRITO CAPITAL Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D 27 D M 01 M A 2023 A

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

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

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. 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: AYUDANTE DE CONSTRUCCION

71. Firma del funcionario

VIGILADO Supersalud

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

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

T.V.O. Salud Ocupacional IPS

TVO SALUD OCUPACIONAL IPS SAS NIT. 901367836-4
Calle 18A No.11A - 45 Balmoral
Fusagasugá, Cundicamarca - Colombia
Cel. 3186903101 - E-mail. Sandyva09@yahoo.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 6.291

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	**11** MES	**2022** AÑO	**FUSAGASUGÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)** Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

ARK INGENIERIA	**ARK INGENIERIA**
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

SOSA GARCIA MARTIN EMILIO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	51 AÑOS 1 MESES 26 DÍAS	CC (Tipo)	80.499.021 (Número)
Apellidos y Nombres				

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (CUMPLE CON CRITERIOS MEDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: .

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	**TIPO**	**RECOMENDACIONES**
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES EN HÁBITOS DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLE. DIETA SALUDABLE, EFECTUAR EJERCICIO CARDIOVASCULAR DURANTE 30 MINUTOS DIARIOS, INICIAR PROGRAMA DE EJERCICIOS QUE INCLUYAN ESTIRAMIENTOS, REALIZAR LAS PAUSAS ACTIVAS 5 MINUTOS CADA 2 HORAS, RECOMENDACIONES DE HIGIENE POSTURAL, USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN LA LABOR. HACER EL RESPECTIVO INGRESO AL PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



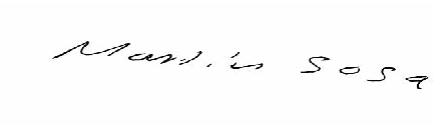
Firma:

Nombre: VARGAS ARCILA SANDRA E

R. M.: 0698-03 **L.S.O.:** 2462-15

Código de Seguridad
X1053D1J6291

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: SOSA GARCIA MARTIN EMILIO

CC: 80.499.021

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

MARTIN EMILIO SOSA GARCIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.499.021**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Enero del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

Medellín, 26 de Enero de 2023

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 ARK INGENIERIA SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1072492461	PACHON ROMERO JEAN CARLOS	26/01/2023		21615063	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10191206242302651100

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 26/01/2023 14:11:40 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.56.32.66, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4009645737	2|6|0|1|2|0|2|3

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite
A. Afiliación [X] B.Reporte de Novedades [ ]

2.Tipo afiliacion
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia [X] -Beneficiario afiliado adicional [ ]
B. Colectiva [ ] B. Institucional [ ] B. De oficio [ ]

3.Regimen
A.Contributivo [X] B.Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado
A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante
A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
PACHON Primer apellido	ROMERO Segundo apellido	JEAN Primer nombre	CARLOS Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1072492461	Femenino [ ] Masculino [X]	0|1|1|2|2|0|0|4

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	COLFONDOS	1160000

18.Residencia

CL 130 130 21 **Dirección**	**Telefono fijo**	3216765432 **Telefono celular**	JEANCARLOS@HOTMAIL.COM **Correo electronico**
BOGOTA **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana [X] Rural [ ]	**Localidad / comuna**	BOGOTA **Departamento**

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino [ ] Masculino [ ]	

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

	24. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Urbana	Rural			
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

		34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS AUTOPISTA NORTE CL 162 - VS AUTOPISTA NORTE CL 162	VSAUTONORT - VSAUTONORT
B		-	-
B		-	-
B		-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
ARK INGENIERIA SAS	NIT	901447769	01

39.Ubicación

CL 136 57 A 10 Dirección	6754321 Teleéfono	ARK.IGENIERIASAS@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

No de Radicacion
4009645737

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

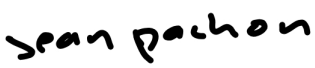
Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		2|6|0|1\2|0|2|3

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código:	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

	
54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	**55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio**

IX. ANEXOS

- ☐ **56.** Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☒ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐

Cantidad:				1							Total:	1

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71. Firma del funcionario

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre
PACHON	ROMERO	JEAN	CARLOS

No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
1072492461	RC TI X CE PA	2004 12 01	X F	2023 01 26

Apreciado usuario: La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la carta de desempeño son unas importantes herramientas de consulta para que conozca sus derechos y deberes, al igual que la infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atención, lo estipulado en normatividad vigente y, por supuesto, los canales de comunicaciones con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias.

Con el fin de garantizar la entrega de este importante documento le solicitamos responder el siguiente cuestionario:

1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? X NO
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? X NO
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? X NO
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? X NO
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? X NO

Con su aprobación para el envío de información por medios electrónicos, usted recibirá nuestras comunicaciones relacionadas con novedades de su afiliación y/o de alguno de sus beneficiarios, recordatorio de citas médicas, adicionalmente le remitiremos información de campañas, planes de promoción y prevención diseñados para su bienestar y el de su grupo familiar y en general todo lo que impacte en el cuidado de la salud.

"Yo: JEAN CARLOS PACHON ROMERO identificado con el documento de identidad número: 1072492461, X NO autorizo a Salud Total EPS a enviarme información vía email y/o medios electrónicos.

Firma Cotizante: Jean Pachon

www.saludtotal.com.co
Línea local en Bogotá 4854555
Línea gratuita de atención al cliente 018000114524
Síguenos en Salud Total EPS. Oficial

Tu salud no es a medias debe ser total

Salud Total EPS

Huella digital
(en caso de no saber firmar)

F309-RVA V1.0-2013

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2022-12-19, 04:56:04 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1050648262

Periodo Cotización: diciembre de 2022 **Periodo Servicio:** diciembre de 2022 **Referencia pago (PIN):** 8840307950

PAGADO 19/12/2022

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANGELICA JANETH GONZALEZ CHARRY		
Documento	CC52954311	**Dirección**	KR 7A # 15 86 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	504
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
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 52954311	ANGELICA JANETH GONZALEZ CHARRY	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.400.800	$ 224.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.400.800	$ 175.100	1,044	$ 1.400.800	$ 14.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 414.000

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.400.800	$ 1.400.800	$ 1.400.800	$ 0	$ 224.200	$ 175.100	$ 14.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 414.000	$ 0	$ 414.000

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!

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

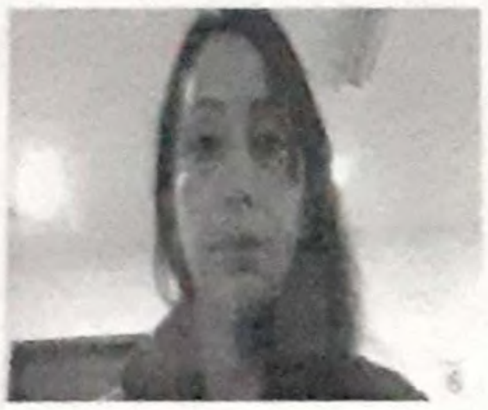
Powered by CamScanner

Dirreción: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: cendiatra@cendiatra.com

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Cendiatra

SEDE	CENDIATRA CENTRO	**DIRECCIÓN**	Cra. 5 No. 19 - 08 Edificio Los Andes
TELÉFONO	2826429 - 3424934	**EMAIL**	citas.centro@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2020-12-14	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	ANGELICA JANETH GONZALEZ CHARRY	Identificación CC	Nro 52954311
Fecha de Nacimiento	1983-04-01	**Edad** 37	**Sexo** F
Empresa	CLIENTE OCASIONAL		
Cargo	CONTRATISTA		
Fecha Ingreso	2020-12-14 08:56:21	**Fecha Salida**	2020-12-14 09:01:34

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO_DE_APTITUD	
CONCEPTO DE APTITUD	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
RECOMENDACIONES	
OTRAS:	NO PRESENTA
CONTROLES	
titulo	
CONDICION VISUAL	SI
	Observaciones: CONTROL PERIÓDICO ANUAL
OTROS	NO PRESENTA

Fernando Ivan Fernandez C.
Medico Ocupacional UM
Lic. en Salud Ocupacional
25-10813-2017

FERNANDO IVAN FERNANDEZ CORREDOR
RM: 7223029
Firma y sello del médico

ANGELICA JANETH GONZALEZ CHARRY
CC 52954311
Firma del trabajador

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me *comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.*

Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

Medellín, 02 de Febrero de 2023

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 ARK INGENIERIA SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
X6189365	RODRIGUEZ WILFREDO ALEXANDER	28/01/2023		16515123	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10191206242303331890

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 02/02/2023 08:51:30 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 45.238.183.198, 192.230.104.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

Código único para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado

FORMULARIO VÍA WEB

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN 1 | B. REPORTE DE NOVEDADES

2. TIPO DE AFILIADO: A. Individual | B. Cotizante a cabeza de familia | C. Beneficiario o afiliado adicional | D. Colectiva | E. Institucional | F. De oficio

3. RÉGIMEN: C. Contributivo | S. Subsidiado X

4. TIPO DE AFILIADO: 01. Cabeza de Familia | 02. Beneficiario

5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente | B. Independiente | C. Pensionado

CÓDIGO | FECHA DE LA SOLICITUD

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES: PRIMER APELLIDO Rodriguez | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE Wilfredo | SEGUNDO NOMBRE Alexander

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 6189365 | 9. SEXO M | 10. FECHA NACIMIENTO 16 06 1982

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. GRUPO SANGUÍNEY Y RH | 12. DISCAPACIDAD X | 13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN | 14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL | 15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

16. OCUPACIÓN | 17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN (IBC) | 18. CLASE DE AFILIADO | 19. MODALIDAD DE SUBSIDIO | 20. ZONA | 21. LOCALIDAD / COMUNA

22. PAÍS DE RESIDENCIA Poloris Bogotá | 23. DEPARTAMENTO Bogotá | 24. TELÉFONO FIJO | 25. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Lote 5 manzana K | 26. CORREO ELECTRÓNICO 3219140845 | 27. FONDO IPS Sura Sura Bolivar

IV. DATOS DE UBICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Diligencie los datos del beneficiario(s) (cónyuge o compañero(a) permanente, hijos, padres, hermanos, abuelos, nietos, tíos, sobrinos, primos, suegros, yerno, nuera, cuñados, padrastro, madrastra, hijastros, hijos adoptivos, hijos de crianza)

28. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS AFILIADOS ADICIONALES | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | CÓDIGO IPS

29. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 30. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 31. SEXO | 32. FECHA DE NACIMIENTO | 33. PARENTESCO | 34. EDAD | 35. DISCAPACIDAD

36. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS | 37. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 38. NÚMERO DE IDENTIDAD | 39. SEXO | 40. FECHA DE NACIMIENTO | 41. PARENTESCO | 42. EDAD | 43. DISCAPACIDAD

44. PAÍS DE RESIDENCIA | 45. DEPARTAMENTO | 46. MUNICIPIO | 47. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo asigna la EPS) | 48. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS) | 49. NIVEL DE SISBEN | 50. GRUPO POBLACIONAL

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

ARK Ingeniería SAS | 35. Tipo documento de identidad | 36. Número documento de identidad 901447769-2 | Dígito | Tipo de aportante o pagador de pensiones

Calle 56 #15A-10 | Bogotá | Bogotá | 5837006

28 01 2023 | CARGO Cuidadora dom | SALARIO $1160.000.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

1. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
2. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR
3. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO
4. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
5. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
6. MOVILIDAD
   A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
   B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO
7. TRASLADO
   A) MISMO RÉGIMEN
   B) DIFERENTE RÉGIMEN
8. REPORTE DE FALLECIMIENTO
9. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE
10. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO
11. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO

VII. DATOS GENERALES DE UBICACIÓN

PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | SEXO | FECHA NACIMIENTO

42. EPS ANTERIOR Código | 44. MOTIVO DE TRASLADO Código | 45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaro(amos) bajo la gravedad de juramento que (datos) Empleador(es) responsable(s) suscribo(imos) este formulario de afiliación

Autorizo a la Caja de Compensación que atienda la afiliación a Riesgos Laborales. Artículo 4 parágrafo de la Circular

Autorizo a mi empleador para descontar de mi salario los aportes correspondientes al Sistema de Seguridad Social en Salud

Autorizo a mi empleador para descontar de mi salario los aportes correspondientes al Sistema de Seguridad Social en Salud

Autorizo a mi empleador para descontar de mi salario los aportes correspondientes al Sistema de Seguridad Social en Salud

IX. FIRMAS

52. AFILIA

54. Firma del cotizante, Cabeza de familia o beneficiario

55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

Claudia Rodriguez

nueva eps
RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS
FECHA: 04 Enero 28 2023
REGIONAL BOGOTA

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Código de Municipio | Código del departamento | 57. Datos del SISBÉN: Número de ficha | Puntaje | Nivel | 58. Fecha de radicación | 59. Fecha de validación

70. Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES

Asegúrese que todos los datos del formulario se ajusten exactamente a la realidad de la información registrada y no deje ninguna casilla o numeración en el capítulo VII del formulario

- 2a. COPIA: AFILIADO -

Powered by CamScanner

T.V.O. Salud Ocupacional IPS

TVO SALUD OCUPACIONAL IPS SAS NIT. 901367836-4
Calle 18A No.11A - 45 Balmoral
Fusagasugá, Cundicamarca - Colombia
Cel. 3186903101 - E-mail. Sandyva09@yahoo.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.752

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
30 DÍA	01 MES	2023 AÑO	FUSAGASUGÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
ARK INGENIERIA	ARK INGENIERIA

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
RODRIGUEZ WILFREDO ALEXANDER	MASCULINO	40 AÑOS 7 MESES 15 DÍAS	PE (Tipo)	6.189.365 (Número)

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: .

N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

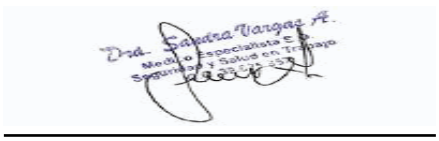
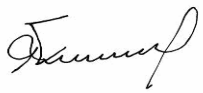
EVALUACIÓN OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : CITA MEDICO GENERAL SE SUGIER RX TORAX, SE SUGIERE BACILOSCOPIA	USO DE EPP	DEJAR DE FUMAR
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES EN HÁBITOS DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLE. DIETA SALUDABLE, EFECTUAR EJERCICIO CARDIOVASCULAR DURANTE 30 MINUTOS DIARIOS, INICIAR PROGRAMA DE EJERCICIOS QUE INCLUYAN ESTIRAMIENTOS, REALIZAR LAS PAUSAS ACTIVAS 5 MINUTOS CADA 2 HORAS, RECOMENDACIONES DE HIGIENE POSTURAL, USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN LA LABOR

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico		Aspirante o Trabajador
Firma: 		**Firma:** 
Nombre: VARGAS ARCILA SANDRA E		**Nombre:** RODRIGUEZ WILFREDO ALEXANDER
R. M.: 0698-03 **L.S.O.:** 2462-15	**Código de Seguridad** Z1053F1L7752	**PE:** 6.189.365

Fondo de Pensiones Obligatorias

Solicitud de Vinculación o Traslado

porvenir

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A. Nit 800.144.331-3

Nº 22220763

22220763

Ciudad | Fecha de Solicitud de Afiliación 2 02 23 29 01

1. Tipo de Vinculación

Vinculación Inicial
Marque con X si el solicitante va a cotizar por primera vez y no ha estado afiliado nunca a una AFP, Colpensiones o Caja y desea vincularse a Porvenir
Pensiones Obligatorias

Traslado de AFP (Permanencia mínima de 6 meses en otra AFP)
Pensiones Obligatorias
Entidad Origen Traslado | Pensión Familiar
Entidad Destino

Traslado de Régimen
(Marque con X si el solicitante ha estado vinculado al régimen de prima media en alguna entidad oficial, en Colpensiones o caja durante más de 5 años, y desea vincularse a Porvenir)
Entidad Origen Traslado | Pensión Familiar
Entidad Destino

2. Datos Básicos

Tipo de Documento: CC TI CE PAS RC CD | Nº de Documento de Identidad: 6189365 | Fecha de Expedición del Documento de Identidad: 20220304 | Lugar de Expedición: Bogota | Género: M X F | Es Pensionado (Jubilado): SI NO

Primer Apellido: Rodriguez | Segundo Apellido | Primer Nombre: Wilfredo | Otros Nombres: Alexander.

Fecha de Nacimiento: 19820616 | Lugar de Nacimiento: Venezuela. | Nacionalidad: Colombiana | Otra ¿Cuál?

3. Datos de Localización

Dirección de Residencia: lote 5 M2 K | Barrio: Simon Bolivar | Ciudad/Municipio

Departamento | Nº de Teléfono Fijo | Nº de Teléfono Celular: 3219140605

Dirección de Correo Electrónico (e-mail)

Autorización de Envío de Información a Través de Medios Electrónicos. Autorizo a Porvenir S.A. para enviar notificaciones, extractos y cualquier información de interés a mi correo electrónico y/o a mi teléfono celular. SI NO

Dirección Laboral: Calle 136 #15-A-10 | Ciudad: Bogota | Departamento: dcc. | Nº de Teléfono: 5837006.

4. Datos Empleador e Información del Vínculo Laboral

Tipo de Documento: NIT X CC CE PAS TI | Nº de Documento de Identidad: 901447769 | Nombre y/o Razón Social: Ark ingenieria SAS.

Ciudad: Bogota | Dirección Empleador: Calle 136 #15-A-10 | Departamento: dcc | Teléfono(s): 5837006.

Ocupación o Cargo Actual: Ayudante | Salario o Ingreso Mensual: $1160.000 | y/o $ | Salario Integral

Envío de Notificación | Sucursal Principal | Sucursal Ciudad | Tipo de Trabajador | Independiente Contratista | Dependiente | Independiente Voluntario

5. Datos Beneficiarios

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

Códigos parentesco: 01 Cónyuge 02 Compañero permanente 03 Padres 04 Hijo 05 Hijo inválido 06 Hermano inválido "Los beneficiarios relacionados serán verd[illegible]deros de [illegible] [illegible]gentes"

porvenir
RECIBIDO PARA ESTUDIO
ASESORES COMERCIALES
CORREDOR: INTEGRALES LTDA.
C.C. NIT.: NIT. 800.262.030-3

6. Clientes Considerados PEP'S

¿Usted Maneja Fondos Públicos? SI NO | ¿Es Reconocido Públicamente? SI NO | Si es reconocido públicamente indique en cuál activi[illegible]

7. Derechos Bono Pensional

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

8. Revisión de Información del Producto

Importante: Manifiesto que luego de haber recibido asesoría amplia y suficiente sobre el producto al cual, conozco y entiendo las implicaciones legales que tiene mi deseo de trasladar al régimen de ahorro individual por medio de la administradora Fondo de Pensiones Obligatorias de Porvenir S.A. particularmente en lo que tiene que ver con el régimen de transición establecido en la ley. Asimismo fui informado del derecho que me asiste de retractarme de mi decisión dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de la presente solicitud.

Anexe la fotocopia de su documento de identidad ampliada al 150% en blanco y negro. - Si usted es independiente adjunte la documentación correspondiente.

9. Voluntad de Selección y Afiliación

"Declaro bajo juramento que los antecedentes del trabajador incluidos en el presente contrato corresponden a la información que me ha sido suministrada"

Wilfredo Rodriguez

FIRMA Y NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL EMPLEADOR

Hago constar que la selección del Régimen de _____ la he efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones. Manifiesto que he elegido a _____ para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos.

FIRMA Y HUELLA DEL SOLICITANTE

Escaneado con CamScanner

CONTRATO DE OBRA No. 0586-2022

OBJETO: "REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE INTEGRACIÓN E INNOVACIÓN SOCIAL DE FUSAGASUGÁ"

INFORME MENSUAL No. 005
CENTRO DE INTEGRACION E INNOVACION SOCIAL DE FUSAGASUGA

ANEXO 2 REGISTRO DE INDUCCION Y NOTIFICACION

FUSAGASUGA, ENERO 2023

CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SST-F-01
		Fecha: 25/02/2019

centro de integracion e innovacion social

RESPONSABLE DE LA CAPACITACIÓN: Sandra Calindo | CARGO: Residente

TEMA: Autocuidado y importancia de los epps.

FECHA: 24 - Enero - 2023

HORA DE INICIO: 2:00 Am | HORA DE TERMINACIÓN: 2'30 Am

TIPO

INDUCCIÓN		CAPACITACIÓN	X
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Oscar Moreno cubillo	1022934887	Ayudante	Oscar M.
Nacianceno Romero	1069737118	Oficial	
Diego Muñoz	823 02423	Ayudante	
Albeiro Mose	83a 5693	Oficial	
Edwin Cerzón	6a3137	Ayudante	
Nelson Penagos	1022934	Ayudante	
Andres Rodriguez	1023913a5	Ayudante	Andres Rodriguez
Andres cortes Duarte	1023a 5672	Ayudante	
leonardo Carabito	1022782139	Ayudante	
Juan Hernandez	1023946935	Ayudante	
Everley Muñoz	78263 10	Ayudante	
Luis Eduardo Avila	1023a560	Ayudante	
Carlos Henao	7192890205	Ayudante	
leonardo Campo	73 18 225	Oficial	
Carlos Bontiago	1002999161	Oficial	
José Montoya	1023447732	Ayudante	
Andres Martinez	6a32709	Ayudante	

(Firma) Sandra Calindo.

11

CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SST-F-01
		Fecha: 25/02/2019

RESPONSABLE DE LA CAPACITACIÓN: Sandra Galindo — CARGO: Residente.

TEMA: - Posicionamiento a la hora de trabajar.

FECHA: 6-Enero-2023

HORA DE INICIO: 7:00 Am — HORA DE TERMINACIÓN: 7:30 Am

TIPO
INDUCCIÓN [ ] — CAPACITACIÓN [X]
CHARLA INFORMATIVA [ ] — ENTRENAMIENTO [ ]
OTRO [ ]

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Leonardo Campos	7319223	Oficial	
CARLOS ANDRES MENA	1192890245	AYUDANTES	
Marela Mendez Diaz	1069775880	Ayudante	
Oswaldo Arenas	79208102	Ayudante	
EDWIN VALENCIA	1094420394	Ayudante	
Daniel Santiago Rodriguez	1003513155	OP	
Andres Rodriguez	1001183910	AUX	Andres f rodriguez
EDWIN GARZON	79254299	AY	EDWIN GARZON
Leonardo Garavito	82392816	AY	Leonardo
NAvarro Romero	1069732118	oficial	NAvarro
Jose Alveiro Muñoz	1022960814	oficial	
Diego Munoz	82342423	Ayudant	
Andres F Martinez	1119138282	obrero	Andres F Martinez
Eusebio MUÑOZ L.	80447218	ayudante	
Carlos Daniel Buitrago	93296008	oficial	
CampoC Espitia.V	82389503	oyudante.	
Luis Eduardo Avila			

(Firma) Sandra Galindo

CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022	"REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE INTEGRACION E INNOVACIÓN SOCIAL DE FUSAGASUGÁ"	2023	
CONTRATO No. 2022-0586	SG.SST	Versión 0	

NOTIFICACIÓN DE PELIGROS

PELIGRO	SI	NO	NA	FIRMA DE QUIEN NOTIFICA
Físico	X			
Químico	X			
Biológico	X			
Seguridad	X			
Biomecánico	X			
Psicosocial	X			

Yo, Andres felipe cortes Pucuara identificado con la cédula de ciudadanía número 1006068939, declaro y doy testimonio de que fui notificado de los peligros a los cuales estoy expuesto de acuerdo a mi cargo y actividad a desarrollar como Ayudante, para constancia y prueba firmo a los 24 días del mes de Enero de 2023.

Así mismo realizo mi auto reporte de condiciones de salud:

Bueno

Firma del trabajador: Andres Cortes

	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SST- F-01	
		FECHA	VERSION
	FORMATO DE ASISTENCIA	29/08/2022	0

SEDE O PROYECTO: centro de integracion e innovacion social

RESPONSABLE DE LA CAPACITACION: Sandra Galindo **CARGO:** Residente

TEMA: INDUCCION SST, AFILIACIONES Y PAGOS AL SGSSI, SG-SST, EXAMENES OCUPACIONALES DE INGRESO, PERIÓDICOS, POST-INCAPACIDAD Y DE RETIRO, POLITICA SST, POLITICA TABACO, ALCOHOL Y DROGAS, POLITICA MA, POLITICA SEGURIDAD VIAL, RIT, RHSI, COPASST, CCL, PLAN DE EMERGENCIAS, USO ADECUADO DE EPP, REPORTE Y ATENCIÓN DE AT, NOTIFICACIÓN DE RIESGOS, RESPONSABILIDADES SST SEGUN CARGO, AUTOREPORTE CONDICONES DE SEGURIDAD Y SALUD.

FECHA: 20 de enero - 2023

HORA DE INICIO: 7:00 Am HORA DE TERMINACIÓN: 2:30 pm

TIPO

INDUCCIÓN	X	CAPACITACIÓN	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Andres Cortes D.	1006068939	Ayudante	Cortes Diccaga

(Firma) Sandra Galindo

CONTRATO DE OBRA No. 0586-2022

OBJETO: "REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE INTEGRACIÓN E INNOVACIÓN SOCIAL DE FUSAGASUGÁ"

INFORME MENSUAL No. 005
CENTRO DE INTEGRACION E INNOVACION SOCIAL DE FUSAGASUGA

ANEXO 2 REGISTRO DE INDUCCION Y NOTIFICACION

FUSAGASUGA, ENERO 2023

NOTIFICACIÓN DE PELIGROS

PELIGRO	SI	NO	NA	FIRMA DE QUIEN NOTIFICA
Físico	X			
Químico	X			
Biológico	X			
Seguridad	X			
Biomecánico	X			
Psicosocial	X			

Yo, Angelica Janeth Gonzalez, identificado con la cédula de ciudadanía número 329 su 347, declaro y doy testimonio de que fui notificado de los peligros a los cuales estoy expuesto de acuerdo a mi cargo y actividad a desarrollar como Residente Social, para constancia y prueba firmo a los 25 días del mes de Enero de 2023.

Así mismo realizo mi auto reporte de condiciones de salud:

Bueno.

Firma del trabajador: Angelica G.

CONSORCIO CONSTRUCCIONES 2022	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SST- F-01	
		FECHA	VERSION
	FORMATO DE ASISTENCIA	29/08/2022	0

SEDE O PROYECTO: centro de integración e innovación social

RESPONSABLE DE LA CAPACITACION: Sandra Galindo **CARGO:** Residente

TEMA: INDUCCION SST, AFILIACIONES Y PAGOS AL SGSSI, SG-SST, EXAMENES OCUPACIONALES DE INGRESO, PERIÓDICOS, POST-INCAPACIDAD Y DE RETIRO, POLITICA SST, POLITICA TABACO, ALCOHOL Y DROGAS, POLITICA MA, POLITICA SEGURIDAD VIAL, RIT, RHSI, COPASST, CCL, PLAN DE EMERGENCIAS, USO ADECUADO DE EPP, REPORTE Y ATENCIÓN DE AT, NOTIFICACIÓN DE RIESGOS, RESPONSABILIDADES SST SEGUN CARGO, AUTOREPORTE CONDICONES DE SEGURIDAD Y SALUD.

FECHA: 25 - Enero - 2023

HORA DE INICIO: 7:00 Am HORA DE TERMINACIÓN: 7:30 Am

TIPO

INDUCCIÓN [X] CAPACITACIÓN [ ]

CHARLA INFORMATIVA [ ] ENTRENAMIENTO [ ]

OTRO [ ]

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Angelica Gonzalez	529 54 349	Social	ANGELICA G.

(Firma) Sandra Galindo

NOTIFICACIÓN DE PELIGROS

PELIGRO	SI	NO	NA	FIRMA DE QUIEN NOTIFICA
Físico	X			
Químico	X			
Biológico	X			
Seguridad	X			
Biomecánico	X			
Psicosocial	X			

Yo, Carlos Pachón Romero, identificado con la cédula de ciudadanía número 1072 094 472, declaro y doy testimonio de que fui notificado de los peligros a los cuales estoy expuesto de acuerdo a mi cargo y actividad a desarrollar como Ayudante, para constancia y prueba firmo a los 25 días del mes de Enero de 2023.

Así mismo realizo mi auto reporte de condiciones de salud:

Bueno

Firma del trabajador: Jean carlos Pachon Romero.

CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SST- F-01	
		FECHA	VERSION
	FORMATO DE ASISTENCIA	29/08/2022	0

SEDE O PROYECTO: Centro de integracion e innovacion social

RESPONSABLE DE LA CAPACITACION: Sandra Galindo **CARGO:** Residente

TEMA: INDUCCION SST, AFILIACIONES Y PAGOS AL SGSSI, SG-SST, EXAMENES OCUPACIONALES DE INGRESO, PERIÓDICOS, POST-INCAPACIDAD Y DE RETIRO, POLITICA SST, POLITICA TABACO, ALCOHOL Y DROGAS, POLITICA MA, POLITICA SEGURIDAD VIAL, RIT, RHSI, COPASST, CCL, PLAN DE EMERGENCIAS, USO ADECUADO DE EPP, REPORTE Y ATENCIÓN DE AT, NOTIFICACIÓN DE RIESGOS, RESPONSABILIDADES SST SEGUN CARGO, AUTOREPORTE CONDICONES DE SEGURIDAD Y SALUD.

FECHA: _____

HORA DE INICIO: _____ HORA DE TERMINACIÓN: _____

TIPO

INDUCCIÓN	a	CAPACITACIÓN	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Carlos Pachon Romero	607 491 472	Ayudante	Jean carlos Pachon

(Firma) - Sandra Galindo

NOTIFICACIÓN DE PELIGROS

PELIGRO	SI	NO	NA	FIRMA DE QUIEN NOTIFICA
Físico	X			
Químico	X			
Biológico	X			
Seguridad	X			
Biomecánico	X			
Psicosocial	X			

Yo, José Alejandro Cerón Montoya, identificado con la cédula de ciudadanía número 1151 944 147, declaro y doy testimonio de que fui notificado de los peligros a los cuales estoy expuesto de acuerdo a mi cargo y actividad a desarrollar como Ayudante, para constancia y prueba firmo a los 12 días del mes de Enero de 2023.

Así mismo realizo mi auto reporte de condiciones de salud:

Buena

Firma del trabajador: _____

	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SST-F-01
		Fecha: 29/05/2020
	FORMATO DE ASISTENCIA	Versión 1

SEDE O PROYECTO: Centro de integracion e innovacion Social

RESPONSABLE DE LA CAPACITACIÓN: Sandra Galindo | CARGO: Residente

TEMA: GENERALIDADES DEL PLAN DE MANEJO DE MANEJO AMBIENTAL, MANEJO DE RECURSOS DEL AGUA, SEÑALIZACIO, ACTIVIDADES DE ORDEN ASEO Y LIMPIEZA, MANEJO DE MATERIALES Y RCD´S EN OBRA, PROTECCIO DE LA FAUNA Y FLORA DEL AREA DE INTERVENCION

FECHA: 12 - Enero - 2023

HORA DE INICIO: 9:00 Am

HORA DE TERMINACIÓN: 9:30 Am

TIPO

INDUCCIÓN [x]

CHARLA INFORMATIVA [ ]

CAPACITACIÓN [ ]

ENTRENAMIENTO [ ]

OTRO [ ]

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
José Cerón Montoya	1151 944 147	Ayudante	

(Firma) Sandra Galindo

NOTIFICACIÓN DE PELIGROS

PELIGRO	SI	NO	NA	FIRMA DE QUIEN NOTIFICA
Físico	X			
Químico	X			
Biológico	X			
Seguridad	X			
Biomecánico	X			
Psicosocial	X			

Yo, Martin Sosa Garcia, identificado con la cédula de ciudadanía número 80 499 024, declaro y doy testimonio de que fui notificado de los peligros a los cuales estoy expuesto de acuerdo a mi cargo y actividad a desarrollar como Ayudante, para constancia y prueba firmo a los 26 días del mes de Enero de 2023.

Así mismo realizo mi auto reporte de condiciones de salud:

Bueno

Firma del trabajador: Martin Sosa.

CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SST- F-01	
		FECHA	VERSION
	FORMATO DE ASISTENCIA	29/08/2022	0

SEDE O PROYECTO: centro de integracion e innovacion social

RESPONSABLE DE LA CAPACITACION: Sandra Galindo CARGO: Residente

TEMA: INDUCCION SST, AFILIACIONES Y PAGOS AL SGSSI, SG-SST, EXAMENES OCUPACIONALES DE INGRESO, PERIÓDICOS, POST-INCAPACIDAD Y DE RETIRO, POLITICA SST, POLITICA TABACO, ALCOHOL Y DROGAS, POLITICA MA, POLITICA SEGURIDAD VIAL, RIT, RHSI, COPASST, CCL, PLAN DE EMERGENCIAS, USO ADECUADO DE EPP, REPORTE Y ATENCIÓN DE AT, NOTIFICACIÓN DE RIESGOS, RESPONSABILIDADES SST SEGUN CARGO, AUTOREPORTE CONDICONES DE SEGURIDAD Y SALUD.

FECHA: 26 - Enero - 2023

HORA DE INICIO: ~~7:00 Am~~

HORA DE TERMINACIÓN: 7:30 Am

TIPO

INDUCCIÓN	X	CAPACITACIÓN	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Martin Sosa Garcia	80 499 021	Ayudante	Martin Sosa.

(Firma) Sandra Galindo

NOTIFICACIÓN DE PELIGROS

PELIGRO	SI	NO	NA	FIRMA DE QUIEN NOTIFICA
Físico	X			
Químico	X			
Biológico	X			
Seguridad	X			
Biomecánico	X			
Psicosocial	X			

Yo, Nelson Penagos Diaz, identificado con la cédula de ciudadanía número 79 218 482, declaro y doy testimonio de que fui notificado de los peligros a los cuales estoy expuesto de acuerdo a mi cargo y actividad a desarrollar como Ayudante, para constancia y prueba firmo a los 24 días del mes de Enero de 2023.

Así mismo realizo mi auto reporte de condiciones de salud:

Bueno

Firma del trabajador: Nelson Penagos

CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SST- F-01	
		FECHA	VERSION
	FORMATO DE ASISTENCIA	29/08/2022	0

SEDE O PROYECTO: centro de integracion e innovacion social

RESPONSABLE DE LA CAPACITACION: Sandra Galindo **CARGO:** Residente

TEMA: INDUCCION SST, AFILIACIONES Y PAGOS AL SGSSI, SG-SST, EXAMENES OCUPACIONALES DE INGRESO, PERIÓDICOS, POST-INCAPACIDAD Y DE RETIRO, POLITICA SST, POLITICA TABACO, ALCOHOL Y DROGAS, POLITICA MA, POLITICA SEGURIDAD VIAL, RIT, RHSI, COPASST, CCL, PLAN DE EMERGENCIAS, USO ADECUADO DE EPP, REPORTE Y ATENCIÓN DE AT, NOTIFICACIÓN DE RIESGOS, RESPONSABILIDADES SST SEGUN CARGO, AUTOREPORTE CONDICONES DE SEGURIDAD Y SALUD.

FECHA: 24- Enero -2023

HORA DE INICIO: 7:00 Am HORA DE TERMINACIÓN: 2:30 Am

TIPO

INDUCCIÓN	X	CAPACITACIÓN	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Nelson Penagos Diaz	79 218 482	Agodante	Nelson Penagos

(Firma) Sandra Galindo

NOTIFICACIÓN DE PELIGROS

PELIGRO	SI	NO	NA	FIRMA DE QUIEN NOTIFICA
Físico	X			
Químico	X			
Biológico	X			
Seguridad	X			
Biomecánico	X			
Psicosocial	X			

Yo, Oscar Armilfo Moreno cubillos identificado con la cédula de ciudadanía número 1069714357, declaro y doy testimonio de que fui notificado de los peligros a los cuales estoy expuesto de acuerdo a mi cargo y actividad a desarrollar como Ayudante, para constancia y prueba firmo a los 11 días del mes de Enero de 2023.

Así mismo realizo mi auto reporte de condiciones de salud:

Bueno

Firma del trabajador: _____

CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SST- F-01	
		FECHA	VERSION
	FORMATO DE ASISTENCIA	29/08/2022	0

SEDE O PROYECTO: centro de integracion e innovacion social

RESPONSABLE DE LA CAPACITACION: Sandra Galindo **CARGO:** Residente

TEMA: INDUCCION SST, AFILIACIONES Y PAGOS AL SGSSI, SG-SST, EXAMENES OCUPACIONALES DE INGRESO, PERIÓDICOS, POST-INCAPACIDAD Y DE RETIRO, POLITICA SST, POLITICA TABACO, ALCOHOL Y DROGAS, POLITICA MA, POLITICA SEGURIDAD VIAL, RIT, RHSI, COPASST, CCL, PLAN DE EMERGENCIAS, USO ADECUADO DE EPP, REPORTE Y ATENCIÓN DE AT, NOTIFICACIÓN DE RIESGOS, RESPONSABILIDADES SST SEGUN CARGO, AUTOREPORTE CONDICONES DE SEGURIDAD Y SALUD.

FECHA: 24 -Enero -2023

HORA DE INICIO: 7:00 Am HORA DE TERMINACIÓN: 7'30 Am

TIPO

INDUCCIÓN [X] CAPACITACIÓN [ ]

CHARLA INFORMATIVA [ ] ENTRENAMIENTO [ ]

OTRO [ ]

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Oscar Moreno cabrales	7069 711 757	Ayudante	

(Firma) Sandra Galindo

NOTIFICACIÓN DE PELIGROS

PELIGRO	SI	NO	NA	FIRMA DE QUIEN NOTIFICA
Físico	X			
Químico	X			
Biológico	X			
Seguridad	X			
Biomecánico	X			
Psicosocial	X			

Yo, Wilfredo Rodriguez, identificado con la cédula de ciudadanía número 93 929 635, declaro y doy testimonio de que fui notificado de los peligros a los cuales estoy expuesto de acuerdo a mi cargo y actividad a desarrollar como Ayodante, para constancia y prueba firmo a los 27 días del mes de Enero de 2023.

Así mismo realizo mi auto reporte de condiciones de salud:

Bueno

Firma del trabajador:

CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SST- F-01	
		FECHA	VERSION
	FORMATO DE ASISTENCIA	29/08/2022	0

SEDE O PROYECTO: Centro de integracion e innovacion social

RESPONSABLE DE LA CAPACITACION: Sandra Galindo **CARGO:** Residente

TEMA: INDUCCION SST, AFILIACIONES Y PAGOS AL SGSSI, SG-SST, EXAMENES OCUPACIONALES DE INGRESO, PERIÓDICOS, POST-INCAPACIDAD Y DE RETIRO, POLITICA SST, POLITICA TABACO, ALCOHOL Y DROGAS, POLITICA MA, POLITICA SEGURIDAD VIAL, RIT, RHSI, COPASST, CCL, PLAN DE EMERGENCIAS, USO ADECUADO DE EPP, REPORTE Y ATENCIÓN DE AT, NOTIFICACIÓN DE RIESGOS, RESPONSABILIDADES SST SEGUN CARGO, AUTOREPORTE CONDICONES DE SEGURIDAD Y SALUD.

FECHA: 22 - Enero -2023

HORA DE INICIO: 7:00 Am HORA DE TERMINACIÓN: 7:30 Am

TIPO

INDUCCIÓN [X] CAPACITACIÓN [ ]

CHARLA INFORMATIVA [ ] ENTRENAMIENTO [ ]

OTRO [ ]

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Wilfredo Rodriguez	75 929 633	Ayudante	

(Firma) Sandra Galindo

CONTRATO DE OBRA No. 0586-2022

OBJETO: "REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE INTEGRACIÓN E INNOVACIÓN SOCIAL DE FUSAGASUGÁ"

INFORME MENSUAL No. 005
CENTRO DE INTEGRACION E INNOVACION SOCIAL DE FUSAGASUGA

ANEXO 3 EXAMENES MEDICOS

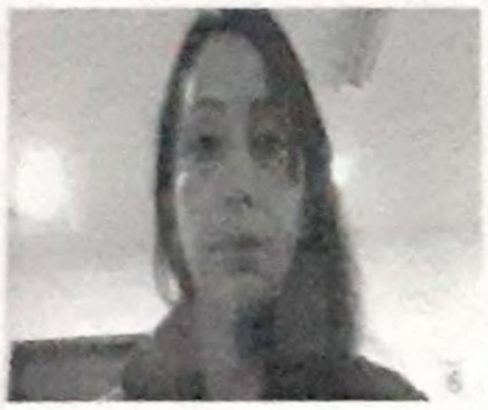
FUSAGASUGA, ENERO 2023

Dirreción: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: cendiatra@cendiatra.com

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Cendiatra

SEDE	CENDIATRA CENTRO	**DIRECCIÓN**	Cra. 5 No. 19 - 08 Edificio Los Andes
TELÉFONO	2826429 - 3424934	**EMAIL**	citas.centro@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2020-12-14	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	ANGELICA JANETH GONZALEZ CHARRY	Identificación CC	Nro 52954311
Fecha de Nacimiento	1983-04-01	**Edad** 37	**Sexo** F
Empresa	CLIENTE OCASIONAL		
Cargo	CONTRATISTA		
Fecha Ingreso	2020-12-14 08:56:21	**Fecha Salida**	2020-12-14 09:01:34

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO_DE_APTITUD	
CONCEPTO DE APTITUD	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
RECOMENDACIONES	
OTRAS:	NO PRESENTA
CONTROLES	
titulo	
CONDICION VISUAL	SI
	Observaciones: CONTROL PERIÓDICO ANUAL
OTROS	NO PRESENTA

Fernando Ivan Fernandez C.
Medico Ocupacional UM
Lic. en Salud Ocupacional
25-10813-2017

FERNANDO IVAN FERNANDEZ CORREDOR
RM: 7223029
Firma y sello del médico

ANGELICA JANETH GONZALEZ CHARRY
CC 52954311
Firma del trabajador

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me *comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.*

Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

T.V.O. Salud Ocupacional IPS

TVO SALUD OCUPACIONAL IPS SAS NIT. 901367836-4
Calle 18A No.11A - 45 Balmoral
Fusagasugá, Cundicamarca - Colombia
Cel. 3186903101 - E-mail. Sandyva09@yahoo.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.753

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
30 DÍA	01 MES	2023 AÑO	FUSAGASUGÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

ARK INGENIERIA	**ARK INGENIERIA**
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

CERON MONTOYA JOSE ALEJANDRO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	31 AÑOS 3 MESES 23 DÍAS	CC (Tipo)	1.151.944.147 (Número)
Apellidos y Nombres				

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: .

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	**TIPO**	**RECOMENDACIONES**
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
VALORACIÓN POR EPS : CITA MEDICO GENERAL SE SUGIERE ECOGRAFIA TESTICULAR	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES EN HÁBITOS DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLE. DIETA SALUDABLE, EFECTUAR EJERCICIO CARDIOVASCULAR DURANTE 30 MINUTOS DIARIOS, INICIAR PROGRAMA DE EJERCICIOS QUE INCLUYAN ESTIRAMIENTOS, REALIZAR LAS PAUSAS ACTIVAS 5 MINUTOS CADA 2 HORAS, RECOMENDACIONES DE HIGIENE POSTURAL, USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN LA LABOR

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: VARGAS ARCILA SANDRA E

R. M.: 0698-03 **L.S.O.:** 2462-15

Código de Seguridad
B1053H1N7753

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: CERON MONTOYA JOSE ALEJANDRO

CC: 1.151.944.147

T.V.O. Salud Ocupacional IPS

TVO SALUD OCUPACIONAL IPS SAS NIT. 901367836-4
Calle 18A No.11A - 45 Balmoral
Fusagasugá, Cundicamarca - Colombia
Cel. 3186903101 - E-mail. Sandyva09@yahoo.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.752

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
30 DÍA	01 MES	2023 AÑO	FUSAGASUGÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
ARK INGENIERIA	ARK INGENIERIA

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
RODRIGUEZ WILFREDO ALEXANDER	MASCULINO	40 AÑOS 7 MESES 15 DÍAS	PE (Tipo)	6.189.365 (Número)

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: .

N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

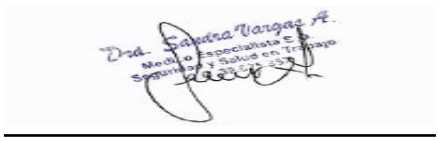
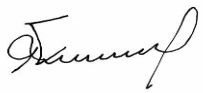
EVALUACIÓN OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : CITA MEDICO GENERAL SE SUGIER RX TORAX, SE SUGIERE BACILOSCOPIA	USO DE EPP	DEJAR DE FUMAR
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES EN HÁBITOS DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLE. DIETA SALUDABLE, EFECTUAR EJERCICIO CARDIOVASCULAR DURANTE 30 MINUTOS DIARIOS, INICIAR PROGRAMA DE EJERCICIOS QUE INCLUYAN ESTIRAMIENTOS, REALIZAR LAS PAUSAS ACTIVAS 5 MINUTOS CADA 2 HORAS, RECOMENDACIONES DE HIGIENE POSTURAL, USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN LA LABOR

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico		Aspirante o Trabajador
Firma: 		**Firma:** 
Nombre: VARGAS ARCILA SANDRA E		**Nombre:** RODRIGUEZ WILFREDO ALEXANDER
R. M.: 0698-03 **L.S.O.:** 2462-15	**Código de Seguridad** Z1053F1L7752	**PE:** 6.189.365

T.V.O. Salud Ocupacional IPS

TVO SALUD OCUPACIONAL IPS SAS NIT. 901367836-4
Calle 18A No.11A - 45 Balmoral
Fusagasugá, Cundicamarca - Colombia
Cel. 3186903101 - E-mail. Sandyva09@yahoo.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.797

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
31 DÍA	01 MES	2023 AÑO	FUSAGASUGÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

ARK INGENIERIA	**ARK INGENIERIA**
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

MORENO CUBILLOS OSCAR ERMILFO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	37 AÑOS 5 MESES 1 DÍAS	CC	1.069.714.757
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (CUMPLE CON CRITERIOS MEDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: .

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	**TIPO**	**RECOMENDACIONES**
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES EN HÁBITOS DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLE. DIETA SALUDABLE, EFECTUAR EJERCICIO CARDIOVASCULAR DURANTE 30 MINUTOS DIARIOS, INICIAR PROGRAMA DE EJERCICIOS QUE INCLUYAN ESTIRAMIENTOS, REALIZAR LAS PAUSAS ACTIVAS 5 MINUTOS CADA 2 HORAS, RECOMENDACIONES DE HIGIENE POSTURAL, USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN LA LABOR.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



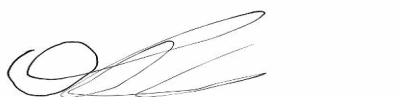
Firma:

Nombre: VARGAS ARCILA SANDRA E

R. M.: 0698-03 **L.S.O.:** 2462-15

Código de Seguridad
C1053I1O7797

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: MORENO CUBILLOS OSCAR ERMILFO

CC: 1.069.714.757

T.V.O. Salud Ocupacional IPS

TVO SALUD OCUPACIONAL IPS SAS NIT. 901367836-4
Calle 18A No.11A - 45 Balmoral
Fusagasugá, Cundicamarca - Colombia
Cel. 3186903101 - E-mail. Sandyva09@yahoo.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.753

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
30 DÍA	01 MES	2023 AÑO	FUSAGASUGÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

ARK INGENIERIA	**ARK INGENIERIA**
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

CERON MONTOYA JOSE ALEJANDRO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	31 AÑOS 3 MESES 23 DÍAS	CC (Tipo)	1.151.944.147 (Número)
Apellidos y Nombres				

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: .

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	**TIPO**	**RECOMENDACIONES**
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
VALORACIÓN POR EPS : CITA MEDICO GENERAL SE SUGIERE ECOGRAFIA TESTICULAR	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES EN HÁBITOS DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLE. DIETA SALUDABLE, EFECTUAR EJERCICIO CARDIOVASCULAR DURANTE 30 MINUTOS DIARIOS, INICIAR PROGRAMA DE EJERCICIOS QUE INCLUYAN ESTIRAMIENTOS, REALIZAR LAS PAUSAS ACTIVAS 5 MINUTOS CADA 2 HORAS, RECOMENDACIONES DE HIGIENE POSTURAL, USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN LA LABOR

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: VARGAS ARCILA SANDRA E

R. M.: 0698-03 **L.S.O.:** 2462-15

Código de Seguridad
B1053H1N7753

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: CERON MONTOYA JOSE ALEJANDRO

CC: 1.151.944.147

T.V.O. Salud Ocupacional IPS

TVO SALUD OCUPACIONAL IPS SAS NIT. 901367836-4
Calle 18A No.11A - 45 Balmoral
Fusagasugá, Cundicamarca - Colombia
Cel. 3186903101 - E-mail. Sandyva09@yahoo.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.752

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
30 DÍA	01 MES	2023 AÑO	FUSAGASUGÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
ARK INGENIERIA	ARK INGENIERIA

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
RODRIGUEZ WILFREDO ALEXANDER	MASCULINO	40 AÑOS 7 MESES 15 DÍAS	PE (Tipo)	6.189.365 (Número)

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: .

N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

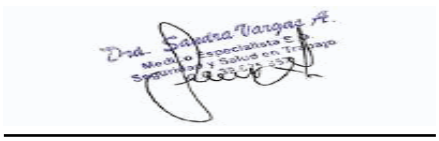
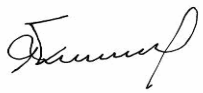
EVALUACIÓN OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : CITA MEDICO GENERAL SE SUGIER RX TORAX, SE SUGIERE BACILOSCOPIA	USO DE EPP	DEJAR DE FUMAR
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES EN HÁBITOS DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLE. DIETA SALUDABLE, EFECTUAR EJERCICIO CARDIOVASCULAR DURANTE 30 MINUTOS DIARIOS, INICIAR PROGRAMA DE EJERCICIOS QUE INCLUYAN ESTIRAMIENTOS, REALIZAR LAS PAUSAS ACTIVAS 5 MINUTOS CADA 2 HORAS, RECOMENDACIONES DE HIGIENE POSTURAL, USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN LA LABOR

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico		Aspirante o Trabajador
Firma: 		**Firma:** 
Nombre: VARGAS ARCILA SANDRA E		**Nombre:** RODRIGUEZ WILFREDO ALEXANDER
R. M.: 0698-03 **L.S.O.:** 2462-15	**Código de Seguridad** Z1053F1L7752	**PE:** 6.189.365

CONTRATO DE OBRA No. 0586-2022

OBJETO: "REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE INTEGRACIÓN E INNOVACIÓN SOCIAL DE FUSAGASUGÁ"

INFORME MENSUAL No. 005
CENTRO DE INTEGRACION E INNOVACION SOCIAL DE FUSAGASUGA

ANEXO 4 COPASST

FUSAGASUGA, ENERO 2023

FECHA 17/01/2023

ACTA No 5

ASISTENTES:

- SANDRA GALINDO
- POMPILIO RODRIGUEZ
- CESAR RODRIGUEZ
- LUIS GABRIEL FARFAN

ORDEN DEL DIA

1. LECTURA DE ACTA DE CONFORMACION DE COPASST
2. . PERSONAL EN OBRA
3. CAPACITACIONES REALIZADAS EN EL MES
4. CASOS DE ACCIDENTES E INCIDENTES PRECENTADOS EN EL MES

HORA DE INICIO: 09:00 AM

HORA FINALIZACION: 10:00 AM

FECHA PROXIMA REUNION: 10 FEBRERO 2023

HORA PROXIMA REUNION: 1:00 PM

TEMAS TRATADOS	PLAN DE ACCION	RESPONSABLE	FECHA DE EJECUCION	SEGUIMIENTO	OBSERVACIONES
LECTURA DE ACTA ANTERIOR	CUMPLIMIENTO A ACTIVIDADES	COPPAST	17-01-2023	17-01-2023	DAR CUMPLIMIENTO POR CADA INTEGRANTE
PERSONAL EN OBRA INGRESOS NUEOS Y RETIROS	CUMPLIMINTO A LAS ACTIVIDADES	COPPAST	17-01-2023	17-01-2023	DAR CUMPLIMIENTO POR CADA INTEGRANTE
CAPACITACIONES REALIZADAS EN EL MES SEGÚN CRONOGRAMA	CUMPLIMIENTO A ACTIVIDADES	COPPAST	17-01-2023	17-01-2023	DAR CUMPLIMIENTO POR CADA INTEGRANTE

.

CONVERSIONES EN SEGUIMIENTO:

EJECUTADO [√]

PARCIAL [ ]

PENDIENTE [ ]

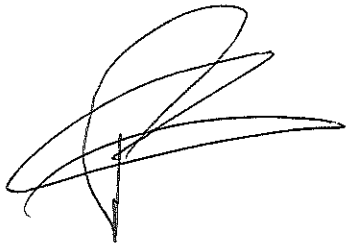
OBSEREVACIONES:

NINGUNA

CONTRATO No. 2022-0586	COPASST	Versión 0	

FIRMA DE ASITENTES

Sandra Galindo
SANDRA GALINDO



POMPILIO RODRIGUEZ

LUIS FARFAN

CESAR RICARDO QUINTERO
CESAR QUINTERO

CONTRATO DE OBRA No. 0586-2022

OBJETO: "REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE INTEGRACIÓN E INNOVACIÓN SOCIAL DE FUSAGASUGÁ"

INFORME MENSUAL No. 005
CENTRO DE INTEGRACION E INNOVACION SOCIAL DE FUSAGASUGA

ANEXO 5 REGISTRO FOTOGRAFICO

FUSAGASUGA, ENERO 2023

REGISTRO FOTOGRAFICO



FOTO 1. BOTIQUIN



FOTO 2. CARPA



FOTO 3.EXTINTOR



FOTO 4. CAMILLA



FOTO 5. SEÑALIZACION



FOTO 6. LAVAMANOS



FOTO 7. ENTREGA DE EPPS



FOTO 8. . ENTREGA DE EPPS



FOTO 9. ASEO Y LIMPIEZA



FOTO 10. ASEO Y LIMPIEZA

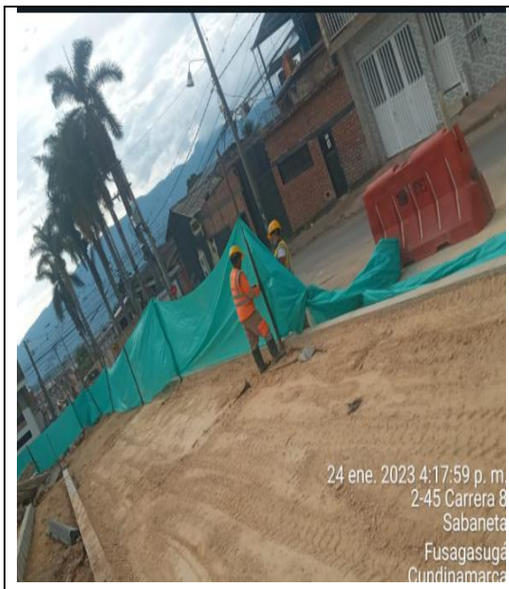


FOTO 11. CERRAMIENTO PERIMETRAL



FOTO 12. SEÑALIZACION



FOTO 13. SEÑALIZACION



FOTO 14. PUNTO ECOLOGICO



FOTO 15. ASEO Y LIMPIEZA



FOTO 16. ASEO Y LIMPIEZA

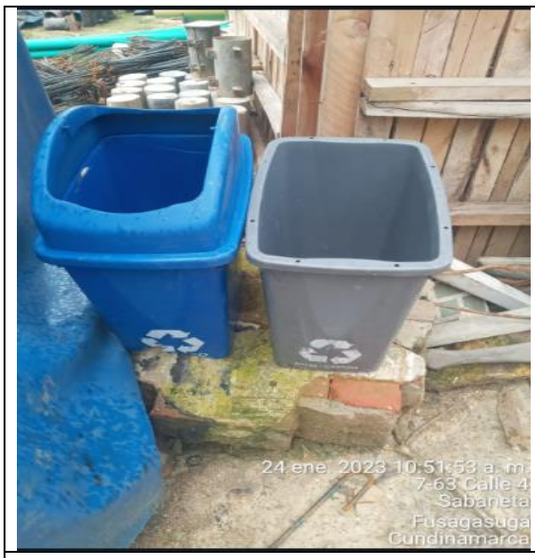


FIGURA 17 PUNTO ECOLOGICO



FIGURA 18 SEÑALIZACION



FIGURA 19 SEÑALIZACION



FIGURA 20 SEÑALIZACION

CONTRATO DE OBRA No. 0586-2022

OBJETO: "REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE INTEGRACIÓN E INNOVACIÓN SOCIAL DE FUSAGASUGÁ"

INFORME MENSUAL No. 005
CENTRO DE INTEGRACION E INNOVACION SOCIAL DE FUSAGASUGA

ANEXO 6 ENTREGA DE EPPS

FUSAGASUGA, ENERO 2023

CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SST - F - 04
		Fecha: 02/03/2020
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Versión 1

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Martin sosa Garcia — C.C. No. 80 499 027

CARGO: Ayudante — FECHA DE INGRESO: 26-Enero-23

Fecha	DETALLE DEL ARTICULO ENTREGADO															Firma del trabajador
	Camisa	Pantalon	Overol	Tapa oidos inserción	Tapa oidos copa	Gafas	Casco	Barbuquejos	Guantes	Tapabocas	Abrigo impermeable	Botas caucho	Botas material	Chateco tipo periodista	Otros	
26-01-23	X	X				X	X		X				X			Martin sosa.

CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SST - F - 04
	Fecha: 02/03/2020
ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Versión 1

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Carlos Pachón Romero — C.C. No. 107 091 472

CARGO: Ayudante — FECHA DE INGRESO: 25 - Enero - 2023

Fecha	DETALLE DEL ARTICULO ENTREGADO															Firma del trabajador
	Camisa	Pantalon	Overol	Tapa oidos inserción	Tapa oidos copa	Gafas	Casco	Barbuquejos	Guantes	Tapabocas	Abrigo impermeable	Botas caucho	Botas material	Chaleco tipo periodista	Otros	
25-01-23	x	x				x	x		x	x			x			Jeancarlos P.

CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SST - F - 04
		Fecha: 02/03/2020
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Versión 1

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Welson Penagos Diaz — C.C. No. 79 218 082

CARGO: Ayudante — FECHA DE INGRESO: 24-enero-23

Fecha	DETALLE DEL ARTICULO ENTREGADO															Firma del trabajador
	Camisa	Pantalon	Overol	Tapa oidos inserción	Tapa oidos copa	Gafas	Casco	Barbuquejos	Guantes	Tapabocas	Abrigo impermeable	Botas caucho	Botas material	Chaleco tipo periodista	Otros	
24-01-23	x	x				x	x		x	x			x			Nelson Pena

CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SST - F - 04
		Fecha: 02/03/2020
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Versión 1

NOMBRE DEL TRABAJADOR:	Andres felipe cortes Docuara	C.C. No.	1006068939
CARGO:	Ayudante	FECHA DE INGRESO:	24-01-2023

Fecha	DETALLE DEL ARTICULO ENTREGADO															Firma del trabajador
	Camisa	Pantalon	Overol	Tapa oidos inserción	Tapa oidos copa	Gafas	Casco	Barbuquejos	Guantes	Tapabocas	Abrigo impermeable	Botas caucho	Botas material	Chaleco tipo periodista	Otros	
24-01-23	X	X				X	X		X	X			X			cortes Docuara

CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SST - F - 04
	Fecha: 02/03/2020
ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Versión 1

NOMBRE DEL TRABAJADOR:	Oscar Armilo Moreno cubillos	C.C. No.	1069 711 751
CARGO:	Ayudante	FECHA DE INGRESO:	21-01-2023

Fecha	DETALLE DEL ARTICULO ENTREGADO															Firma del trabajador
	Camisa	Pantalon	Overol	Tapa oidos inserción	Tapa oidos copa	Gafas	Casco	Barbuquejos	Guantes	Tapabocas	Abrigo impermeable	Botas caucho	Botas material	Chaleco tipo periodista	Otros	
21-01-23	x	x		x		x	x			x			x			

CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SST - F - 04
	Fecha: 02/03/2020
ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Versión 1

NOMBRE DEL TRABAJADOR: José Alejandro ceron Montoya — C.C. No. 9151 944 147

CARGO: Ayudante — FECHA DE INGRESO: 12 - enero - 2023

Fecha	DETALLE DEL ARTICULO ENTREGADO															Firma del trabajador
	Camisa	Pantalon	Overol	Tapa oidos inserción	Tapa oidos copa	Gafas	Casco	Barbuquejos	Guantes	Tapabocas	Abrigo impermeable	Botas caucho	Botas material	Chaleco tipo periodista	Otros	
12-01-23	x	x				x	x	x	x				x			

CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SST - F - 04
		Fecha: 02/03/2020
	ENTREGA, REPOSICIÓN O CAMBIO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Versión 1

FECHA: Enero 2023

22

NOMBRE Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	Pantalon	Camisa	Overol	tapaoidos de inserción	Tapaoido de copa	Gafas	Casco	Barbuquejo	Guantes	Tapabocas	Abrigo impermeable	Botas de caucho	Botas material	Chaleco	FIRMA
[illegible]	1034247								X							[signature]
Orlay Rivera	8463254								X							[signature]
CARLOS ANDRES MENA	1192890245								X							[signature]

CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SST - F - 04
	Fecha: 02/03/2020
ENTREGA, REPOSICIÓN O CAMBIO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Versión 1

FECHA: Enero 2023

10

NOMBRE Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	Pantalon	Camisa	Overol	tapaoidos de inserción	Tapaoido de copa	Gafas	Casco	Barbuquejo	Guantes	Tapabocas	Abrigo impermeable	Botas de caucho	Botas material	Chaleco	FIRMA
Mario Hernandez Cristian	1065735735								X							
Ander F Martines									X							Anders F M
Narioncendo Romero	1009732118								X							
Jarol López	1007383806								X							Jarol López
Diego Alvarez	82392123								X							
Andres rodriguez	1001183910								X							Andres rodriguez
Luis Eduardo Avila	1069713892								X							Luis Eduardo Avila
Daniel Santiago Rodriguez	1003518155								X							

CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SST - F - 04
	Fecha: 02/03/2020
ENTREGA, REPOSICIÓN O CAMBIO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Versión 1

FECHA: Enero 2023

17

NOMBRE Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	Pantalon	Camisa	Overol	tapaoidos de inserción	Tapaoido de copa	Gafas	Casco	Barbuquejo	Guantes	Tapabocas	Abrigo impermeable	Botas de caucho	Botas material	Chaleco	FIRMA
Leonardo Campos	7219225								X							
Jose Alejandro	1151944147								X							
Eveley Muñoz C.	80447717								X							
Carlos Reinel Bohorquez	93296008								X							

CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SST - F - 04
	Fecha: 02/03/2020
ENTREGA, REPOSICIÓN O CAMBIO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Versión 1

FECHA: Enero 2023

NOMBRE Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	Pantalon	Camisa	Overol	tapaoidos de inserccion	Tapaoido de copa	Gafas	Casco	Barbuquejo	Guantes	Tapabocas	Abrigo impermeable	Botas de caucho	Botas material	Chaleco	FIRMA
Leonardo Campos	7319225								X							
Marcela Mendez Diaz	1069715880								X							
Eveiler Muñoz L	80442 717								X							
Carlos Raul Buitrago	93296008								X							
CARLOS ANDRES MENA	1792890245								X							
Luis Eduardo Avila	1069713897					X										
EDWIN GARZON	19257299											X				
Carlos Buitrago	93296008								X							
Oswaldo Arenas	79208702								X							

CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SST - F - 04
	Fecha: 02/03/2020
ENTREGA, REPOSICIÓN O CAMBIO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Versión 1

FECHA: Enero 2023

2

NOMBRE Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	Pantalon	Camisa	Overol	tapaoidos de inserción	Tapaoido de copa	Gafas	Casco	Barbuquejo	Guantes	Tapabocas	Abrigo impermeable	Botas de caucho	Botas material	Chaleco	FIRMA
Leonardo Garavito	82392861								X			X				Leonardo
Campo Espitia	82389503								X							
Leonardo Campos	7319225								X							
Cristian Ortiz	1069735726						X			X						
Luis Eduardo Avila C.	1069713872								X							
Jose Albeiro	1072296707								X							
Eveley Muñoz	80442717								X							
Alfonso Cardozo	1056929914	X	X													
Andres rodriguez	1001183910								X							Andres f rodriguez

CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SST - F - 04
	Fecha: 02/03/2020
ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Versión 1

NOMBRE DEL TRABAJADOR: wilfredo Rodrgoez | C.C. No. 15 929 635

CARGO: Ayudante | FECHA DE INGRESO: 27-Enero-23

Fecha	DETALLE DEL ARTICULO ENTREGADO															Firma del trabajador
	Camisa	Pantalon	Overol	Tapa oidos inserción	Tapa oidos copa	Gafas	Casco	Barbuquejos	Guantes	Tapabocas	Abrigo impermeable	Botas caucho	Botas material	Chaleco tipo periodista	Otros	
27-01-23	x	x		c		c	x	x	x				x			

CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SST - F - 04
		Fecha: 02/03/2020
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Versión 1

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Angelica Janeth Gonzalez Charry — C.C. No. 52934374

CARGO: Residente Social — FECHA DE INGRESO: 23 - Enero - 23

Fecha	DETALLE DEL ARTICULO ENTREGADO															Firma del trabajador
	Camisa	Pantalon	Overol	Tapa oidos inserción	Tapa oidos copa	Gafas	Casco	Barbuquejos	Guantes	Tapabocas	Abrigo impermeable	Botas caucho	Botas material	Chaleco tipo periodista	Otros	
25-01-23							X						X			ANGELICA G.

CONTRATO DE OBRA No. 0586-2022

OBJETO: "REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE INTEGRACIÓN E INNOVACIÓN SOCIAL DE FUSAGASUGÁ"

INFORME MENSUAL No. 005
CENTRO DE INTEGRACION E INNOVACION SOCIAL DE FUSAGASUGA

ANEXO 7 INSPECCIONES

FUSAGASUGA, ENERO 2023

CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SST-F-24
		Fecha: 02/03/2020
	FORMATO INSPECCIÓN DE BOTIQUINES	Versión 1

Nombre del que Inspecciona: Sandra Galindo

Cargo: Residente

Fecha de Inspección: 23 - Enero - 2023

Ubicación del Botiquín: centro de integracion e innovacion

DESCRIPCIÓN DEL ELEMENTO DEL BOTIQUIN DE PRIMEROS AUXILIOS*	ESTADO B: Bien M: Mal	CANTIDAD	FECHA DE VENCIMIENTO (SI APLICA)
Guantes quirúrgicos	B	100	N.A
Tapabocas	B	100	N.A
Copitos de algodón	—	—	—
Curas	B	50	N.A
Esparadrapo	B	1	N.A
Gasa	B	5	N.A
Yodopavinona	B	1	N.A
Bajalenguas	—	—	—
Vendas elásticas	—	—	—
Vendaje triangular	—	—	—
Ganchos nodriza	—	—	—
Tijeras	—	—	—
Termómetro	B	1	N.A
Pinzas	—	—	—
Linterna	—	—	—
Pilas para linterna	—	—	—
Libreta de notas	—	—	—
Lapiz	—	—	—

OBSERVACIONES:

* Nota: Solo se deben tener medicamentos en el botiquín si existe personal entrenado para suministrarlo (médico o enfermera)

CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST	SST-F-25
		Fecha: 02/03/2020
	FORMATO DE INSPECCIÓN DE EXTINTORES	Versión 1

RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN: Sandra Galindo **SEDE / OBRA:** centro de integracion

CARGO: Residente **FECHA:** 23 - Enero - 2023

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: **B:** BUENO **R:** REGULAR **M:** MALO

No	TIPO DE EXTINTOR	UBICACIÓN	CAPACIDAD	FECHA DE PROXIMA RECARGA	ESTADO DEL EXTINTOR										OBSERVACIONES
					MANOMETRO	PASADOR DE SEGURIDAD	MANGUERA	BOQUILLA	MANIJA	CILINDRO	PINTURA	SEÑALIZACIÓN	ACCESO	VISIBILIDAD	
1	Multiproposito	centro integracion	40	2023	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															

CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022	SISTEMA DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SST-F-17
		Fecha: 02/03/2020
	INSPECCIÓN GENERAL SST	Versión 1

LUGAR: Centro de integración e innovación social

FECHA INSPECCIÓN: 23 - Enero - 2023

RESPONSABLE DE INSPECCIÓN: Isandro Galindo | CARGO: Residente

Marque según criterio: B= Bueno M= Malo NA= No aplica

B: la condición encontrada cumple con los parámetros establecidos en los procedimientos.	M: la condición encontrada puede ocasionar lesiones graves, enfermedad grave o la muerte y daños considerables a la propiedad. Su intervención debe ser inmediata.	NO APLICA " NA" : El parámetro evaluado no aplica teniendo en cuenta el criterio de evaluación.

PARÁMETROS A CHEQUEAR	B	M	NA	OBSERVACIONES
Entrega y uso de Elementos De protección personal	X			
Orden y aseo de los lugares de trabajo	X			
Estado de las instalaciones locativas de los lugares de trabajo	X			
Exámenes médicos de los trabajadores	X			
Pagos De Seguridad Social	X			
Identificación de peligros actualizada	X			
Identifiación de requisitos legales Actualizada	X			
cumplimiento de las normas de seguridad por parte de los trabajadores	X			
Ejecución del programa de capacitación	X			
Implementación de medidas de prevención y control de riesgos.	X			

CONTRATO DE OBRA No. 0586-2022

OBJETO: "REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE INTEGRACIÓN E INNOVACIÓN SOCIAL DE FUSAGASUGÁ"

INFORME MENSUAL No. 005
CENTRO DE INTEGRACION E INNOVACION SOCIAL DE FUSAGASUGA

ANEXO 8 CRONOGRAMA

FUSAGASUGA, ENERO 2023

CONS

CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES SST

ACTIVIDADES/GENERALES		SEPTEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO			
		MES 1				MES 2				MES 3				MES4				MES 5				MES 6				MES 7				MES 8				MES 9				MES 9				MES 9				MES 9			
		SEMANAS				SEMANAS				SEMANAS				SEMANAS				SEMANAS				SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
I. GENERALIDADES																																																
Inducción y notificación de riesgos, Afiliaciones.	P	x				x					x						X			x																											
	E	x				X					x						X			x																											
Revisión/ Actualización de Matriz de Peligros	P																																														
	E																																														
Socializacion del Reglamento de HYSST y Politicas	P																																														
Entrega de informe mensual	P								x												x																										
	E								X												x																										
Pagos SGSS.	P											x				X			x																												
	E											x				X			x																												
Revisión de documentos.	P							x					x				X				x																										
	E							x					x				X				x																										
II. COPASST																																															
Conformación COPSSST	P			x																																										
	E			x																																										
Reunion Mensual COPASST	P								x				x			X				x																										
	E								x				x			X				x																										
Conformación CCL	P			x																																										
	E			x																																										
Capacitacion en Resolucion 2013/86, Inspecciones Planeadas de seguridad.	P																																												
	E																																													
Capacitacion en Resolucion 1401/2007	P																																												
	E																																													
Charlas diarias en protocolo de bioseguridad	P				x			x	x								X			x																										
	E				x			x	x								X			x																										
Capacitación en manejo de herramientas	P									x								x																												
	E									x								x																												
Capacitación en verificación de act	P																																												
	E																																													
Investigacion de accidentes de trabajo (Cada vez que se requiera)	P																																												
	E																																													
Realización de Inspecciones por COPASO	P																			x																										
	E																																													
III. MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO																																													
Realización de Exámenes médicos ocupacionales (Ingreso, por Cambio de Cargo, Reingreso, pot incapacidad, Egreso).	P	x								x							x		x																										
	E	x								x							x		x																										
IV. SEGURIDAD E HIGIENE INDUSTRIAL																																													
Material Particulado Y Ruido	P					x										x																													
	E					X										x																													
Capacitación sobre uso de EPP	P	x									x																																		
	E	x									x																																		
Higiene postural	P															x																													
	E															x																													
Capacitación Pausas Activas y/o Gimnasia Laboral	P																																												
	E																																													
Manipulación de cargas	P											x																																	
	E											x																																		
Capacitación Cuidado de las Manos	P				x																																							
	E				x																																									
Capacitación Sustancias Químias y su Manipulación	P						x																																						
	E						x																																							
Inspecciones de seguridad	P																																												
	E																																													
Revisión/ Actualización de las hojas de Seguridad y capacitación cuando se requiera	P							x																																				
	E							x																																						

NOTA: P, PROGRAMADO, E; EJECUTADO

Elaboró: SANDRA GALINDO

RESIDENTE SSTMA

CONTRATO DE OBRA No. 0586-2022

OBJETO: "REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE INTEGRACIÓN E INNOVACIÓN SOCIAL DE FUSAGASUGÁ"

INFORME MENSUAL No. 005
CENTRO DE INTEGRACION E INNOVACION SOCIAL DE FUSAGASUGA

ANEXO 9 MAQUINARIA Y EQUIPO

FUSAGASUGA, ENERO 2023

Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

TARJETA DE REGISTRO DE MAQUINARIA

No. 82052

No. DE REGISTRO	MARCA	LINEA	AÑO MODELO
MC200326	HITACHI	ZX120	2001

TIPO DE MAQUINARIA	CLASE	No. SERIE
CONSTRUCCION	RETROEXCAVADORA	HCM1S100P00062300

COLOR(ES)	No. MOTOR	RODAJE
NARANJA	168838	ORUGAS

PESO Y MEDIDAS SIN ACCESORIOS

PESO	ALTO	ANCHO	LARGO
12500 Kg	2740 mm	2690 mm	7610 mm

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACION
ROCHA ZARAZA JEISON CAMILO	C.C. 1 069.7[illegible]

Escaneado con CamScanner

LOCATARIO APELLIDO(S) NOMBRE(S)

IDENTIFICACIÓN

LIMITACIONES A LA PROPIEDAD

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

STRIA TTOYTTE MCPAL FUNZA

FECHA REGISTRO	FECHA EXPEDICIÓN	FECHA VENCIMIENTO
26-03-2021	19-05-2021	******
ORIGEN	**DEC. IMPORTACIÓN**	**FECHA DE LEVANTE**
IMPORTACIÓN	352006000020295	09/02/2006



ESTA TARJETA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

TM0700001 5874

COSMOCOLOR-TM-20

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

TARJETA DE REGISTRO DE MAQUINARIA

Libertad y Orden

No. 70816

No. DE REGISTRO: MI004217	MARCA: NEW HOLLAND	LINEA: L218 LOADER	AÑO MODELO: 2012
TIPO DE MAQUINARIA: INDUSTRIAL	CLASE: MINICARGADOR		No. SERIE: NCM447634
COLOR(ES): AMARILLO	No. MOTOR: 100003		RODAJE: NEUMATICOS

PESO Y MEDIDAS SIN ACCESORIOS

PESO	ALTO	ANCHO	LARGO
2885 Kg	1974 mm	1829 mm	3585 mm

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): RODRIGUEZ JIMENEZ YUBER ARLEY

IDENTIFICACIÓN: C.C. 1.019.120.624

LOCATARIO APELLIDO(S) NOMBRE(S)

IDENTIFICACIÓN

LIMITACIONES A LA PROPIEDAD

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR: STRIA TTOYTTE MCPAL FUNZA

FECHA REGISTRO	FECHA EXPEDICIÓN	FECHA VENCIMIENTO
31-07-2017	08-07-2020	******

ORIGEN	DEC. IMPORTACIÓN	FECHA DE LEVANTE
IMPORTACIÓN	482013000273026	10/07/2013

COSMO-O-L3-19

ESTA TARJETA ... ORIO NACIONAL

TM07000003474

EMBRAGUES Y FRENOS DEL OCCIDENTE JC S.A.S.

Mecánica en general –Latonería Y Pintura
Diesel-Gasolina-Full Inyección
Mantenimiento Equipos de gas Vehicular
Montacargas y maquinaria amarilla

EMBRAGUES Y FRENOS DEL OCCIDENTE JC S.A.S.	MARCA: *NEW HOLLAND*	LINEA: *L218*	AÑO DE MODELO: *2012*	
PESO: *2885 KG*	ALTO: *1974 MM*	ANCHO *1829 mm*	LARGO: *3585 MM*	

TIPO DE MANTENIMIENTO	DETALLES	FECHA	PERSONA QUE INTERVINO
PREVENTIVO	CAMBIO DE ACEITE MOTOR, 250 HORAS DE TRABAJO.	2021/01/13	JOSE COLORADO
PREVENTIVO	CAMBIO DE TODO LOS FLUIDOS 1500 HORAS DE TRABAJO	2021/01/13	JOSE COLORADO

FIRMA AUTORIZADA Jose Colorado.

FIRMA Y SELLO DEL CLIENTE Arley Rodriguez

AV 6 # 41 A 75 BARRIO PRIMAVERA – CEL: 3133427787- 3204171007 - Bogotá, D.C. – Colombia e-mail: joseac1011@hotmail.com

EMBRAGUES Y FRENOS DEL OCCIDENTE JC S.A.S.

Mecánica en general –Latonería Y Pintura
Diesel-Gasolina-Full Inyección
Mantenimiento Equipos de gas Vehicular
Montacargas y maquinaria amarilla

EMBRAGUES Y FRENOS DEL OCCIDENTE JC S.A.S.	MARCA: *NEW HOLLAND*	LINEA: *L218 LOADER*	AÑO DE MODELO: *2012*	
PESO: *2885 KG*	ALTO: *1974 MM*	ANCHO *1829 mm*	LARGO: *3585*	

TIPO DE MANTENIMIENTO	DETALLES	FECHA	PERSONA QUE INTERVINO
PREVENTIVO	CAMBIO DE ACEITE MOTOR, 250 HORAS DE TRABAJO.	2013/03/13	JOSE COLORADO
PREVENTIVO	CAMBIO DE TODO LOS FLUIDOS 1500 HORAS DE TRABAJO	2014/02/25	JOSE COLORADO
PREVENTIVO	CAMBIO DE ACEITE MOTOR, 250 HORAS DE TRABAJO.	2014/05/17	JOSE COLORADO
PREVENTIVO	CAMBIO DE TODO LOS FLUIDOS 1500 HORAS DE TRABAJO	2015/07/28	JOSE COLORADO
PREVENTIVO	CAMBIO DE ACEITE MOTOR, 250 HORAS DE TRABAJO.	2015/12/18	JOSE COLORADO
PREVENTIVO	CAMBIO DE TODO LOS FLUIDOS 1500 HORAS DE TRABAJO	2016/02/17	JOSE COLORADO
PREVENTIVO	CAMBIO DE ACEITE MOTOR, 250 HORAS DE TRABAJO.	2016/07/10	JOSE COLORADO
PREVENTIVO	CAMBIO DE TODO LOS FLUIDOS 1500 HORAS DE TRABAJO	2017/01/12	JOSE COLORADO
PREVENTIVO	CAMBIO DE ACEITE MOTOR, 250 HORAS DE TRABAJO.	2017/06/24	JOSE COLORADO
PREVENTIVO	CAMBIO DE TODO LOS FLUIDOS 1500 HORAS DE TRABAJO	2018/01/18	JOSE COLORADO
PREVENTIVO	CAMBIO DE ACEITE MOTOR, 250 HORAS DE TRABAJO.	2018/07/26	JOSE COLORADO
PREVENTIVO	CAMBIO DE TODO LOS FLUIDOS 1500 HORAS DE TRABAJO	2019/01/23	JOSE COLORADO
PREVENTIVO	CAMBIO DE ACEITE MOTOR, 250 HORAS DE TRABAJO.	2019/07/2	JOSE COLORADO
PREVENTIVO	CAMBIO DE TODO LOS FLUIDOS 1500 HORAS DE TRABAJO	2020/02/17	JOSE COLORADO

FIRMA AUTORIZADA Jose Colorado

FIRMA Y SELLO DEL CLIENTE Arley Rodriguez

AV 6 # 41 A 75 BARRIO PRIMAVERA – CEL: 3133427787- 3204171007 - Bogotá, D.C. – Colombia e-mail: joseac1011@hotmail.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE OBRAS PUBLICAS Y TRANSPORTE
INSTITUTO NACIONAL DE TRANSPORTE Y TRANSITO

92-1462219
LICENCIA DE TRANSITO No.

PLACA UNICA	MARCA	LINEA	MODELO
FTD412	CHEVROLET		1981

CLASE DE VEHICULO	COLOR(ES)
VOLQUETA	AZUL BRUMA Y ERA ROJ

SERVICIO	CARROCERIA O TIPO	No. PTAS
PARTICULAR	VOLTEO	2

NUMERO DE MOTOR	GRAB	NUMERO DE SERIE	GRAB
10889161		CH05371	

NUMERO DE CHASIS	GRAB	CAPACIDAD TON	PASS
		15	

ANCHO	ALTO	LARGO	V. ANTERIOR	V. POSTERIOR	PESO KGS

ACTA	MAN	LUGAR (CIUDAD)	NUMERO	FECHA
		BOGOTA	33476	8

LICENCIA DE TRANSITO No. 92-1462219

PROPIETARIO: APELLIDOS Y NOMBRES
CAMILO LAVERDE C[illegible] JOSE E[illegible]CHABUR

TIPO DE DOCUMENTOS				No. DE IDENTIFICACION	DE
C.C.	NIT	C.E.	OTRO		
XX				1425803	FACATATIVA

DIRECCION

CIUDAD	TELEFONO	ULTIMO TRAMITE
		CAMBIO DE PLACAS

LIMITACION A LA PROPIEDAD
[illegible]A GENERAL MOTORS XXXXXXXXXXX

ORGANISMO DE TRANSITO	FECHA DE EXPEDICION		
	DIA	MES	AÑO
MOSQUERA	16	12	1983

FIRMA Y SELLO DE AUTORIDAD QUE EXPIDIO

SOAT

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

FECHA DE EXPEDIC AÑO | MES | DIA	VIGENCIA DESDE LAS DE HORAS DEL AÑO | MES | DIA	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL AÑO | MES | DIA
2022-02-05	2022-02-06	2023-02-05

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE VEHICULO	SERVICIO	CILINDRAJE/KVA	MODELO
11192400012440	FTD412	CARGA O MIXTO	PARTICULAR	14011	1981

PASAJEROS	MARCA	CARROCERIA
2	CHEVROLET	SRS

LÍNEA VEHICUL	No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD
BRIGADIER 229	10889161	CH053711		15.00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELEFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL	No. DE DOCUMENTO DEL	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
CARDENAS ROCHA, PEDRO FAVIAN	3202370456	CC	11258479	FUSAGASUGA

CÓDIGO DE ASEGURADORA	COD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1329	10	988198063	0	FUSAGASUGA

TARIF	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN SYNDROM	TASA RUNT
320	$ 694500	$ 361100	$ 1900

TOTAL A PAGAR

$ 1057500

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS	800	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS
B. INCAPACIDAD PERMANENTE	180	
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	
D GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	10	

FIRMA AUTORIZADA

Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos: Con el fin de evitar duplicidad de amparos, en aquellos eventos en que la aseguradora llegara a evidenciar que existe otra póliza vigente, ésta procederá a modificar la vigencia de la (segunda) póliza expedida (expedida con posterioridad), iniciando la vigencia de la misma a partir del vencimiento de la póliza que ya se encuentra registrada en el RUNT.

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

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

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 Foryga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.

Protección de datos personales:

Como consumidor financiero obrando a nombre propio o de un tercero debidamente facultado para ello, autorizo de manera previa, expresa e informada a SEGUROS DEL ESTADO S.A Y SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A. (las Aseguradoras) para que mis datos personales y sensibles sean tratados con las siguientes finalidades:

a) La gestión y ejecución integral del contrato de seguros al vincularme como cliente, hacer transferencia nacional o internacional cuando sea necesario para la prestación del servicio.

b) Recibir, procesar y compartir mi información con su grupo empresarial, filiales o subsidiarias, centrales de riesgo, proveedores, intermediarios de Seguros, canales de comercialización y otros encargados del tratamiento que resulten necesarios para la celebración, ejecución o extinción de seguros, estadísticas y/o solicitud o reporte del cumplimiento de las obligaciones contractuales, financieras o crediticias a centrales de información y de riesgos.

c) Para las demás contempladas en las disposiciones legales vigentes y en la política de Tratamiento de Datos de las Aseguradoras.

d) Para el envío de información, beneficios, ofertas de productos, incluida su prórroga, recordar el vencimiento de la póliza, renovación o modificación, fines comerciales y para ser contactado directamente o a través de sus canales de comercialización.

Será facultativo la autorización de las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles o de menores de edad. Como Titular de mis datos personales tengo derecho a conocerlos, actualizarlos, rectificarlos, y solicitar la supresión cuando proceda, de conformidad con las Políticas de Tratamiento de Datos publicadas en las páginas www.segurosdelestado.com y www.segurosdevidadelestado.com Los responsables del tratamiento de sus datos son las ASEGURADORAS.

El Titular podrá ejercer sus derechos a través de cualquiera de los canales establecidos para tal fin, como lo son:
- Oficinas de SEGUROS DEL ESTADO a nivel nacional.
- Sitio web: A través de las páginas www.segurosdelestado.com y www.segurosdevidadelestado.com
- Contáctenos. Correo electrónico: info@segurosdelestado.com

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. 158811597

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CDA REVISION TECNICO MECANICA Y DE GASES FUSA

NIT: 901227244

No. de Certificado de Acreditación: 21-CDA-074

Fecha de expedición: 2022/03/25

Fecha de vencimiento: 2023/03/25

DATOS VEHÍCULO

PLACA: FTD412

CLASE: TRACTOCAMION

MARCA: CHEVROLET

MODELO: 1981

SERVICIO: Particular

COMBUSTIBLE: DIESEL

CILINDRAJE: 14011

NRO. MOTOR: 10889161

NRO. CHASIS: CH053711

VIN:

LÍNEA: BRIGADIER 229

COLOR: AZUL

NOMBRE PROPIETARIO: CAMILO LAVERDE y otro(s)

FIRMA DEL RESPONSABLE

LORENA ISABEL LOPEZ ALVAREZ

minerva 10-03

www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha (D / M / A)	Empleo o cargo al que aspira

I. INFORMACION GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT



Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
JIMENEZ BECERRA	CARLOS
Fecha de nacimiento (D / M / A)	**Lugar de nacimiento**
27 / 03 / 71	TOCA - BOYACA
Dirección domicilio / Barrio	**Ciudad**
CLL 138C 135-13 STA RITA	BOGOTA D.C
Teléfono	**No. Celular**
	3118456213
Correo electrónico	**Nacionalidad**
carlosjimbec1970@gmail.com	COLOMBIANO
Profesión, ocupación u oficio	**(*) Estado civil** / **Años de experiencia laboral**
CONDUCTOR	UNION LIBRE / 12 AÑOS

DOCUMENTACION

(**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995

Cédula de ciudadanía: [X] N° 74.333.573	(**) Libreta militar N°		Primera clase: [ ]
Extranjería: [ ] Expedida en: TOCA - BOYACA		Distrito N°	Segunda clase: [ ]
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si [ ] No [X]	Licencia de conducción N°	Categoría

II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si [ ] No [X]	¿En qué empresa?	Empleado [ ] Independiente [ ]	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Si [ ] No [X]	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si [ ] No [X]	Fecha (D / M / A)	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si [ ] No [X] — Nombre / Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si [ ] No [X]	Nombre / Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio [ ] Amigo [ ] Redes Sociales [ ] Por medio de agencia [ ] Otro [ ] ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si [X] No [ ]	Vive en casa: ¿Familiar? [ ] ¿Propia? [X] ¿Alquilada? [ ]	Nombre del arrendador	Teléfono / ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si [ ] No [X]	Describalo e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $	
¿Por qué conceptos?		¿Cuanto es su aspiración salarial? $ EL ASIGNADO	
¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte? Si [ ] No [X] ¿Cuál(es)?		

¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros?

Si [ ] No [X] ¿Cuál(es)?

minerva © by Legis. Prohibida su reproducción. Se denunciarán penalmente las falsificaciones

REV. 05-2013

99926635

Escaneado con CamScanner

IV. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa (o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja
LUZ DENIS AVILEZ V.	AMA DE CASA	

Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad

No. de personas que dependen económicamente de usted	Parentesco	Edades
3	ESPOSA - HIJO - MADRE	46 - 16 - 76

Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
RAFAEL JIMENEZ	AGRICULTOR	
BLANCA BECERRA	AMA DE CASA	

Nombre(s) hermano(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
MERCEDES, RAFAEL, ANA		
CECILIA, GABRIEL, CARMENZA		

V. EDUCACION Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria	1983	5	ELEMENTAL	ESCUELA RURAL SAN ANTONIO	TOCA BOYACA
Bachillerato Académico / Técnico / Comercial / Otro					
Educación Superior Técnico / Tecnológico / Profesional					
Posgrados					

Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa	Institución
Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa	Institución

¿Cursa estudios actualmente? Si / No	¿Qué tipo de estudios?	Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa

Nombre de la institución	Horario			
		Diurno	Fin de semana	
		Nocturno	A distancia	

OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de domino **R-Regular (50 a 60%) B-Bueno** (61 a 80%) **MB-Muy Bueno** (81 a 100%)

Sistemas Sí / No	1.	R	B	MB	3.	R	B	MB
¿Qué programas maneja?	2.	R	B	MB	4.	R	B	MB

Idiomas Sí / No		Escucha			Lectura			Escritura			Habla		
¿Qué idioma(s) conoce?	1.	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
	2.	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

Nota: en caso de ser contratado(a) favor preparar toda la documentación.

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ULTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO. COMENZANDO POR EL ULTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MAS DETALLES UTILICE LA ULTIMA PAGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERAN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL

Nombre de la última o actual empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
RPH		CLL 131 50-42	3187070390

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
CONDUCTOR		D 19 M 07 A 13	D 26 M 06 A 20	$	$

Funciones realizadas: TRANPORTAR DUCTOS DE AIRE ACONDICIONADOS Y DERIVADOS

Nombre de su jefe inmediato	Cargo

Logros obtenidos:

Tipo de contrato: Indefinido [ ] ¿Cuánto tiempo? Fijo [X] — Contrato directo con la empresa [X] Otro [ ] ¿Cuál? — Contrato por medio de agencia [ ]

Horario de trabajo: Tiempo completo [X] 1/2 Tiempo [ ] Por horas [ ] Jornada: Diurna [ ] Nocturna [ ] Otra jornada [ ]

Motivo del retiro:

Escaneado con CamScanner

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial $	Sueldo Final $

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo? Fijo ☐ Contrato directo con la empresa ☐ Contrato por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cuál?

Horario de trabajo: Tiempo completo ☐ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐ Jornada: Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐

Motivo del retiro

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial $	Sueldo Final $

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo? Fijo ☐ Contrato directo con la empresa ☐ Contrato por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cuál?

Horario de trabajo: Tiempo completo ☐ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐ Jornada: Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐

Motivo del retiro

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre: AMARLIS SOLANO V.	Ocupación: AMA DE CASA	Dirección:	Teléfono: 3106261831
2.	Nombre: MANOLO DIAZ	Ocupación: CONDUCTOR	Dirección:	Teléfono: 3185654695
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre: CARLOS CARDOSO	Ocupación: CONDUCTOR	Dirección:	Teléfono: 3133785034
2.	Nombre: LUZ D. AVILEZ V.	Ocupación: AMA DE CASA	Dirección:	Teléfono: 3205151865

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. X (Marque con una X)

Nota importante

Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.

Certificación

Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T, Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 107 (Legis)

Firma del solicitante

Carlos Tarazona
C.C. 74.333.573

minerva

Escaneado con CamScanner

SOAT

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

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA								
AÑO	MES	DÍA	DESDE LAS 00 HORAS DEL	AÑO	MES	DÍA	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL	AÑO	MES	DÍA
2021	01	18		2021	01	19		2022	01	18

ASEGURADORA

sura

890.903.407 – 9

No. DE PÓLIZA.	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
26134649	OCK565	VOLQUETA	PARTICULAR	7636	2014

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
2	INTERNATIONAL	

LÍNEA VEHÍCULO
43004X2

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
466HM2U2203322	3HAMMAAR5EL499392	3HAMMAAR5EL499392	9193.0

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No.DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
YUBER ARLEY RODRIGUEZ	3196647803	CEDULA	1019120624	

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1318	248	4999		

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
320	$ 626,800	$ 313,400	$ 1,800

TOTAL A PAGAR $ 942,000

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



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 SURAMERICANA S.A para almacenar y usar mis datos personales con la finalidad de vincularme como cliente de SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A; para el tratamiento los mismos, incluso datos biométricos, que es un dato sensible, con el fin de ejecutar el contrato, entregar, transmitir o compartir mi información con: Centrales de Riesgo para reportar mi comportamiento crediticio; con proveedores, Intermediarios de Seguros, Compañía matriz, filiales y subsidiarias; para ser contactado para el envío de información y ofertas de productos; para las demás contempladas en la política de privacidad.

Las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles son facultativas. Como Titular de sus datos tiene derecho a conocerlos, actualizarlos, revocar y conocer la autorización para su tratamiento, solicitar la supresión cuando proceda y acceder en forma gratuita a los mismos.

El responsable del tratamiento de sus datos es SURAMERICANA S.A, para ejercer los derechos sobre éstos comunicarse al 437 8888 (Medellín, Bogotá y Cali) resto del país 01 800051888. Para conocer las políticas de privacidad visite www.segurossura.com.co"

POLIZA ESPECIAL PARA VEHICULOS PESADOS

Liberty Seguros S.A.

RAMO	PRODUCTO	PÓLIZA	CERTIFICADO	DOCUMENTO	TIPO VEHICULO
104	6039	410495	0	1	PESADO

TIPO DE DOCUMENTO	Alta de Póliza

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN		SUC / ADN	VIGENCIA DEL SEGURO				VIGENCIA DOCUMENTO		DÍAS
			DESDE		HASTA		DESDE	HASTA	
BOGOTÁ, D.C	2020-SEP-10	2000221	2020-SEP-02	HI 00:00 HORAS	2021-SEP-02	HF 00:00 HORAS	2020-SEP-02	2021-SEP-02	365

TOMADOR

NOMBRE:	YUBER ARLEY RODRIGUEZ JIMENEZ				
TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN:	C.C. 1019120624	TELÉFONO:	3196647803	CIUDAD:	BOGOTÁ, D.C
DIRECCIÓN:	CL 136 157 A 10				

ASEGURADO

NOMBRE:	YUBER ARLEY RODRIGUEZ JIMENEZ				
TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN:	C.C. 1019120624	TELÉFONO:	3196647803	CIUDAD:	BOGOTÁ, D.C
DIRECCIÓN:	CL 136 157 A 10				

CONDUCTOR

NOMBRE:	YUBER ARLEY RODRIGUEZ JIMENEZ				
TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN:	C.C. 1019120624	TELÉFONO:	3196647803	CIUDAD:	BOGOTÁ, D.C
DIRECCIÓN:	CL 136 157 A 10				

BENEFICIARIO

NOMBRE:	YUBER ARLEY RODRIGUEZ JIMENEZ				
TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN:	C.C. 1019120624	TELÉFONO:	3196647803	CIUDAD:	BOGOTÁ, D.C
DIRECCIÓN:	CL 136 157 A 10				

COD	MARCA	CLASE	TIPO	MODELO	PLACA	USO	MOTOR	CHASIS
03626093	INTERNATIONAL	VOLQUETA	4300	2014	OCK565	CARGA NACIONAL	466HM2U22033	3HAMMAAR5EL499392

AMPAROS	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLES	
		% / $	Mínimo S.M.M.L.V
Responsabilidad Civil Extracontractual	$ 2,500,000,000	$2.500.000	
Pérdida Total por Hurto	$ 159,900,000	$0	
Pérdida Total por Daños	$ 159,900,000	$0	
Pérdida Parcial por Daños	$ 159,900,000	$4.400.000	
Pérdida Parcial por Hurto	$ 159,900,000	$4.400.000	
Temblor, Terremoto o erupción Volcánica	$ 159,900,000	$950.000	
Amparo Patrimonial	INCLUIDA		
Asistencia Jurídica Penal	$ 13,385,074		
Asistencia Jurídica Civil	$ 6,770,660		
Asistencia en viaje	INCLUIDA		
Accidentes Personales	$ 40,000,000		
Asistencia Odontológica	INCLUIDA		
Exequias	INCLUIDA		
Lucro Cesante	INCLUIDA		

AÑOS DE EXPERIENCIA	DESCUENTO COMERCIAL
0	0%
FORMA DE COBRO	FECHA LÍMITE DE PAGO
Anual	2020-OCT-25

No. RECIBO	FECHA INICIO COBRO	FECHA FIN COBRO
34931929	2020-SEP-02	2021-SEP-02

PRIMA VIGENCIA	$	4,053,941
TASA DE CAMBIO		1.00
TOTAL PRIMA PESOS	$	4,053,941
GASTOS DE EXPEDICIÓN	$	5,877
IVA		771,366
TOTAL A PAGAR	$	4,831,184

OBSERVACIONES

CONDICIONES GENERALES | Versión Abril 2020: 27/04/2020-1333-P-03-AUTO00050001C030-DR0I

DETALLES DEL CASO: 201118221
REEMPLAZA POLIZA 94039681

PARTICIPACIÓN INTERMEDIARIO

CLAVE	INTERMEDIARIO	TELÉFONO	% PART.
4044021	ABILITY AGENCIA DE SEGUROS E INV. LTDA.	2514967	100%

COASEGURADOR

CÓDIGO CÍA	COMPAÑÍA	% PART.	TIPO
1	LIBERTY SEGUROS S.A	100%	A

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁN LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ARTICULO.1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

El valor asegurado de los amparos de Daños, Hurto y Terremoto corresponde al valor asegurado total del vehículo incluyendo el valor de los accesorios. El valor asegurado del vehículo corresponde al valor relacionado para el código registrado en el campo CODIGO FASECOLDA de este documento, en la guía de valores FASECOLDA que se tuvo en cuenta para la fecha de la expedición del presente contrato.

Las condiciones generales de tu póliza se encuentran disponibles para tu descarga en nuestra página web www.libertyseguros.co en la ruta: Nuestros productos \ Liberty Autos \ Autos \ Sección Clausulados. Si prefieres puedes solicitarlo en nuestra Unidad de Servicio al Cliente, línea nacional gratuita 01 8000 113390, Bogotá 3 07 70 50 email: atención.cliente@libertyseguros.co

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES SEGÚN RESOLUCIÓN NO. 000041 DEL 30-ENERO-2014
ACTIVIDAD ECONÓMICA No 6511 IVA RÉGIMEN COMÚN

NOTIFICACIONES 221-SUCURSAL RILATO BOGOTA BOGOTÁ, D.C CL 72# 10-07
UNIDAD DE SERVICIO AL CLIENTE: BOGOTA 3077050 - LINEA NACIONAL 018000 113390

(415)7707274730185(8020)000000000000034931929(3900)04831184(96)20201025

NÚMERO REFERENCIA PARA PAGO 34931929

RAMO	PRODUCTO	PÓLIZA	CERTIFICADO	DOCUMENTO	TIPO VEHICULO
104	6039	410495	0	1	PESADO

PARTICIPACIÓN INTERMEDIARIO			
CLAVE	INTERMEDIARIO	TELÉFONO	% PART.

COASEGURADOR			
CÓDIGO CÍA	COMPAÑÍA	% PART.	TIPO
1	LIBERTY SEGUROS S.A	100%	A

TOMADOR
FIRMA AUTORIZADA

ASEGURADO
FIRMA AUTORIZADA

LIBERTY SEGUROS S.A. NIT 860.039.988-0
FIRMA AUTORIZADA

TE DAMOS MÚLTIPLES OPCIONES PARA PAGAR TU PÓLIZA.

Liberty Formas de Pago

Liberty Financia YA
Puedes obtener diferentes planes de financiación, con el número de cuotas que más se adapte a tus necesidades.

pse Pagos Seguros En línea
Débito a cuenta corriente o de ahorros desde nuestra página web.

DÉBITO AUTOMÁTICO

BANCOS
Bancolombia, Citibank, Banco de Occidente.

CORRESPONSALES BANCARIOS:
Carulla, Éxito, Surtimax, Colsubsidio, Copidrogas, Vía Baloto, Edeq y Servi Pagos.

TARJETA DE CRÉDITO
Pagos en Internet con tarjeta de crédito desde nuestra página web.

Ingresa a **www.libertycolombia.com.co**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES SEGÚN RESOLUCIÓN NO. 000041 DEL 30-ENERO-2014
ACTIVIDAD ECONÓMICA No 6511 IVA RÉGIMEN COMÚN

Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10020364019

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
OCK565	INTERNATIONAL	4300 4X2	2014

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
7.636	BLANCO	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
VOLQUETA	PLATON	DIESEL	9193

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
466HM2U2203322	N	3HAMMAAR5EL499392

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
3HAMMAAR5EL499392	N	3HAMMAAR5EL499392	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
MELO QUINTERO NIDIA CAROLINA	C.C. 1010218475

Escaneado con CamScanner

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
******

POTENCIA HP
245

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
192013000022852

I/E
I

FECHA IMPORT.
19/03/2013

PUERTAS
2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******



FECHA MATRÍCULA
26/04/2013

FECHA EXP. LIC. TTO.
26/02/2020

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

SDM - BOGOTA D.C.

LT06002782981

Escaneado con CamScanner

SOAT

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

ASEGURADORA

sura

890.903.407 – 9

FECHA DE EXPEDICIÓN	AÑO	MES	DÍA
	2022	01	15

VIGENCIA	AÑO	MES	DÍA
DESDE LAS 00 HORAS DEL	2022	01	19
HASTA LAS 23:59 HORAS DEL	2023	01	18

No. DE PÓLIZA.	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
28069467	OCK565	VOLQUETA	PARTICULAR	7636	2014

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
2	INTERNATIONAL	

LÍNEA VEHÍCULO
43004X2

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
466HM2U2203322	3HAMMAAR5EL499392	3HAMMAAR5EL499392	9193.0

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No.DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
YUBER RODRIGUEZ	3196647803	CEDULA	1019120624	

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1318	248	4999		

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN ADRES	TASA RUNT
320	$ 694,500	$ 361,100	$ 1,900

TOTAL A PAGAR $ 1,057,500

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

FIRMA AUTORIZADA



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 SURAMERICANA S.A para almacenar y usar mis datos personales con la finalidad de vincularme como cliente de SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A; para el tratamiento los mismos, incluso datos biométricos, que es un dato sensible, con el fin de ejecutar el contrato, entregar, transmitir o compartir mi información con: Centrales de Riesgo para reportar mi comportamiento crediticio; con proveedores, Intermediarios de Seguros, Compañía matriz, filiales y subsidiarias; para ser contactado para el envío de información y ofertas de productos; para las demás contempladas en la política de privacidad.

Las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles son facultativas. Como Titular de sus datos tiene derecho a conocerlos, actualizarlos, revocar y conocer la autorización para su tratamiento, solicitar la supresión cuando proceda y acceder en forma gratuita a los mismos.

El responsable del tratamiento de sus datos es SURAMERICANA S.A, para ejercer los derechos sobre éstos comunicarse al 437 8888 (Medellín, Bogotá y Cali) resto del país 01 800051888. Para conocer las políticas de privacidad visite www.segurossura.com.co"

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. 157347362

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CENTRO MOTOR AVENIDA BOYACA

NIT: 900274028

No. de Certificado de Acreditación: 10-OIN-050-001

Fecha de expedición: 2022/01/06

Fecha de vencimiento: 2023/01/06

DATOS VEHÍCULO

PLACA: OCK565

CLASE: VOLQUETA

MARCA: INTERNATIONAL

MODELO: 2014

SERVICIO: Particular

COMBUSTIBLE: DIESEL

CILINDRAJE: 7636

NRO. MOTOR: 466HM2U2203322

NRO. CHASIS: 3HAMMAAR5EL499392

VIN: 3HAMMAAR5EL499392

LÍNEA: 4300 4X2

COLOR: BLANCO

NOMBRE PROPIETARIO: YUBER A. RODRIGUEZ J.

FIRMA DEL RESPONSABLE

LUDY ADELA GONZALEZ BERNAL



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 74.333.573
JIMENEZ BECERRA
APELLIDOS
CARLOS
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 26-MAR-1970
TOCA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
20-OCT-1990 TOCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

Escaneado con CamScanner



CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL SAS.
Nit: 830.082.968-6
Licencia Salud Ocupacional Resolución No. 7095/2015
202120658

Se certifica que al señor(a):	**CARLOS JIMENEZ BECERRA**
Identificado(a) con documento:	**CC 74333573**
Se le practicaron los exámenes:	**AUDIOMETRIA** **EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL** **GLICEMIA** **VISIOMETRIA**
Tipo de exámen:	**PREOCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR**
Empresa:	**ARK INGENIERIA SAS**
Cargo:	**CONDUCTOR**
Fecha:	**15/12/2021**

Los exámenes arrojaron como resultado: **APTO SIN RESTRICCIÓN**

Restricciones:

NO

Recomendaciones laborales:

APTO PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR.

USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDOS.
HIGIENE POSTURAL.
PAUSAS ACTIVAS.
CAPACITACIÓN PARA EL MANEJO ADECUADO DE CARGAS.

USO DE CORRECCION OPTICA, EN VISION CERCANA.
EVITAR EXPOSICION A NIVELES ELEVADOS DE RUIDO SIN LA ADECUADA PROTECCION AUDITIVA.
CONDUCIR CON VENTANILLA CERRADA.

CUMPLIR LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS DEL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA RESOLUCIÒN 000666 DEL 24 DE ABRIL DE 2020 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL.

Recomendaciones generales:

CONTROL MEDICO POR EPS. CONTROL DE CIFRAS DE TENSION ARTERIAL.

CONTROL AUDITIVO ANUAL.

REALIZAR CONTROL MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL ANUAL O, ACORDE AL PROFESIOGRAMA DE LA EMPRESA.

ACTUALMENTE NO PRESENTA NI REFIERE SIGNOS, SÍNTOMAS NI COMORBILIDAD ASOCIADA A COVID-19 DE ACUERDO CON CIRCULAR EXTERNA 030 DEL 8 DE MAYO DE 2020 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL.

REALIZAR: LAVADO PERMANENTE DE MANOS CON AGUA Y JABÓN. USO PERMANENTE DE TAPABOCAS. ETIQUETA RESPIRATORIA. DISTANCIAMIENTO SOCIAL. CONTROL DIARIO DE CONDICIÓN DE SALUD, REPORTAR EN FORMA OPORTUNA SINTOMATOLOGIA RELACIONADA CON COVID-19.



DR. PEDRO PABLO PEREZ SUAREZ
MEDICO - ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LICENCIA :3804 DE 2018

CARLOS JIMENEZ BECERRA
CC 74333573

Certifico, que los datos aportados por mí en la presente historia clínica son verídicos y no he omitido información actual o de antecedentes de mi salud, me hago responsable de la misma conociendo las implicaciones legales; así mismo, he recibido información clara por parte del personal médico sobre el procedimiento realizado y he conocido el resultado para acatar las recomendaciones

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 74333573

NOMBRE

CARLOS JIMENEZ BECERRA

FECHA DE NACIMIENTO

26-03-1970

RH

O+

FECHA DE EXPEDICIÓN

18-09-2018

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR



ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR

SDM - BOGOTA D.C.

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B2	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO CAMPERO, CAMIONETA MICROBUS, CAMION BUSETA Y BUS	18-09-2028	PARTICULAR
C2	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CAMPERO CAMIONETA MICROBUS, CAMION BUSETA Y BUS	18-09-2021	PUBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC06000951830

Escaneado con CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9007663088
9007663088

No. de Radicación: 21641539
Fecha de Radicación: 12 05 2021

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: JIMENEZ	Segundo Apellido: BECERRA	Primer Nombre: CARLOS	Segundo Nombre:

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	74333573	Femenino [ ] Masculino [X]	D 26 D M 03 M A A 1970 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
	Tipo F N M Condición T P			SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$908.526	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna / Departamento

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

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	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	Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios 29. Parentesco	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	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

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

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)
ARK INGENIERIA SAS	NT	901447769	

39. Ubicación				
CL 136 157 A 10 Dirección	3196647803 Teléfono	Correo electrónico	BOGOTA Municipio / Distrito	DISTRITO CAPITAL Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D 12 D M 05 M A 2021 A

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

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

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. 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: CONDUCTOR DE REMOLQUE

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.

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

VIGILADO Supersalud

Medellín, 11 de mayo de 2021

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de ARK INGENIERIA SAS que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C74333573	JIMENEZ BECERRA CARLOS	12/05/2021		36161147	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 11/05/2021 15:51:18 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 45.238.183.255, 198.143.41.13, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CARLOS JIMENEZ BECERRA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **74333573,** se encuentra afiliado/a desde **01/07/2007** 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 13 de mayo de 2021.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SOAT

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

Seguros mundial

tu compañía siempre

FECHA DE EXPEDICIÓN	VIGENCIA	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL
2022 8 17	2022 8 18	2023 8 17

No. DE POLIZA	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
83811721 - 600003947	SSE096	CARGA O MIXTOS	PUBLICO	5700	1956

PASAJEROS	MARCA	CARROCERIA
2	FORD	PLATON

LINEA VEHICULO	No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
F 600	08G0131265	F60Z6E25588	NA	6,00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELEFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
NELSON HERNANDO AMAYA MORENO	3107930715	CC	11257510	FUSAGASUGA

CODIGO DE ASEGURADORA	COD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
1317	23	13158	83811721	25290

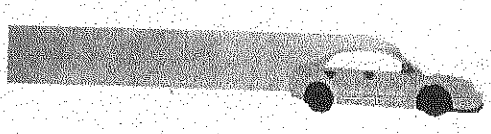
TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
32	$ 694.500	$ 361.100	$ 1.900

TOTAL A PAGAR

$ 1.057.500

FIRMA AUTORIZADA

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	800	SALARIOS
B. INCAPACIDAD PERMANENTE	180	MÍNIMOS
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	LEGALES
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	10	DIARIOS VIGENTES



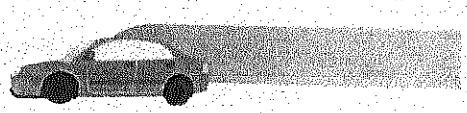
SEGURO TER-CERO

Ter-cero

Te respalda en caso de que [illegible] un accidente de tránsito y [illegible] daños a otros.

Consulta más información con el asesor [illegible] quien adquirió este SOAT o ingresa en:

www.segurotercero.com



Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]

En caso de accidente de tránsito:

- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]

Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos

- [illegible]

Habeas data

[illegible]

BENEFICIOS!

registro.tubeneficiomundial.com

www.tubeneficiomundial.com

Digitally signed by COMPANIA MUNDIAL DE SEGUROS SA
Date: 2022.08.17 16:58:58 -05:00

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

Libertad y Orden

RUNT

CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 152768817

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CONTROL AUTOS DE FUSAGASUGA S.A.S

NIT: 900336502

No. de Certificado de Acreditación: 10-OIN-084-001

Fecha de expedición: 2022/09/27

Fecha de vencimiento: 2023/09/27

DATOS VEHÍCULO

PLACA: PFA337

CLASE: VOLQUETA

MARCA: CHEVROLET

MODELO: 1984

SERVICIO: Particular

COMBUSTIBLE: DIESEL

CILINDRAJE: 5600

NRO. MOTOR: PFA33708G0100014

NRO. CHASIS:

VIN:

LÍNEA: C 70

COLOR: ROJO

NOMBRE PROPIETARIO: CARLOS E. MOGOLLON

FIRMA DEL RESPONSABLE

NOHORA ALICIA ALCARCEL CEPEDA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10022989890

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
PFA337	CHEVROLET	C 70	1984

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
5.600	ROJO	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
VOLQUETA	PLATON	DIESEL	7000

NÚMERO DE MOTOR: PFA337T09G0100014 — REG: N — VIN: ******

NUMERO DE SERIE: CM459420 — REG: N — NÚMERO DE CHASIS: ****** — REG: N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): GARCIA AMAYA JOSE GABRIEL — IDENTIFICACIÓN: C.C. 82395332

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE: *******

POTENCIA HP: 0

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN

IE: I

FECHA IMPORT.

PUERTAS: 0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

****

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC. TTO.	FECHA VENCIMIENTO
21/02/1998	24/05/2021	******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA DE MOVILIDAD MPAL FUSAGASUGA

LT01008652881

SOAT

FECHA DE EXPEDICIÓN: 2022 9 5 — VIGENCIA: 2022 9 6 — HASTA LAS 24 HORAS DEL: 2023 9 5

No. DE PÓLIZA: 83941294 / 602304394

PLACA No.: PFA337

CLASE DE VEHÍCULO: CARGA O MIXTOS

SERVICIO: PARTICULAR

No. PASAJEROS: 2

MARCA: CHEVROLET

LÍNEA / REFERENCIA: C 70

CILINDRAJE: 5600

MODELO: 1984

CARROCERÍA: PLATON

No. MOTOR: PFA33708G0100014

No. CHASIS o SERIE: PFA33708G0100014

No. VIN: NA

CAPACIDAD TON: 7,00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: JOSE GARCIA AMAYA

IDENTIFICACIÓN DEL TOMADOR: 3105586638

TIPO DE DOCUMENTO DEL PROPIETARIO: CC

No. DOCUMENTO DEL PROPIETARIO: 823965332

CIUDAD DE MATRÍCULA VEHÍCULO: FUSAGASUGA

CLASIFICACIÓN ASEGURADORA: 1317

CLASE SINIESTRO: 31

CLASE PRODUCTO: 80002457

No. FORMULARIO: 83941294

CLASE EXPOSICIÓN: 5001

PASAJEROS: 32

PRIMA SOAT: $ 694.500

CONTRIBUCIÓN FONSAT: $ 361.100

OTROS COBROS: $ 1.900

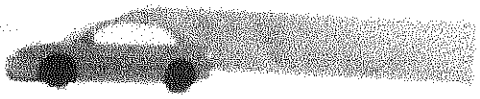
TOTAL A PAGAR: $ 1.057.500

FIRMA AUTORIZADA

AMPARO MUERTE ACCIDENTAL

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	





Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

En caso de accidente de tránsito:

Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10012137648

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
SSE096	FORD	F 600	1956

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
6.700	VERDE	PÚBLICO

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
VOLQUETA	PLATON	DIESEL	6000

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
08G0131265	N	F60Z6E25588

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
F60Z6E25588	N	F60Z6E25588	S

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
AMAYA MORENO NELSON HERNANDO	C.C. 11257510

RESTRICCIÓN MOVILIDAD	BLINDAJE	POTENCIA HP
	******	0

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN	I/E	FECHA IMPORT.	PUERTAS
1413	I	22/01/1956	2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC. TTO.	FECHA VENCIMIENTO
15/02/1961	18/07/2016	******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTEYMOV CUND/RICAURTE



LT01006851245

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

Libertad y Orden

RUNT

REGISTRO UNICO NACIONAL DE TRANSITO

CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 157636795

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CONTROL AUTOS DE FUSAGASUGA S.A.S

NIT: 900336502

No. de Certificado de Acreditación: 10-OIN-084-001

Fecha de expedición: 2022/01/21

Fecha de vencimiento: 2023/01/21

DATOS VEHÍCULO

PLACA: SSE096

CLASE: VOLQUETA

MARCA: FORD

MODELO: 1956

SERVICIO: Público

COMBUSTIBLE: DIESEL

CILINDRAJE: 5700

NRO. MOTOR: 08G0131265

NRO. CHASIS: F60Z6E25588

VIN: F60Z6E25588

LÍNEA: F 600

COLOR: VERDE

NOMBRE PROPIETARIO: NELSON H. AMAYA M.

FIRMA DEL RESPONSABLE

NOHORA ALICIA ALCARCEL CEPEDA

CONTRATO DE OBRA No. 0586-2022

OBJETO: "REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE INTEGRACIÓN E INNOVACIÓN SOCIAL DE FUSAGASUGÁ"

INFORME MENSUAL No. 005
CENTRO DE INTEGRACION E INNOVACION SOCIAL DE FUSAGASUGA

ANEXO 10 CARACTERIZACION DE ACCIDENTALIDAD

FUSAGASUGA, ENERO 2023

CÓDIGO	FORMATO	VERSIÓN	
FO-GIP-069	FORMATO No. 20 - CARACTERIZACIÓN DE ACCIDENTES / INCIDENTES/ TERCEROS	2.0	

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 31/01/2023

CONTRATO DE OBRA No. **0586-2022**

OBJETO OBJETO:"REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE INTEGRACION E INNOVACIÓN SOCIAL DE FUSAGASUGÁ"

PERIODO DE INF **1/01/2023** **A** **31/01/2023**

No.	EVENTO		FECHA DE OCURRENCIA	TIPO DE VINCULACION				TERCERO	NOMBRE ACCIDENTADO	CEDULA	CARGO	DIAS DE INCAPACIDAD	DIAS PERDIDOS	DIAS CARGADOS	EDAD (años)			GÉNERO		JORNADA DE TRABAJO		DIA DE OCURRENCIA	AREA DE LABOR DEL ACCDENTADO	PROCESO O LUGAR DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE	TIPO DE ACCIDENTE	SEVERIDAD DEL ACCIDENTE	CLASE DE ACCIDENTE	AGENTE DEL ACCIDENTE	AGENTE DE LA LESION	TIPO DE LESION	PARTE DEL CUERPO AFECTADA	CAUSAS BASICAS (Según NTC 3701)				CAUSAS INMEDIATAS (Según NTC 3701)				COSTO TOTAL	MEDIDAS DE INTERVENCION/ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS	FECHA DE CUMPLIMIENTO	FECHA DE SEGUIMIENTO
	CON TIEMPO PERDIDO	SIN TIEMPO PERDIDO		DIRECTA	INDIRECTA	VISITANTE	OTRO								< 20	20 a 40	> 40	MASCULINO	FEMENINO	DIURNA	NOCTURNA											CODIGO	FACTORES PERSONALES	CODIGO	FACTORES DE TRABAJO	CODIGO	ACTOS SUBESTANDARES	CODIGO	CONDICIONES SUBESTANDARES				
1		X	12/09/2022		X				VICTOR ALFONSO CARDOZO JIMENEZ	1056929914	OPERARIO	45				X		X		X		12/09/2022	OBRA	OBRA	CAIDA DE OBJETO	LEVE	POR EXPOSICION	FISICO	FISICO	FRACTURA	MANO				X		X				CHARLAS DE AUTO CUIDADO	13/09/2022	13/09/2022
2		X	17/11/2022		X				FELIPE MEGIA	1030527209	AYUDANTE	4				X		X		X		17/11/2022	OBRA	OBRA	CAIDA DE OBJETO	LEVE	EXPOSICION	FISICO	FISICO	APLASTAMIENTO LEVE	CUELLO				X		X				CHARLAS DE AUTO CUIDADO Y MEDIDAS PREVENTIVAS	18/1172022	18/11/2022
3		X	9/12/2022		X				EVERLEY MUÑOZ LEON	80442717	AYUDANTE	4					X	x		x		9/12/2022	OBRA	OBRA	LEVANTAMIENTO DE OBJETO	LEVE	POR XPOSICION	FISICO	FISICO	LUMBAGO	ESPALDA				X		X				CHARLA DE MANIPULACION DE CARGAS Y AUTO CUIDADO	10/12/2022	10/12/2022

Sandra L. Erdely S.

(Firma)
(Nombre): SANDRA ERDELY

Residente SISO del contratista

(Firma)
(Nombre)

Residente S&SO de la Interventoría

CONTRATO DE OBRA No.2022-0586

“REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE INTEGRACION E INNOVACIÓN SOCIAL DE FUSAGASUGÁ”

INFORME AMBIENTAL

ANEXO 10

DEL 1 ENERO DEL 2023 AL 31 ENERO 2023

CONTRATISTA: CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022

CONTRATANTE: ALCALDIA DE FUSAGASUGA CUNDINAMARCA

INTERVENTOR: CONSORCIO INTERVENTORES 2022

ENERO 2023

CONTRATO DE OBRA No.2022-0586

"REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE INTEGRACION E INNOVACIÓN SOCIAL DE FUSAGASUGÁ"

INDICE DE MODIFICACIONES

Índice de Revisión	Fecha Modificación	Observaciones
00	30/01/2023	Versión inicial
01	03/02/2023	Observaciones

REVISIÓN Y APROBACIÓN

Número de revisión		1
Elaborado por: CONSORCIO CONSTUEDIICACIONES 2022		
Responsable por elaboración Residente Ambiental del Proyecto	Nombre	SANDRA GALINDO
	Firma	Sandra Galindo
Revisado y Aprobado por: **CONSORCIO INTERVENTORIA 2022**		
Responsable por Revisión Residente Ambiental de interventoría	Nombre	GERALDIN CERINZA
	Firma	Geraldine Cerinza.
FECHA		**03/02/2023**

ENERO 2023

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN 5

1. OBJETIVOS 5

1.1 OBJETIVO GENERAL 5

2. INFORMACION GENERAL DEL PROYECTO 5

2.1. Datos del Contratista 6

7.1. LOCALIZACIÓN 6

7.2. AREA DE INFLUENCIA DEL PROYECTO 8

7.3. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO 8

7.4. OBRAS REALIZADAS EN EL PERIODO 8

1. GESTIÓN AMBIENTAL 9

3.1 COMPONENTE A GESTIÓN AMBIENTAL, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 10

3.2 MANEJO DE LA VEGETACIÓN Y PAISAJE 11

4 ACTIVIDADES CONSTRUCTIVAS 11

4.1 Manejo de Campamentos y Centros de Acopio 11

4.2 Manejo de Materiales de Construcción 12

4.2.1 Control y Reporte de Materiales Reciclados Y Mezclas Asfálticas Mejoradas con GCR 13

4.3 Manejo Integral de Residuos Solidos 13

4.4. Control de Emisiones Atmosféricas 14

4.4.1 Manejo de maquinaria y equipos 14

4.5 Manejo Integral de Cuerpos de Agua 15

4.6 Plan de Señalización 15

4.7 Medidas ambientales dentro del protocolo de bioseguridad 16

4.8 Seguimiento Plan de Residuos de Construcción y Demolición 16

4.8.1 Indicadores del Plan de RCD´s 16

5 Unidades Sanitarias 17

6 CONCLUSIONES 18

LISTADO DE ANEXOS

ANEXO 1. INDUCCIÓN AMBIENTAL

ANEXO 2. FORMATO CONTROL DE MATERIALES

ANEXO 3. FORMATO DE GENERACION DE RCD

ANEXO 4. MANEJO DE CUERPOS DE AGUA

ANEXO 5. COI

ANEXO 6. VALES DE MATERIALESY ESCOMBROS

ANEXO 7. DOCUMENTACION DE MAQUINARIA

ANEXO 8. PLAN RCD

LISTADO DE TABLAS

TABLA 1. DATOS CONTRATO DE OBRA

TABLA 2. AREA DE INFLUENCIA DEL PROYECTO

TABLA 3. PERSONAL AMBIENTAL EN OBRA.

TABLA 4. CAPACITACIONES EN EL PERIODO

TABLA 5. MATERIALES EN EL PERIODO

TABLA 6. REGISTRO DE RCD´S DISPUESTOS EN SITIOS DE DISPOSICIÓN FINAL

TABLA 7. MAQUINARIA Y VEHÍCULOS INGRESADOS

INTRODUCCIÓN

CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022, ejecutará las obras requeridas por el contrato 0586 de 2022, **"REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE INTEGRACION E INNOVACIÓN SOCIAL DE FUSAGASUGÁ"**

En este quinto informe se describen las actividades desarrolladas por el área ambiental durante la etapa de planeación, por tanto, se hace un seguimiento a las actividades preliminares programadas dentro del cronograma adjunto al PLAN DE MANEJO AMBIENTAL.

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Presentar las actividades realizadas por el área ambiental durante el período del presente informe, dentro de las actividades a ejecutar para el contrato 0582 de 2020 cuyo objeto es **: "REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE INTEGRACION E INNOVACIÓN SOCIAL DE FUSAGASUGÁ"**

2. INFORMACION GENERAL DEL PROYECTO

A continuación, se registran los datos más relevantes del proyecto en mención.

Nombre o Razón Social:	CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022
Nit:	901.604.402-9
Dirección:	AC 24-51 40 OF 36
Teléfonos:	601 467 2734
Actividad Económica:	7020 Actividades de consultoría de gestión 4290 construcción de otras obras de ingeniería civil

A continuación, se registran los datos más relevantes del proyecto en mención.

Tabla 1. DATOS CONTRATO DE OBRA

Contrato No:	**0586-2022**
Objeto:	**"REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN SOCIAL DE FUSAGASUGÁ"**
Contratante:	Alcaldía Fusagasugá Cundinamarca
Contratista:	Consorcio construedificaciones 2022
	NIT:901.604.402-9
Interventoría:	Consorcios interventores 2022
	NIT. 901.617.378-6
Valor Del Contrato:	$ $ 9-125.070.710
Plazo De Ejecución Inicial:	Siete (7) meses
Fecha De Inicio:	31 agosto 2022
Fecha de Terminación Inicial:	30 marzo 2023

2.1. Datos del Contratista

3. **NOMBRE:** CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022
4. **R/L NOMBRE:** IVAN ALONSO PARDO
5. **TELEFONO:** 601.467.273.4
6. **DIRECCIÓN:** AC 24-51 40 OF 316
7. **EMAIL:** contabilidad@estudios.com.co

7.1. LOCALIZACIÓN

Fusagasugá es un municipio colombiano, capital de la Provincia del Sumapaz, ubicado en el departamento de Cundinamarca. Con una población proyectada en el año 2020 de 147.631 habitantes, es el tercer municipio más poblado del departamento después de Bogotá y Soacha, también es el cuadragésimo quinto del país.5 Fue fundado el 5 de febrero de 1592, y es conocida como la "Ciudad Jardín de Colombia".

Constituida en su zona urbana por 6 comunas: Centro, Norte, Occidental, Oriental, Sur Occidental y Sur Oriental, Comuna Centro, integrada por los siguientes barrios: Santander, Olaya, Centro, Emilio Sierra, Luxemburgo y Potosí.

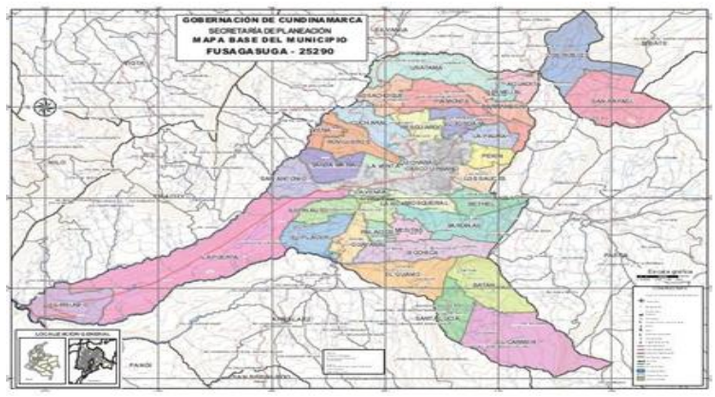
Comuna Norte, integrada por los siguientes barrios: El Progreso, Nueva Esperanza, La Esmeralda, Gaitán, La Independencia, San Antonio, El Edén, Villa Natalia, José Antonio Galán, Gaitán II, La Cabaña, La Florida, Los Andes, Santa Librada, Mi Tesoro, Villa Rosalía, El Rosal, Villa Armerita, Villas de San Diego I, Villas de San Diego II, Monte Verde, Los Fundadores, Conj. Res. La Palma 2, Carlos Lleras, Porvenir y El Lucero.

Comuna Occidental, integrada por los siguientes barrios: San Jorge, Comboy, Mandalay, Nuevo Balmoral, San Mateo, Marcella, Manila, Santa Anita, La Salle, El Caney, Fontanar, Antiguo Balmoral, Urbanización Villa Alix, Piedra Grande, Santa Ana Campestre, Villa Country, Quintas de Balmoral, El Manantial, Santa Clara, Siboney, Teresita I y Teresita II.

Comuna Oriental, integrada por los siguientes barrios: Pekín, Cedritos, Coburgo, Bosque Bonnet, El Tejar, Los Robles, Bella Vista, Santa María de Los Ángeles, Antonio Nariño, Los Sauces, Urb. Altos de Pekín, Bonet, Villa de Los Sutagaos y Villa Aranzazu.

Comuna Sur Occidental, integrada por los siguientes barrios: Llano Largo, La Pampa, La Venta, Cooviprof, Maíz Amarillo, Ciudad Eben-ezer, Gran Colombia, Caminos de Llano Largo, Llano Verde, Villa Celeste, Urb. Las Brisas, Leidy Di, Urb. Pedregal de San Luis, Urb. Parques de Occidente Etapas I y II, Urb. El Oasis, Urb. La Primavera, Llano Grande, Conj. Res. Asoveinte, Urb. San Diego La Venta, Conj. Res. Balcones de San José, Villas de La Pampa, Conj. Res. Villa Rosita, La Venta, Urb. Los Girasoles, Ciudad Jardín, Urb. Cádiz, Urb. Nueva Campiña, Urb. Ciudadela Comfenalco, San Francisco, Urb. Cambulos y Conj. Cerrado San Martín de Los Olivos.

Comuna Sur Oriental, integrada por los siguientes barrios: Balmoral, Fusacatán, Obrero, Los Comuneros, La Macarena, Pedro Pablo Bello, Camino Real, San Fernando, Santa Bárbara, Villa Leidy, Prados de Alta Gracia, Jaime Pardo Leal, El Mirador, Las Delicias, Prados de Bethel, Las Américas, Urbanización Bosques del Oriente, Urbanización Aires de Quinini, Popular Obrero, Santa Rosa, Bethel Bajo, Urbanización La Alejandra y Sauces Bajo.



Fuente: Google maps

7.2. AREA DE INFLUENCIA DEL PROYECTO

El área de influencia del proyecto se relaciona a continuación, en donde se construirá el centro de integración social:

Tabla 2. AREA DE INFLUENCIA DEL PROYECTO

No.	OBRA
1	CENTRO DE INTEGRACION E INOVACION SOCIAL

7.3. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Las actividades para ejecutar en el proyecto corresponden la construcción y renovación del centro de integración social de Fusagasugá. este sentido el área ambiental contribuirá a prevenir y mitigar los impactos ambientales que se pudieran generar por la ejecución de las actividades constructivas.

7.4. OBRAS REALIZADAS EN EL PERIODO

Las actividades de obra realizadas con objeto de planificar la intervención, durante el periodo fueron las siguientes:

- **Centro de integración social**



Imagen 1. Centro de integración social

DESCRIPCIÓN DEL ÁREA A INTERVENIR: Se trata construcción del centro de integración social

DESCRIPCIÓN ACTIVIDADES EN EJECUCIÓN: Mantenimiento de PMT, Mantenimiento Cerramiento perimetral retiro de escombros.



Imagen 2. Actividad es ejecutadas

1. GESTIÓN AMBIENTAL

La implementación de los programas de manejo ambiental definidos para el contrato 0586 2022, se realizaron actividades constructivas. A continuación, se relacionan las actividades ejecutadas.

3.1 COMPONENTE A GESTIÓN AMBIENTAL, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

A continuación, se relaciona el personal con el cual se ejecutan las actividades ambientales en la obra.

- Personal Profesional

Tabla No.3 Personal Ambiental en obra

CARGO	NOMBRE	DEDICACIÓN
RESIDENTE SSTMA	SANDRA GALINDO	100 %

Durante el período se realizó actividad de inducción ambiental, al personal que ingresa, esta se realiza junto con la inducción SST, su contenido es el siguiente:

- Generalidades del plan de manejo ambiental, manejo de recurso agua, señalización, actividades de orden, aseo y limpieza, manejo de materiales y RCD´s en obra, protección de la fauna y flora del área de intervención.

Mensualmente se lleva a cabo una capacitación dirigida a todos los trabajadores, en cumplimiento al cronograma presentado, para este período el tema tratado fue:

- Capacitaciones en el periodo tema:

Tabla No.4 Capacitaciones en el periodo

TEMA	FECHA	No. De trabajadores
➢ Inducción ambiental	ENERO 2023	8
➢ Reciclar, reutilizar y reusó	9+/01/2023	16
➢ Aseo señalización limpieza de las áreas	30/01/2023	17

Ver Anexo No 1 – Registro de Inducción y Capacitación.

3.2 MANEJO DE LA VEGETACIÓN Y PAISAJE

En este período se realizó mantenimiento de la protección con polisombra de las especies forestales presentes en el frente de obra CENTRO DE INTEGRACION E INNOVACION SOCIAL, así no tengan afectación directa por las actividades constructivas. Dado que las actividades constructivas a realizar en el proyecto corresponden a mantenimiento, no se realizará ningún tipo de intervención a las especies forestales, por tanto, no se incluye identificación o chip de estas.

4 ACTIVIDADES CONSTRUCTIVAS

4.1 Manejo de Campamentos y Centros de Acopio

CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022 campamento dentro de la obra dotado de equipos de atención de emergencias, camillas extintor botiquín, se realizó la instalación de cerramiento perimetral con el fin de evitar el ingreso de personal ajeno y su respetiva señalización para la ruta de emergencia y evacuación. Para el caso del baño se tiene convenio con una de las residencias cercanas para el acceso al baño.

	
CARPA	*LAVAMANOS*

	
CAMILLA	*SEÑALIZACION*
	
CERRAMIENTO PERIMETRAL	*EXTINTOR*

IMAGEN 10. CAMPAMENTOS DE OBRA.

4.2 Manejo de Materiales de Construcción

Consiste en verificación de canteras, sitios de acopio, señalización y protección adecuada de los materiales**.**

Ver anexo No. 2 Control de materiales

Tabla Nº 5 material utilizado

PROVEEDOR	MATERIAL	UND	M3
		N.A	N/A
TOTAL		***N.A***	***N/A***

4.2.1 Control y Reporte de Materiales Reciclados Y Mezclas Asfálticas Mejoradas con GCR

En el presente período no hubo la aplicación de GCR (gránulo de caucho reciclado).

4.3 Manejo Integral de Residuos Solidos

En el punto PAC y el campamento ubicado en obra se cuenta con un punto Ecológico donde se ubican 3 canecas para separación de los residuos), los residuos resultantes de las jornadas de orden, aseo y limpieza del campamento y punto PAC, corresponde a residuos sólidos domésticos, los cuales se recogen en bolsas para luego ser entregado a la empresa prestadora de aseo del sector.

	
Punto Ecológico	*Punto Ecológico*

IMAGEN 11. PUNTOS ECOLOGICOS.

- ***Escombros Generados***

Durante este periodo, CONSORCIO CONSTRUEDIFIACIONES 2022 ha realizado generación de escombros provenientes de actividades de demolición de placa de los parques intervenidos, las cantidades de RCD´s generadas se relacionan a continuación:

Tabla 6. Registro de RCD´s dispuestos en sitios de disposición final

ESCOMBRERA	*Cantidad (mt3)*
CAMPO ALEGRE	*164*
Total	**164**

Ver Anexo No 3 reporte de escombros generados.

4.4. Control de Emisiones Atmosféricas

Las medidas implementadas en cuanto al control de emisiones atmosféricas consisten en controlar y mitigar la generación de material particulado realizando humectación en el caso de que haya áreas grandes desprovistas de acabados, controlar la generación de ruido en las actividades constructivas y realizar la verificación de la documentación que ingresa al frente de obra evidenciando que su documentación se encuentra al día.

4.4.1 Manejo de maquinaria y equipos

Durante el período del informe se efectuó el ingreso de maquinaria y vehículos como volquetas, de los cuales previamente a su ingreso se realizó la verificación de la documentación tal como mantenimientos preventivos, SOAT, revisión tecno mecánica y de gases.

A continuación, se relacionan los equipos ingresados en el período:

Tabla 7. Maquinaria y vehículos ingresados

TIPO DE MAQUINARIA	*PLACA*	*FECHA DE ULTIMO MANTENIMIENTO/REVISION TECNOMECANICA*
VOLQUETA	*OCK565*	*06/01/2023*
VOLQUETA	*FTD412*	*25/03/2023*
VOLQUETA	*TGL323*	*12/02/2023*
VOLQUETA	*SSE096*	*21/01/2023*

BOBCAT	*N/A*	*13/01/2021*
EXCAVADORA FCRMEX02	*N/A*	*30/09/2022*
EXCAVADORA FCR EX03	*N/A*	*30/09/2022*

4.5 Manejo Integral de Cuerpos de Agua

Durante el período del informe se realizaron actividades de limpieza y mantenimiento a la protección instalada a los sumideros con afectación directa en el frente de obra.

El diligenciamiento de la información presentada se adjunta en el anexo 4.

4.6 Plan de Señalización

La demarcación utilizada en la intervención es de acuerdo con la aprobación del PMT, con el fin de aislar las actividades de obra, evitando así los riesgos a la comunidad y a los trabajadores.

Ver Anexo No 5 PMT

A continuación, se presenta la información y el registro fotográfico del mantenimiento.



Instalación de PMT



Instalación de PMT

	
Instalación de PMT	*Instalación de PMT*

IMAGEN 12. PMT INSTALADOS.

4.7 Medidas ambientales dentro del protocolo de bioseguridad

- Los residuos generados tales como tapabocas que cumplieron su ciclo de vida útil, fueron dispuestos de manera segura en bolsa cerrada destinada únicamente para ese tipo de elementos.
- Dentro de las actividades que se ejecutaron en el período se contó en los frentes de obra con lavamanos portátil el cual dispone de jabón y gel anti bacterial, así como toallas desechables, y bolsas para disposición diaria de residuos.

4.8 Seguimiento Plan de Residuos de Construcción y Demolición

Para el corte del presente informe una vez presentado el PLAN DE GESTION DE RESIDUOS DE CONSTRUCCION Y DEMOLICION – PGRCD.

Se anexan los formatos correspondientes al mes de diciembre con su respectiva certificación al Plan de RCD´s, se presentan en un anexo aparte. ***Ver Anexo 8 Formatos del PLAN DE RCD´S.***

4.8.1 Indicadores del Plan de RCD´s

- Indicador de Eficiencia

$$\text{Eficiencia} = \frac{\text{Gastos Mensuales de la implementación del PGRCD (\$)}}{\text{Presupuesto planteado para el PGRC (\$)}} * 100$$

.

$$\text{Eficiencia} = \frac{2.618.000(\$)}{68544000\ (\$)} * 100$$

$$\boldsymbol{Eficiencia = 4.7\ \%}$$

Durante el presente período, se invirtió el 4.7 % del presupuesto que se proyectó para la gestión de RCD.

- Indicador de eficacia

$$\text{Eficacia} = \frac{\text{Cantidad de residuos aprovechados en la obra por mes (m3)}}{\text{Cantidad de material usado para la ejecución de la obra (m3)}} * 100$$

$$\text{Eficacia} = \frac{144.63(\text{m3})}{75(\text{m3})} * 100$$

$$\boldsymbol{Eficacia = 192\ \%}$$

El porcentaje de aprovechamiento en el presente período es del 192%.

- Indicador de Efectividad

$$\text{Efectividad} = \frac{\text{Cant de RCD dispuestos en sitios autorizados en el mes (m3)}}{\text{Cantidad estimada a generar de RCD en el mes (m3)}} * 100$$

$$\text{Efectividad} = \frac{164(\text{m3})}{288(\text{m3})} * 100$$

$$\boldsymbol{Efectividad\ 56\%}$$

Durante este período se llevó el 56% de los RCD proyectados mensualmente a los sitios de disposición final autorizados.

5 Unidades Sanitarias

Para uso del personal de obra se tiene cerca al frente de obra un baño vecinal par el uso del personal de obra.

6 CONCLUSIONES

- Se realizo la entrega del Plan de Manejo Ambiental y el Plan de Gestión de Residuos de Construcción y Demolición -PGRCD.

- El residente ambiental realiza el cumplimiento del cronograma ambiental presentado dentro del PIPMA previamente aprobado por interventoría para el presente período.

- Se realiza disposición final de RCD´s en sitios autorizados que cuentan con licencia ambiental vigente.

- Las certificaciones de material y RCD´s se presentarán mes vencido, teniendo en cuenta el tiempo de entrega en los sitios de disposición final y proveedores.

- Al corte del presente informe se realizó aprovechamiento de RCD, se realiza reutilización de, en obra se reutilizaron 144.63 m3 de RCD.

CONTRATO DE OBRA No. 0586-2022

OBJETO: "REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE INTEGRACIÓN EINNOVACIÓN SOCIAL DE FUSAGASUGÁ"

INFORME MENSUAL No. 005
CENTRO DE INTEGRACION E INNOVACION SOCIAL DE FUSAGASUGA

ANEXO 1 INDUCCION AMBIENTAL

FUSAGASUGA, ENERO 2023

CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022

Contrato de obra No. 2022-0586

"REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE INTEGRACION E INNOVACIÓN SOCIAL DE FUSAGASUGÁ"

VERSION 1

FECHA ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2022

ACTIVIDADES	Estado	MES 1 SEPTIEMBRE				MES 2 OCTUBRE				MES 3 NOVIEMBRE				MES 4 DICIEMBRE				MES 5 ENERO				Responsables
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
PLANIFICACIÓN																						
Identificación de aspectos e impactos ambientales	P																					Residente Ambiental
	E																					
Identificación de requisitos legales ambientales aplicables al proyecto	P																					Residente Ambiental
	E																					
Elaboración programa de implementación del plan de manejo ambiental PIPMA	P																					Residente Ambiental
	E																					
Elaboración programa de gestión de RCD´s	P																					Residente Ambiental
	E																					
Identificar posibles proveedores que cuenten con licencias y/o permisos ambientales	P																					Residente Ambiental
	E																					
PRELIMINARES																						
Cerramiento perimetral y señalización temporal	P																					Residente Ambiental
	E																					
Identificación e inventario de cuerpos de agua y sumideros en el área de influencia del contrato	P																					Residente Ambiental
	E																					
Identificación de individuos arbóreos y arbustivos en el área de influencia del contrato	P																					Residente Ambiental
	E																					
CONSTRUCCIÓN																						
Protección a la vegetación existente que pueda ser afectada por la obra	P																					Residente Ambiental
	E																					
Manejo y disposición final de escombros	P																					Residente Ambiental
	E																					
Clasificación y manejo de residuos sólidos	P																					Residente Ambiental
	E																					
Manejo integral de materiales de construcción	P																					Residente Ambiental
	E																					
Manejo adecuado a los acopios temporales	P																					Residente Ambiental
	E																					
Jornadas de limpieza, orden y aseo	P																					Residente Ambiental
	E																					
Verificación de cumplimiento de requerimientos legales ambientales, registro de generación de RCD´s	P																					Residente Ambiental
	E																					
Realizar informe de implementación del plan de manejo ambiental	P																					Residente Ambiental
	E																					
CAPACITACIONES AMBIENTALES																						
* Sistema de Gestión Ambiental	P																					Residente Ambiental
	E																					
	P																					Residente Ambiental
	E																					
* Manejo ambiental de Actividades Constructivas	P																					Residente Ambiental
	E																					
* Reciclaje, Reutilización y Reuso	P																					Residente Ambiental
	E																					
* Orden y aseo en frentes de obra	P																					Residente Ambiental
	E																					
* Protocolo de bioseguridad - medidas ambientales	P																					Residente Ambiental
	E																					
* Manejo y uso eficiente y ahorro del agua	P																					Residente Ambiental
	E																					
		100%				100%				100%				100%				100%				

Este programa estará sujeto a los cambios que se requieran de acuerdo al avance de las actividades constructivas del proyecto

CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SST-F-01
		Fecha: 25/02/2019

Centro de integración e innovación social

RESPONSABLE DE LA CAPACITACIÓN: Sandra Galindo CARGO: Residente

TEMA: Aseo, señalización y limpieza del area.

FECHA: 30 - Enero - 2023

HORA DE INICIO: 7:00 Am HORA DE TERMINACIÓN: 7:30 Am

TIPO			
INDUCCIÓN		CAPACITACIÓN	X
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
CARLOS ANDRES PEÑA	1192890 205	Ayudante	
Andres Rodriguez	1001128596	Ayd	Andres Rodriguez
Leonardo Cantor	83 162 225	Oficial	
Leonardo Cristo	82 392816	AX	Leonardo
Marcelo Rendez Paz	1067715886	Ayudant	
JOS Alberto Mesa	1077290 A	Oficial	
EDWIN MORENO	1077420392	Ayudant	
carlos Bernal Rodriguez	932d6005	Oficial	
Nazareno Romero	1069358 18	Oficial	Nazareno.
Diego MUNOZ	823a2033	Ayudante	
eudey Muñoz L.	80 aa7712	Ayudante	Eudey M
EDWIN CARZON	1105292 9	Ay	Edwin Carzon
Nancy Martinez	2-491892	Obrera	Nancy Martinez
Luis eduardo		AX	
		Ay	
Daniel Santiago Rodriguez	1058135 5	Ay	Santiago

(Firma) Sandra Galindo

CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SST-F-01
		Fecha: 25/02/2019

Centro de integracion e innovacion Social

RESPONSABLE DE LA CAPACITACIÓN: Sandra Galindo | CARGO: Residente

TEMA: Reciclar, Reutilizar y reuso

FECHA: 9 - Enero - 2023

HORA DE INICIO: 7:00 Am | HORA DE TERMINACIÓN: 7:30 Am

TIPO			
INDUCCIÓN		CAPACITACIÓN	X
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Leonardo Lampo	7514725	Oficial	
Andres Rodriguez	1001 83910	AXA	
EDWIN VALENCIA	1076090319	Ayudante	
JOSÉ ALBERTO MOSC	16779704	Oficial	
Diego Muñoz	8230 2473	Ayudante	
ANDRES F MARTINEZ	71 194 782	Oficial	
Everlay Muñoz	80 [illegible] 712	Ayudante	
Leonardo Garavito	8 239 2816	AX	Leonardo
Carlos Reinel Buitrago	93 96008	Oficial	
Andres Rodriguez	1001 83 910	AXA	
Andrs CAMILO Navarro	1001 321 777	AXA	
Nicolas Gomez	1082 962 677	Oficial	
EDWIN CARLOS	77257 7209	AX	EDWIN
Santiago Rodriguez	1001 83910	AX	Santiago
[illegible]	1016 [illegible] 07	Ayudante	
Marcela Mendez	1067 [illegible] 88	Residente	

(Firma) Sandra Galindo

CONSORCIO CONSTRUCEDIFICACIONES 2022	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SST-F-01
		Fecha: 29/05/2020
	FORMATO DE ASISTENCIA	Versión 1

SEDE O PROYECTO: Centro de integración e innovación social

RESPONSABLE DE LA CAPACITACIÓN: Sandra Galindo | CARGO: Residente

TEMA: GENERALIDADES DEL PLAN DE MANEJO DE MANEJO AMBIENTAL, MANEJO DE RECURSOS DEL AGUA, SEÑALIZACIO, ACTIVIDADES DE ORDEN ASEO Y LIMPIEZA, MANEJO DE MATERIALES Y RCD´S EN OBRA, PROTECCIO DE LA FAUNA Y FLORA DEL AREA DE INTERVENCION

FECHA: 25 - Enero - 2023

HORA DE INICIO: 7:00 Am

HORA DE TERMINACIÓN: 7:30 Am

TIPO

INDUCCIÓN [x]

CHARLA INFORMATIVA [ ]

CAPACITACIÓN [ ]

ENTRENAMIENTO [ ]

OTRO [ ]

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Angelica Gonzalez	529 54 374	Social	ANGELICA G.

(Firma) Sandra Galindo

CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SST-F-01
		Fecha: 29/05/2020
	FORMATO DE ASISTENCIA	Versión 1

SEDE O PROYECTO: Centro de integracion e innovacion social

RESPONSABLE DE LA CAPACITACIÓN: Sandra Galindo CARGO: Residente

TEMA: GENERALIDADES DEL PLAN DE MANEJO DE MANEJO AMBIENTAL, MANEJO DE RECURSOS DEL AGUA, SEÑALIZACIO, ACTIVIDADES DE ORDEN ASEO Y LIMPIEZA, MANEJO DE MATERIALES Y RCD´S EN OBRA, PROTECCIO DE LA FAUNA Y FLORA DEL AREA DE INTERVENCION

FECHA: 27 - Enero - 2023

HORA DE INICIO: 7:00 Am HORA DE TERMINACIÓN: 7:30 Am

TIPO

INDUCCIÓN [X] CAPACITACIÓN [ ]

CHARLA INFORMATIVA [ ] ENTRENAMIENTO [ ]

OTRO [ ]

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Wilfredo Rodriguez	13 929 635	Ayudante	

(Firma) Sandra Galindo

CONSORCIO CONSTRUCEDIFICACIONES 2022	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SST- F-01	
		FECHA	VERSION
	FORMATO DE ASISTENCIA	29/08/2022	0

SEDE O PROYECTO: Centro de integracion e innovacion social

RESPONSABLE DE LA CAPACITACION: Sandra Galindo **CARGO:** Residente

TEMA: INDUCCION SST, AFILIACIONES Y PAGOS AL SGSSI, SG-SST, EXAMENES OCUPACIONALES DE INGRESO, PERIÓDICOS, POST-INCAPACIDAD Y DE RETIRO, POLITICA SST, POLITICA TABACO, ALCOHOL Y DROGAS, POLITICA MA, POLITICA SEGURIDAD VIAL, RIT, RHSI, COPASST, CCL, PLAN DE EMERGENCIAS, USO ADECUADO DE EPP, REPORTE Y ATENCIÓN DE AT, NOTIFICACIÓN DE RIESGOS, RESPONSABILIDADES SST SEGUN CARGO, AUTOREPORTE CONDICONES DE SEGURIDAD Y SALUD.

FECHA: 12 - Enero - 2023

HORA DE INICIO: 7:00 AM HORA DE TERMINACIÓN: 7'30 Am

TIPO

INDUCCIÓN [X] CAPACITACIÓN [ ]

CHARLA INFORMATIVA [ ] ENTRENAMIENTO [ ]

OTRO [ ]

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
José Ceron Montoya	1151 944 107	Ayudante	

(Firma) Sandra Galindo

CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SST-F-01
		Fecha: 29/05/2020
	FORMATO DE ASISTENCIA	Versión 1

SEDE O PROYECTO: centro de integracion e innovacion social

RESPONSABLE DE LA CAPACITACIÓN: Sandra Galindo **CARGO:** Residente

TEMA: GENERALIDADES DEL PLAN DE MANEJO DE MANEJO AMBIENTAL, MANEJO DE RECURSOS DEL AGUA, SEÑALIZACIO, ACTIVIDADES DE ORDEN ASEO Y LIMPIEZA, MANEJO DE MATERIALES Y RCD´S EN OBRA, PROTECCIO DE LA FAUNA Y FLORA DEL AREA DE INTERVENCION

FECHA: 21- Enero- 2023

HORA DE INICIO: 7'00 Am

HORA DE TERMINACIÓN: 7'30 Am

TIPO

INDUCCIÓN [X] CAPACITACIÓN [ ]

CHARLA INFORMATIVA [ ] ENTRENAMIENTO [ ]

OTRO [ ]

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Oscar Moreno cubillos	1069 974 757	Ayudante	

(Firma) Sandra Galindo

CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SST-F-01
		Fecha: 29/05/2020
	FORMATO DE ASISTENCIA	Versión 1

SEDE O PROYECTO: Centro de integración e innovación social

RESPONSABLE DE LA CAPACITACIÓN: Sandra Galindo | CARGO: Residente

TEMA: GENERALIDADES DEL PLAN DE MANEJO DE MANEJO AMBIENTAL, MANEJO DE RECURSOS DEL AGUA, SEÑALIZACIO, ACTIVIDADES DE ORDEN ASEO Y LIMPIEZA, MANEJO DE MATERIALES Y RCD´S EN OBRA, PROTECCIO DE LA FAUNA Y FLORA DEL AREA DE INTERVENCION

FECHA: 24- Enero - 2023

HORA DE INICIO: 7:00 Am | HORA DE TERMINACIÓN: 7:30 Am

TIPO INDUCCIÓN	X	CAPACITACIÓN	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Andres cortes	1006068939	Ayudante	cortes Ducuara

(Firma) Sandra Galindo

CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SST-F-01
		Fecha: 29/05/2020
	FORMATO DE ASISTENCIA	Versión 1

SEDE O PROYECTO: centro de integracion e innovacion social

RESPONSABLE DE LA CAPACITACIÓN: Sandra Galindo | CARGO: Residente

TEMA: GENERALIDADES DEL PLAN DE MANEJO DE MANEJO AMBIENTAL, MANEJO DE RECURSOS DEL AGUA, SEÑALIZACIO, ACTIVIDADES DE ORDEN ASEO Y LIMPIEZA, MANEJO DE MATERIALES Y RCD´S EN OBRA, PROTECCIO DE LA FAUNA Y FLORA DEL AREA DE INTERVENCION

FECHA: 20- Enero -2023

HORA DE INICIO: 7:00 Am

HORA DE TERMINACIÓN: 7:30 Am

TIPO

INDUCCIÓN	X	CAPACITACIÓN	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Nelson Penagos Diaz	79 218 482	Ayudante	Nelson Penagos

(Firma) Sandra Galindo

CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SST-F-01
		Fecha: 29/05/2020
	FORMATO DE ASISTENCIA	Versión 1

SEDE O PROYECTO: Centro de integracion e innovacion Social

RESPONSABLE DE LA CAPACITACIÓN: Sandra Galindo | CARGO: Residente

TEMA: GENERALIDADES DEL PLAN DE MANEJO DE MANEJO AMBIENTAL, MANEJO DE RECURSOS DEL AGUA, SEÑALIZACIO, ACTIVIDADES DE ORDEN ASEO Y LIMPIEZA, MANEJO DE MATERIALES Y RCD´S EN OBRA, PROTECCIO DE LA FAUNA Y FLORA DEL AREA DE INTERVENCION

FECHA: 25 - Enero - 2023

HORA DE INICIO: 7:00 Am | HORA DE TERMINACIÓN: 7:30 Am

TIPO INDUCCIÓN	X	CAPACITACIÓN	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Carlos Pachon Romero	1072 491 472	Ayudante	Jean carlos Pachon

(Firma) Sandra Galindo

CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SST-F-01
		Fecha: 29/05/2020
	FORMATO DE ASISTENCIA	Versión 1

SEDE O PROYECTO: Centro de integración e innovación Social

RESPONSABLE DE LA CAPACITACIÓN: Sandra Galindo | CARGO: Residente

TEMA: GENERALIDADES DEL PLAN DE MANEJO DE MANEJO AMBIENTAL, MANEJO DE RECURSOS DEL AGUA, SEÑALIZACIO, ACTIVIDADES DE ORDEN ASEO Y LIMPIEZA, MANEJO DE MATERIALES Y RCD´S EN OBRA, PROTECCIO DE LA FAUNA Y FLORA DEL AREA DE INTERVENCION

FECHA: 26 - Enero - 2023

HORA DE INICIO: 7:00 AM

HORA DE TERMINACIÓN: 7:30 PM

TIPO INDUCCIÓN [X]

CHARLA INFORMATIVA [ ]

CAPACITACIÓN [ ]

ENTRENAMIENTO [ ]

OTRO [ ]

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Martin Soso Garcia	80 499 021	Ayodante	

(Firma) Sandra Galindo

CONTRATO DE OBRA No. 0586-2022

OBJETO: "REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE INTEGRACIÓN EINNOVACIÓN SOCIAL DE FUSAGASUGÁ"

INFORME MENSUAL No. 005
CENTRO DE INTEGRACION E INNOVACION SOCIAL DE FUSAGASUGA

ANEXO 2 CONTROL DE MATERIALES

FUSAGASUGA, ENERO 2023

CÓDIGO	FORMATO	VERSIÓN
FO - GIP - 058	FORMATO No. 9 CONTROL DE MATERIALES	3.0

SUBDIRECCIÓN GENERAL **FECHA** 31/01/2023

DIRECCIÓN TÉCNICA

SUBDIRECCIÓN TÉCNICA

CONTRATO DE OBRA No. 586 DE 2022

OBJETO DEL CONTRATO

"REALIZAR LA CONSTRUCCION DE CENTRO DE INTEGRACION E INNOVACION SOCIAL DE FUSAGASUGA"

CONTRATISTA CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022

MES: ene-23

DIA	V1	PROVEDOR V1	V2	PROVEDOR V2	V3	PROVEDOR V3	V4	PROVEDOR V4	Vtotal
1									0
2									0
3									0
4									0
5									0
6									0
7									0
8									0
9									0
10									0
11									0
12									0
13									0
14									0
15									0
16									0
17									0
18									0
19									0
20									0
21									0
22									0
23									0
24									0
25									0
26									0
27									0
28									0
29									0
30									0
31									0
TOTAL									0

Tipo de Material 1:

Tipo de Material 2:

Tipo de Material 3:

Tipo de Material 4:

V1: Volumen del material 1 llevado al frente de la obra

V2: Volumen del material 2 llevado al frente de la obra

V3: Volumen del material 3 llevado al frente de la obra

V4: Volumen del material 3 llevado al frente de la obra

VT: Volumen total de material manejado en el día evaluado

Nota: En la casilla en la que se debe anotar el nombre del proveedor, se debe relacionar el número de inscripción en el Directorio de Proveedores o el nombre del Proveedor registrado en el PIPMA

(Firma)

Interventor

Original: Dependencia responsable del contrato

1era copia : Interventor

2da copia: Contratista

CONTRATO DE OBRA No. 0586-2022

OBJETO: "REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE INTEGRACIÓN EINNOVACIÓN SOCIAL DE FUSAGASUGÁ"

INFORME MENSUAL No. 005
CENTRO DE INTEGRACION E INNOVACION SOCIAL DE FUSAGASUGA

ANEXO 3 REPORTE DE ESCOMBROS

FUSAGASUGA, ENERO 2023

CÓDIGO	FORMATO	VERSIÓN	
FO-GIP-064	FORMATO No. 12 - PLANILLA DE DISPOSICIÓN DE ESCOMBROS	3.0	

SUBDIRECCIÓN GENERAL **FECHA** 31/01/2023

DIRECCIÓN TÉCNICA

SUBDIRECCIÓN TÉCNICA

CONTRATO DE OBRA No. 586 **DE** 2022

OBJETO DEL CONTRATO

"REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE INTEGRACION E INNOVACIÓN SOCIAL DE FUSAGASUGÁ"

CONTRATISTA CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022

PERIODO: ene-23

ESCOMBRERA: CAMPO ALEGRE

FECHA	PLACA VOLQUETA	PIN VOLQUETA	Nº VALE (APLICA PARA FRESADO)	FRENTE DE ORIGEN (APLICA PARA FRESADO)	VOLUMEN TRANSPORTADO M^3	NOMBRE DEL TRANSPORTADOR	U
16/01/2023	OCK565	N.A	39494	N.A	7	CARLOS JIMENEZ	
16/01/2023	OCK565	N.A	39495	N.A	7	CARLOS JIMENEZ	
13/01/2023	SNV505	N.A	35195	N.A	15		
13/01/2023	SNV505	N.A	35189	N.A	15		
13/01/2023	SNV505	N.A	35186	N.A	15		
13/01/2023	SNV505	N.A	35194	N.A	15		
13/01/2023	SNV505	N.A	35187	N.A	15		
13/01/2023	SNV505	N.A	35184	N.A	15		
13/01/2023	SNV505	N.A	35190	N.A	15		
13/01/2023	SNV505	N.A	35193	N.A	15		
13/01/2023	SNV505	N.A	35192	N.A	15		
13/01/2023	SNV505	N.A	35197	N.A	15		
TOTAL					164		

(Elaboró)

(Nombre) **SANDRA GALINDO**

Residente Ambiental de Obra

(Aprobo)

(Nombre) **IVAN PARDO**

Director de Obra

Original:Dependencia responsable del contrato

1era copia : interventor

2da copia: contratista

CONTRATO DE OBRA No. 0586-2022

OBJETO: "REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE INTEGRACIÓN EINNOVACIÓN SOCIAL DE FUSAGASUGÁ"

INFORME MENSUAL No. 005
CENTRO DE INTEGRACION E INNOVACION SOCIAL DE FUSAGASUGA

ANEXO 4 MANEJO DE CUERPOS DE AGUA

FUSAGASUGA, ENERO 2023

CÓDIGO	FORMATO	VERSION	
FO-GIP-071	FORMATO No. 14 MANEJO DE CUERPOS DE AGUA	1.0	

SUBDIRECCIÓN GENERAL _____ **FECHA** ene-23

CONTRATO No.	0586 2022						
OBJETO DEL CONTRATO:	**"REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE INTEGRACION E INNOVACIÓN SOCIAL DE FUSAGASUGÁ"**						
FRENTE DE OBRA	CENTRO DE INTEGRACION E INNOVACION SOCIAL						
SUMIDEROS	X	**NUMERO DE SUMIDEROS**	**1**	**CUERPO DE AGUA**		**TIPO DE CUERPO DE AGUA**	
REQUIERE PERMISO DE LA AUTORIDAD AMBIENTAL		NO	**Nª ACTO ADMINISTRATIVO**				

PERIODO: JULIO	ESTADO ACTUAL	ACTIVIDADES CONSTRUCTIVAS	MEDIDAS DE MANEJO
SUMIDEROS			
JULIO	**REGULAR**	**MANTENIMIENTO**	**ASEO Y MANTENIMIENTO**
CUERPOS DE AGUA			

OBSERVACIONES :

REGISTRO FOTOGRÁFICO (APLICA PARA CUERPOS DE AGUA)

Inserte una foto del cuerpo de agua antes de la intervención	Inserte una foto del cuerpo de agua durante la intervención	Inserte una foto del cuerpo de agua despues de la intervención
ANTES DE LA INTERVENCION	**DURANTE LA INTERVENCION**	**DESPUES DE LA INTERVENCION**

CONTRATO DE OBRA No. 0586-2022

OBJETO: "REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE INTEGRACIÓN EINNOVACIÓN SOCIAL DE FUSAGASUGÁ"

INFORME MENSUAL No. 005
CENTRO DE INTEGRACION E INNOVACION SOCIAL DE FUSAGASUGA

ANEXO 5 PMT

FUSAGASUGA, ENERO 2023



1 Puerta de Ingreso de Materiales, insumos y materias primas

2 Puerta de Salida de Escombros

Sentido de la Vía

ALCADIA MUNICIPAL DE FUSAGASUGA

con la FUERZA de la gente FUSAGASUGÁ

CONTIENE:
Plan de Manejo de Tráfico

CONTRATISTA:
Consorcio Cultural

NORTE

NOTAS IMPORTANTES

- NO SE REALIZARA NINGUN DESVIO
- LAS MEDIAS CALZADAS PROPUESTAS SE REALIZARAN SOLO EN CASO DE DEMORAS EN EL INGRESO DE VOLQUETAS O MAQUINARIA AL INGRESO DEL PREDIO Y DEBEN SER QUITADAS A DIARIO AL FINALIZAR LA JORNADA DE TRABAJO.
- ESTE PLANO ANULA LOS ANTERIORES A ESTA FECHA.
- VERIFICAR Y CONFRONTAR LAS MEDIDAS EN OBRA.

ESPECIALISTA DE LA CONSULTORIA:
Ing. Agapito Sierra Carrasquilla
M.P.17.118 CND

COLABORADORES:
Arq. Angelica Sierra Herrera

PROYECTO:
PARQUE CULTURAL
FUSAGASUGÁ

EMISIÓN:
Versión 1- 17 de Mayo 2021

ESCALA:
Sin escala

FECHA:
17 de Mayo 2021

PLANO:
3 DE 3

ARCHIVO:
Fusagasuga_PMT

CONTRATO DE OBRA No. 0586-2022

OBJETO: "REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE INTEGRACIÓN EINNOVACIÓN SOCIAL DE FUSAGASUGÁ"

INFORME MENSUAL No. 005
CENTRO DE INTEGRACION E INNOVACION SOCIAL DE FUSAGASUGA

ANEXO 6 VALES DE MATERIALES Y ESCOMBRO

FUSAGASUGA, ENERO 2023

ESCOMBRERA CAMPO ALEGRE



COMPROBANTE DE DESCARGUE 35195

FECHA: 13-01-2023 **PLACA:** ERN56f

HORA:

TIPO: SENCILLA ☐ DOBLETROQUE X

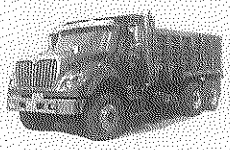
PESO:

VALOR: 94000

ESCOMBRERA CAMPOALEGRE

AUTORIZADO

ESCOMBRERA CAMPO ALEGRE



COMPROBANTE DE DESCARGUE 35189

FECHA: 13-01-2023 **PLACA:** SMV505

HORA:

TIPO: SENCILLA ☐ DOBLETROQUE X

PESO:

VALOR: 94000

ESCOMBRERA CAMPOALEGRE

AUTORIZADO

ESCOMBRERA CAMPO ALEGRE



COMPROBANTE DE DESCARGUE 35186

FECHA: 13-01-2023 **PLACA:** SMV505

HORA:

TIPO: SENCILLA ☐ DOBLETROQUE X

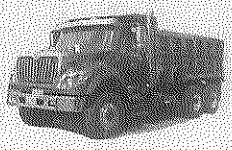
PESO:

VALOR: 94000

ESCOMBRERA CAMPOALEGRE

AUTORIZADO

ESCOMBRERA CAMPO ALEGRE



COMPROBANTE DE DESCARGUE 35194

FECHA: 13-01-2023 **PLACA:** SMV505

HORA:

TIPO: SENCILLA ☐ DOBLETROQUE X

PESO:

VALOR: 94000

ESCOMBRERA CAMPOALEGRE

AUTORIZADO

ESCOMBRERA CAMPO ALEGRE



COMPROBANTE DE DESCARGUE 35187

FECHA: 13-01-2023 PLACA: SRN564

HORA:

TIPO: SENCILLA [ ] DOBLETROQUE [X]

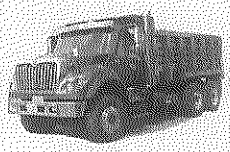
PESO:

VALOR: 90000

ESCOMBRERA CAMPOALEGRE

AUTORIZADO

ESCOMBRERA CAMPO ALEGRE



COMPROBANTE DE DESCARGUE 35184

FECHA: 13-01-2023 PLACA: SRN564

HORA:

TIPO: SENCILLA [ ] DOBLETROQUE [X]

PESO:

VALOR: 90000

ESCOMBRERA CAMPOALEGRE

AUTORIZADO

ESCOMBRERA CAMPO ALEGRE



COMPROBANTE DE DESCARGUE 35190

FECHA: 13-01-2023 PLACA: SRN564

HORA:

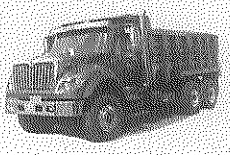
TIPO: SENCILLA [ ] DOBLETROQUE [X]

PESO:

VALOR: 90000

ESCOMBRERA CAMPOALEGRE

ESCOMBRERA CAMPO ALEGRE



COMPROBANTE DE DESCARGUE 35193

FECHA: 13-01-2023 PLACA: SRN564

HORA:

TIPO: SENCILLA [ ] DOBLETROQUE [X]

PESO:

VALOR: 90000

ESCOMBRERA CAMPOALEGRE

ESCOMBRERA CAMPO ALEGRE



COMPROBANTE DE DESCARGUE 35192

FECHA: 13-01-2023 PLACA: SNV505

HORA:

TIPO: SENCILLA [ ] DOBLETROQUE [X]

PESO:

VALOR: 90000

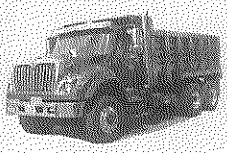
ESCOMBRERA CAMPOALEGRE

AUTORIZADO

ARK

Jarol Lopez

ESCOMBRERA CAMPO ALEGRE



COMPROBANTE DE DESCARGUE 35197

FECHA: 13-01-2023 PLACA: SNV55

HORA:

TIPO: SENCILLA [ ] DOBLETROQUE [X]

PESO:

VALOR: 90000

ESCOMBRERA CAMPOALEGRE

AUTORIZADO

ARK

Jarol Lopez

CONTRATO DE OBRA No. 0586-2022

OBJETO: "REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE INTEGRACIÓN EINNOVACIÓN SOCIAL DE FUSAGASUGÁ"

INFORME MENSUAL No. 005
CENTRO DE INTEGRACION E INNOVACION SOCIAL DE FUSAGASUGA

ANEXO 7 DOCUMENTOS DE MAQUINARIA Y EQUIIPOS

FUSAGASUGA, ENERO 2023

Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

TARJETA DE REGISTRO DE MAQUINARIA

No. 90194

No. DE REGISTRO	MARCA	LINEA	AÑO MODELO
MC280127	SHANTUI	SE75	2021

TIPO DE MAQUINARIA	CLASE	No. SERIE
CONSTRUCCION	EXCAVADORA	66SE87EJNM8081359

COLOR(ES)	No. MOTOR	RODAJE
AMARILLO	CMA2101	ORUGAS

PESO Y MEDIDAS SIN ACCESORIOS

PESO	ALTO	ANCHO	LARGO
7658 Kg	2680 mm	2250 mm	6240 mm

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
FCR CONTRATISTAS SAS	NIT 900.777.681

Escaneado con CamScanner

LOCATARIO APELLIDO(S) NOMBRE(S)

IDENTIFICACIÓN



LIMITACIONES A LA PROPIEDAD

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

STRIA DE MOVILIDAD MPAL FUSAGASUGA

FECHA REGISTRO	FECHA EXPEDICIÓN	FECHA VENCIMIENTO
24-11-2021	24-11-2021	******
ORIGEN	**DEC. IMPORTACIÓN**	**FECHA DE LEVANTE**
IMPORTACIÓN	352021000292360	20/08/2021

ESTA TARJETA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

TM01000015095

Escaneado con CamScanner

FCR CONTRATISTAS S.A.S	FICHA HISTORIAL MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA - EQUIPO	CODIGO FCR-F-08

MAQUINA/EQUIPO : EXCAVADORA ZX 120 HITACHI

DETALLE: Arreglo y mantenimientos preventivos

FECHA	DESCRIPCION DEL PROBLEMA	SOLUCION	REPUESTOS EMPLEADOS	MECANICO	TIEMPO	OBSERVACIONES
16/07/22	Arreglo de balde roto	Soldar	soldadura y lamina	Juan Rubiano		Granja Santa Maria
19/07/22	Aceite bajo	Completar nivel	1 Galón de Jhon Deere	Operador	1 minuto	11
27/07/2022	Radiador tapado	Sondearlo, limpiarlo	-	Manuel Radiadores	1 día	11
30/09/2022	Desgaste de calsas del balde	Cambiar calsas o dientes de balde	5 dientes de medida 30	operador	½ HORA	11

Escaneado con CamScanner

FCR CONTRATISTAS S.A.S

FICHA HISTORIAL MANTENIMIENTO DE LA MAQUINARIA - EQUIPO

CODIGO FCR-F-08

MAQUINA/EQUIPO : 2x 120 HITACHI

DETALLE: Arreglos y mantenimientos preventivos

FECHA	DESCRIPCION DEL PROBLEMA	SOLUCION	REPUESTOS EMPLEADOS	MECANICO	TIEMPO	OBSERVACIONES
06/10 2022 JUEVES	Empaquetadura Dañada	Cambio de empaquetadura	empaquetadura nueva	Favian Cardenas	1 hora	Fuga agua Cond.

Escaneado con CamScanner

Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

TARJETA DE REGISTRO DE MAQUINARIA

No. 82052

No. DE REGISTRO	MARCA	LINEA	AÑO MODELO
MC200326	HITACHI	ZX120	2001

TIPO DE MAQUINARIA	CLASE	No. SERIE
CONSTRUCCION	RETROEXCAVADORA	HCM1S100P00062300

COLOR(ES)	No. MOTOR	RODAJE
NARANJA	168838	ORUGAS

PESO Y MEDIDAS SIN ACCESORIOS

PESO	ALTO	ANCHO	LARGO
12500 Kg	2740 mm	2690 mm	7610 mm

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACION
ROCHA ZARAZA JEISON CAMILO	C.C. 1 069.7[illegible]

Escaneado con CamScanner

LOCATARIO APELLIDO(S) NOMBRE(S)

IDENTIFICACIÓN

LIMITACIONES A LA PROPIEDAD

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

STRIA TTOYTTE MCPAL FUNZA

FECHA REGISTRO	FECHA EXPEDICIÓN	FECHA VENCIMIENTO
26-03-2021	19-05-2021	******
ORIGEN	**DEC. IMPORTACIÓN**	**FECHA DE LEVANTE**
IMPORTACIÓN	352006000020295	09/02/2006



ESTA TARJETA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

TM0700001 5874

COSMOCOLOR-TM-20

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

TARJETA DE REGISTRO DE MAQUINARIA

Libertad y Orden

No. 70816

No. DE REGISTRO: MI004217	MARCA: NEW HOLLAND	LINEA: L218 LOADER	AÑO MODELO: 2012
TIPO DE MAQUINARIA: INDUSTRIAL	CLASE: MINICARGADOR		No. SERIE: NCM447634
COLOR(ES): AMARILLO	No. MOTOR: 100003		RODAJE: NEUMATICOS

PESO Y MEDIDAS SIN ACCESORIOS

PESO	ALTO	ANCHO	LARGO
2885 Kg	1974 mm	1829 mm	3585 mm

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): RODRIGUEZ JIMENEZ YUBER ARLEY

IDENTIFICACIÓN: C.C. 1.019.120.624

LOCATARIO APELLIDO(S) NOMBRE(S)

IDENTIFICACIÓN

LIMITACIONES A LA PROPIEDAD

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR: STRIA TTOYTTE MCPAL FUNZA

FECHA REGISTRO	FECHA EXPEDICIÓN	FECHA VENCIMIENTO
31-07-2017	08-07-2020	******

ORIGEN	DEC. IMPORTACIÓN	FECHA DE LEVANTE
IMPORTACIÓN	482013000273026	10/07/2013

COSMO-O-L3-19

ESTA TARJETA ... ORIO NACIONAL

TM07000003474

EMBRAGUES Y FRENOS DEL OCCIDENTE JC S.A.S.

Mecánica en general –Latonería Y Pintura
Diesel-Gasolina-Full Inyección
Mantenimiento Equipos de gas Vehicular
Montacargas y maquinaria amarilla

EMBRAGUES Y FRENOS DEL OCCIDENTE JC S.A.S.	MARCA: *NEW HOLLAND*	LINEA: *L218*	AÑO DE MODELO: *2012*	
PESO: *2885 KG*	ALTO: *1974 MM*	ANCHO *1829 mm*	LARGO: *3585 MM*	

TIPO DE MANTENIMIENTO	DETALLES	FECHA	PERSONA QUE INTERVINO
PREVENTIVO	CAMBIO DE ACEITE MOTOR, 250 HORAS DE TRABAJO.	2021/01/13	JOSE COLORADO
PREVENTIVO	CAMBIO DE TODO LOS FLUIDOS 1500 HORAS DE TRABAJO	2021/01/13	JOSE COLORADO

FIRMA AUTORIZADA Jose Colorado.

FIRMA Y SELLO DEL CLIENTE Arley Rodriguez

AV 6 # 41 A 75 BARRIO PRIMAVERA – CEL: 3133427787- 3204171007 - Bogotá, D.C. – Colombia e-mail: joseac1011@hotmail.com

EMBRAGUES Y FRENOS DEL OCCIDENTE JC S.A.S.

Mecánica en general –Latonería Y Pintura
Diesel-Gasolina-Full Inyección
Mantenimiento Equipos de gas Vehicular
Montacargas y maquinaria amarilla

EMBRAGUES Y FRENOS DEL OCCIDENTE JC S.A.S.	MARCA: *NEW HOLLAND*	LINEA: *L218 LOADER*	AÑO DE MODELO: *2012*	
PESO: *2885 KG*	ALTO: *1974 MM*	ANCHO *1829 mm*	LARGO: *3585*	

TIPO DE MANTENIMIENTO	DETALLES	FECHA	PERSONA QUE INTERVINO
PREVENTIVO	CAMBIO DE ACEITE MOTOR, 250 HORAS DE TRABAJO.	2013/03/13	JOSE COLORADO
PREVENTIVO	CAMBIO DE TODO LOS FLUIDOS 1500 HORAS DE TRABAJO	2014/02/25	JOSE COLORADO
PREVENTIVO	CAMBIO DE ACEITE MOTOR, 250 HORAS DE TRABAJO.	2014/05/17	JOSE COLORADO
PREVENTIVO	CAMBIO DE TODO LOS FLUIDOS 1500 HORAS DE TRABAJO	2015/07/28	JOSE COLORADO
PREVENTIVO	CAMBIO DE ACEITE MOTOR, 250 HORAS DE TRABAJO.	2015/12/18	JOSE COLORADO
PREVENTIVO	CAMBIO DE TODO LOS FLUIDOS 1500 HORAS DE TRABAJO	2016/02/17	JOSE COLORADO
PREVENTIVO	CAMBIO DE ACEITE MOTOR, 250 HORAS DE TRABAJO.	2016/07/10	JOSE COLORADO
PREVENTIVO	CAMBIO DE TODO LOS FLUIDOS 1500 HORAS DE TRABAJO	2017/01/12	JOSE COLORADO
PREVENTIVO	CAMBIO DE ACEITE MOTOR, 250 HORAS DE TRABAJO.	2017/06/24	JOSE COLORADO
PREVENTIVO	CAMBIO DE TODO LOS FLUIDOS 1500 HORAS DE TRABAJO	2018/01/18	JOSE COLORADO
PREVENTIVO	CAMBIO DE ACEITE MOTOR, 250 HORAS DE TRABAJO.	2018/07/26	JOSE COLORADO
PREVENTIVO	CAMBIO DE TODO LOS FLUIDOS 1500 HORAS DE TRABAJO	2019/01/23	JOSE COLORADO
PREVENTIVO	CAMBIO DE ACEITE MOTOR, 250 HORAS DE TRABAJO.	2019/07/2	JOSE COLORADO
PREVENTIVO	CAMBIO DE TODO LOS FLUIDOS 1500 HORAS DE TRABAJO	2020/02/17	JOSE COLORADO

FIRMA AUTORIZADA Jose Colorado

FIRMA Y SELLO DEL CLIENTE Arley Rodriguez

AV 6 # 41 A 75 BARRIO PRIMAVERA – CEL: 3133427787- 3204171007 - Bogotá, D.C. – Colombia e-mail: joseac1011@hotmail.com

SOAT

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

FECHA DE EXPEDIC AÑO | MES | DIA	VIGENCIA DESDE LAS DE HORAS DEL AÑO | MES | DIA	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL AÑO | MES | DIA
2022-02-05	2022-02-06	2023-02-05

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE VEHICULO	SERVICIO	CILINDRAJE/KVA	MODELO
11192400012440	FTD412	CARGA O MIXTO	PARTICULAR	14011	1981

PASAJEROS	MARCA	CARROCERIA
2	CHEVROLET	SRS

LÍNEA VEHICUL	No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD
BRIGADIER 229	10889161	CH053711		15.00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELEFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL	No. DE DOCUMENTO DEL	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
CARDENAS ROCHA, PEDRO FAVIAN	3202370456	CC	11258479	FUSAGASUGA

CÓDIGO DE ASEGURADORA	COD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1329	10	988198063	0	FUSAGASUGA

TARIF	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN SYNDROM	TASA RUNT
320	$ 694500	$ 361100	$ 1900

TOTAL A PAGAR

$ 1057500

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS	800	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS
B. INCAPACIDAD PERMANENTE	180	
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	
D GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	10	

FIRMA AUTORIZADA

Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos: Con el fin de evitar duplicidad de amparos, en aquellos eventos en que la aseguradora llegara a evidenciar que existe otra póliza vigente, ésta procederá a modificar la vigencia de la (segunda) póliza expedida (expedida con posterioridad), iniciando la vigencia de la misma a partir del vencimiento de la póliza que ya se encuentra registrada en el RUNT.

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

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

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 Foryga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.

Protección de datos personales:

Como consumidor financiero obrando a nombre propio o de un tercero debidamente facultado para ello, autorizo de manera previa, expresa e informada a SEGUROS DEL ESTADO S.A Y SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A. (las Aseguradoras) para que mis datos personales y sensibles sean tratados con las siguientes finalidades:

a) La gestión y ejecución integral del contrato de seguros al vincularme como cliente, hacer transferencia nacional o internacional cuando sea necesario para la prestación del servicio.

b) Recibir, procesar y compartir mi información con su grupo empresarial, filiales o subsidiarias, centrales de riesgo, proveedores, intermediarios de Seguros, canales de comercialización y otros encargados del tratamiento que resulten necesarios para la celebración, ejecución o extinción de seguros, estadísticas y/o solicitud o reporte del cumplimiento de las obligaciones contractuales, financieras o crediticias a centrales de información y de riesgos.

c) Para las demás contempladas en las disposiciones legales vigentes y en la política de Tratamiento de Datos de las Aseguradoras.

d) Para el envío de información, beneficios, ofertas de productos, incluida su prórroga, recordar el vencimiento de la póliza, renovación o modificación, fines comerciales y para ser contactado directamente o a través de sus canales de comercialización.

Será facultativo la autorización de las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles o de menores de edad. Como Titular de mis datos personales tengo derecho a conocerlos, actualizarlos, rectificarlos, y solicitar la supresión cuando proceda, de conformidad con las Políticas de Tratamiento de Datos publicadas en las páginas www.segurosdelestado.com y www.segurosdevidadelestado.com Los responsables del tratamiento de sus datos son las ASEGURADORAS.

El Titular podrá ejercer sus derechos a través de cualquiera de los canales establecidos para tal fin, como lo son:
- Oficinas de SEGUROS DEL ESTADO a nivel nacional.
- Sitio web: A través de las páginas www.segurosdelestado.com y www.segurosdevidadelestado.com
- Contáctenos. Correo electrónico: info@segurosdelestado.com

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. 158811597

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CDA REVISION TECNICO MECANICA Y DE GASES FUSA

NIT: 901227244

No. de Certificado de Acreditación: 21-CDA-074

Fecha de expedición: 2022/03/25

Fecha de vencimiento: 2023/03/25

DATOS VEHÍCULO

PLACA: FTD412

CLASE: TRACTOCAMION

MARCA: CHEVROLET

MODELO: 1981

SERVICIO: Particular

COMBUSTIBLE: DIESEL

CILINDRAJE: 14011

NRO. MOTOR: 10889161

NRO. CHASIS: CH053711

VIN:

LÍNEA: BRIGADIER 229

COLOR: AZUL

NOMBRE PROPIETARIO: CAMILO LAVERDE y otro(s)

FIRMA DEL RESPONSABLE

LORENA ISABEL LOPEZ ALVAREZ

SOAT

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

ASEGURADORA

sura

890.903.407 – 9

FECHA DE EXPEDICIÓN	AÑO	MES	DÍA
	2022	01	15

VIGENCIA	AÑO	MES	DÍA
DESDE LAS 00 HORAS DEL	2022	01	19
HASTA LAS 23:59 HORAS DEL	2023	01	18

No. DE PÓLIZA.	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
28069467	OCK565	VOLQUETA	PARTICULAR	7636	2014

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
2	INTERNATIONAL	

LÍNEA VEHÍCULO
43004X2

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
466HM2U2203322	3HAMMAAR5EL499392	3HAMMAAR5EL499392	9193.0

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No.DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
YUBER RODRIGUEZ	3196647803	CEDULA	1019120624	

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1318	248	4999		

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN ADRES	TASA RUNT
320	$ 694,500	$ 361,100	$ 1,900

TOTAL A PAGAR $ 1,057,500

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

FIRMA AUTORIZADA



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 SURAMERICANA S.A para almacenar y usar mis datos personales con la finalidad de vincularme como cliente de SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A; para el tratamiento los mismos, incluso datos biométricos, que es un dato sensible, con el fin de ejecutar el contrato, entregar, transmitir o compartir mi información con: Centrales de Riesgo para reportar mi comportamiento crediticio; con proveedores, Intermediarios de Seguros, Compañía matriz, filiales y subsidiarias; para ser contactado para el envío de información y ofertas de productos; para las demás contempladas en la política de privacidad.

Las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles son facultativas. Como Titular de sus datos tiene derecho a conocerlos, actualizarlos, revocar y conocer la autorización para su tratamiento, solicitar la supresión cuando proceda y acceder en forma gratuita a los mismos.

El responsable del tratamiento de sus datos es SURAMERICANA S.A, para ejercer los derechos sobre éstos comunicarse al 437 8888 (Medellín, Bogotá y Cali) resto del país 01 800051888. Para conocer las políticas de privacidad visite www.segurossura.com.co"

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. 157347362

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CENTRO MOTOR AVENIDA BOYACA

NIT: 900274028

No. de Certificado de Acreditación: 10-OIN-050-001

Fecha de expedición: 2022/01/06

Fecha de vencimiento: 2023/01/06

DATOS VEHÍCULO

PLACA: OCK565

CLASE: VOLQUETA

MARCA: INTERNATIONAL

MODELO: 2014

SERVICIO: Particular

COMBUSTIBLE: DIESEL

CILINDRAJE: 7636

NRO. MOTOR: 466HM2U2203322

NRO. CHASIS: 3HAMMAAR5EL499392

VIN: 3HAMMAAR5EL499392

LÍNEA: 4300 4X2

COLOR: BLANCO

NOMBRE PROPIETARIO: YUBER A. RODRIGUEZ J.

FIRMA DEL RESPONSABLE

LUDY ADELA GONZALEZ BERNAL

SOAT

FECHA DE EXPEDICIÓN: 2022 9 5 — VIGENCIA: 2022 9 6 — HASTA LAS 24 HORAS DEL: 2023 9 5

No. DE PÓLIZA: 83941294 / 602304394

PLACA No.: PFA337

CLASE DE VEHÍCULO: CARGA O MIXTOS

SERVICIO: PARTICULAR

No. PASAJEROS: 2

MARCA: CHEVROLET

LÍNEA / REFERENCIA: C 70

CILINDRAJE: 5600

MODELO: 1984

CARROCERÍA: PLATON

No. MOTOR: PFA33708G0100014

No. CHASIS o SERIE: PFA33708G0100014

No. VIN: NA

CAPACIDAD TON: 7,00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: JOSE GARCIA AMAYA

IDENTIFICACIÓN DEL TOMADOR: 3105586638

TIPO DE DOCUMENTO DEL PROPIETARIO: CC

No. DOCUMENTO DEL PROPIETARIO: 823965332

CIUDAD DE MATRÍCULA VEHÍCULO: FUSAGASUGA

CLASIFICACIÓN ASEGURADORA: 1317

CLASE SINIESTRO: 31

CLASE PRODUCTO: 80002457

No. FORMULARIO: 83941294

CLASE EXPOSICIÓN: 5001

PASAJEROS: 32

PRIMA SOAT: $ 694.500

CONTRIBUCIÓN FONSAT: $ 361.100

OTROS COBROS: $ 1.900

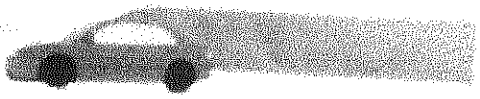
TOTAL A PAGAR: $ 1.057.500

FIRMA AUTORIZADA

AMPARO MUERTE ACCIDENTAL

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	





Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

En caso de accidente de tránsito:

Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos

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

Libertad y Orden

RUNT

CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 152768817

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CONTROL AUTOS DE FUSAGASUGA S.A.S

NIT: 900336502

No. de Certificado de Acreditación: 10-OIN-084-001

Fecha de expedición: 2022/09/27

Fecha de vencimiento: 2023/09/27

DATOS VEHÍCULO

PLACA: PFA337

CLASE: VOLQUETA

MARCA: CHEVROLET

MODELO: 1984

SERVICIO: Particular

COMBUSTIBLE: DIESEL

CILINDRAJE: 5600

NRO. MOTOR: PFA33708G0100014

NRO. CHASIS:

VIN:

LÍNEA: C 70

COLOR: ROJO

NOMBRE PROPIETARIO: CARLOS E. MOGOLLON

FIRMA DEL RESPONSABLE

NOHORA ALICIA ALCARCEL CEPEDA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10022989890

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
PFA337	CHEVROLET	C 70	1984

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
5.600	ROJO	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
VOLQUETA	PLATON	DIESEL	7000

NÚMERO DE MOTOR: PFA337T09G0100014 — REG: N — VIN: ******

NUMERO DE SERIE: CM459420 — REG: N — NÚMERO DE CHASIS: ****** — REG: N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): GARCIA AMAYA JOSE GABRIEL — IDENTIFICACIÓN: C.C. 82395332

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE: *******

POTENCIA HP: 0

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN

IE: I

FECHA IMPORT.

PUERTAS: 0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

****

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC. TTO.	FECHA VENCIMIENTO
21/02/1998	24/05/2021	******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA DE MOVILIDAD MPAL FUSAGASUGA

LT01008652881

SOAT

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

Seguros mundial

tu compañía siempre

FECHA DE EXPEDICIÓN	VIGENCIA	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL
2022 8 17	2022 8 18	2023 8 17

No. DE POLIZA	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
83811721 - 600003947	SSE096	CARGA O MIXTOS	PUBLICO	5700	1956

PASAJEROS	MARCA	CARROCERIA
2	FORD	PLATON

LINEA VEHICULO	No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
F 600	08G0131265	F60Z6E25588	NA	6,00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELEFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
NELSON HERNANDO AMAYA MORENO	3107930715	CC	11257510	FUSAGASUGA

CODIGO DE ASEGURADORA	COD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
1317	23	13158	83811721	25290

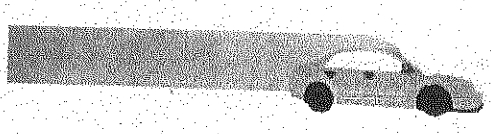
TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
32	$ 694.500	$ 361.100	$ 1.900

TOTAL A PAGAR

$ 1.057.500

FIRMA AUTORIZADA

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	800	SALARIOS
B. INCAPACIDAD PERMANENTE	180	MÍNIMOS
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	LEGALES
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	10	DIARIOS VIGENTES



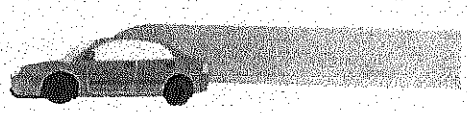
SEGURO TER-CERO

Ter-cero

Te respalda en caso de que [illegible] un accidente de tránsito y [illegible] daños a otros.

Consulta más información con el asesor [illegible] quien adquirió este SOAT o ingresa en:

www.segurotercero.com



Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]

En caso de accidente de tránsito:

- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]

Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos

- [illegible]

Habeas data

[illegible]

BENEFICIOS!

registro.tubeneficiomundial.com

www.tubeneficiomundial.com

Digitally signed by COMPANIA MUNDIAL DE SEGUROS SA
Date: 2022.08.17 16:58:58 -05:00

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10012137648

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
SSE096	FORD	F 600	1956

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
6.700	VERDE	PÚBLICO

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
VOLQUETA	PLATON	DIESEL	6000

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
08G0131265	N	F60Z6E25588

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
F60Z6E25588	N	F60Z6E25588	S

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
AMAYA MORENO NELSON HERNANDO	C.C. 11257510

RESTRICCIÓN MOVILIDAD	BLINDAJE	POTENCIA HP
	******	0

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN	I/E	FECHA IMPORT.	PUERTAS
1413	I	22/01/1956	2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC. TTO.	FECHA VENCIMIENTO
15/02/1961	18/07/2016	******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTEYMOV CUND/RICAURTE



LT01006851245

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

Libertad y Orden

RUNT

REGISTRO UNICO NACIONAL DE TRANSITO

CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 157636795

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CONTROL AUTOS DE FUSAGASUGA S.A.S

NIT: 900336502

No. de Certificado de Acreditación: 10-OIN-084-001

Fecha de expedición: 2022/01/21

Fecha de vencimiento: 2023/01/21

DATOS VEHÍCULO

PLACA: SSE096

CLASE: VOLQUETA

MARCA: FORD

MODELO: 1956

SERVICIO: Público

COMBUSTIBLE: DIESEL

CILINDRAJE: 5700

NRO. MOTOR: 08G0131265

NRO. CHASIS: F60Z6E25588

VIN: F60Z6E25588

LÍNEA: F 600

COLOR: VERDE

NOMBRE PROPIETARIO: NELSON H. AMAYA M.

FIRMA DEL RESPONSABLE

NOHORA ALICIA ALCARCEL CEPEDA

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. 160658099

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CENTRO MOTOR AVENIDA BOYACA

NIT: 900274028

No. de Certificado de Acreditación: 10-OIN-050-001

Fecha de expedición: 2022/08/03

Fecha de vencimiento: 2023/08/03

DATOS VEHÍCULO

PLACA: TGL323

CLASE: VOLQUETA

MARCA: INTERNATIONAL

MODELO: 2012

SERVICIO: Público

COMBUSTIBLE: DIESEL

CILINDRAJE: 10831

NRO. MOTOR: 35295946

NRO. CHASIS: 3HTWYAHT8CN088771

VIN: 3HTWYAHT8CN088771

LÍNEA: 7600 SBA

COLOR: ROJO

NOMBRE PROPIETARIO: BANCO DAVIVIENDA SA

FIRMA DEL RESPONSABLE

LUDY ADELA GONZALEZ BERNAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10022255185

PLACA	MARCA	LINEA	MODELO
UVM655	HINO	FM1JLUD	2015

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
7.961	BLANCO	PÚBLICO

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
VOLQUETA	PLATON	DIESEL	19245

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
J08CTT51045	N	9F3FM1JLUFXX13307

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
*******	N	9F3FM1JLUFXX13307	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
RODRIGUEZ JIMENEZ YUBER ARLEY

IDENTIFICACIÓN
C.C. 1019120624

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE: *******

POTENCIA HP: 256

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 32014092145749&

I/E: I

FECHA IMPORT.: 18/09/2014

PUERTAS: 2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

****

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC. TTO.	FECHA VENCIMIENTO
18/02/2015	13/02/2021	******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

ST RIA TTOYTTE MCPAL YOPAL



LT07000431779

Escaneado con CamScanner

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. 158624219

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CENTRO MOTOR AVENIDA BOYACA

NIT: 900274028

No. de Certificado de Acreditación: 10-OIN-050-001

Fecha de expedición: 2022/03/12

Fecha de vencimiento: 2023/03/12

DATOS VEHÍCULO

PLACA: UVM655

CLASE: VOLQUETA

MARCA: HINO

MODELO: 2015

SERVICIO: Público

COMBUSTIBLE: DIESEL

CILINDRAJE: 7961

NRO. MOTOR: J08CTT51045

NRO. CHASIS: 9F3FM1JLUFXX13307

VIN: 9F3FM1JLUFXX13307

LÍNEA: FM1JLUD

COLOR: BLANCO

NOMBRE PROPIETARIO: YUBER A. RODRIGUEZ J.

FIRMA DEL RESPONSABLE

LUDY ADELA GONZALEZ BERNAL

Escaneado con CamScanner

SOAT

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

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	3	7	2022	3	8	2023	3	7

ASEGURADORA

seguros mundial®

tu compañía siempre

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
83105519 - 605419110	UVM655	CARGA O MIXTOS	PUBLICO	7961	2015

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
2	HINO	PLATON
	LÍNEA VEHÍCULO: FM1JLUD	

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
J08CTT51045	9F3FM1JLUFXX13307	9F3FM1JLUFXX13307	19,24

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No.DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
YUBER RODRIGUEZ ARLEY	3217534107	CC	1019120624	BOGOTA D.C.

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
1317	14	80000957	83105519	11001

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
33	$ 878.400	$ 456.700	$ 1.900

TOTAL A PAGAR

$ 1.337.000

FIRMA AUTORIZADA

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRURGICOS, 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	

CLUB TU BENEFICIO MUNDIAL

¡Ahora que estás a salvo! ingresa al **Club Tu Beneficio Mundial** y disfruta **descuentos y promociones** de manera ilimitada en diferentes establecimientos de comercio a Nivel Nacional: **registro.tubeneficiomundial.com** Cuando te registres en el enlace recibirás un correo electrónico de forma automática, ábrelo y haz clic en el botón **UNIRTE**, crea tu contraseña y ¡a disfrutar por montón en **www.tubeneficiomundial.com**

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.

Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos

- Con el fin de evitar duplicidad de amparos, si en la expedición del seguro obligatorio la aseguradora evidencia que actualmente existe una póliza vigente cargada en el RUNT, la vigencia de la póliza que se está expidiendo se modificará de tal forma que inicie vigencia a partir del vencimiento de la póliza que ya se encuentra registrada en el RUNT.

Habeas data

Dando cumplimiento a ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario, sus datos serán tratados de conformidad con la Política de Protección de Datos Personales que se encuentra publicada en https://www.segurosmundial.com.co/media/PoliticaProtecciondeDatosV2Enerode2019.pdf para las finalidades y bajo los procedimientos que allí se señalan; usted podrá ejercer su derecho de conocer, actualizar, y rectificar sus datos a través de nuestros canales disponibles en www.segurosmundial.com.co/servicio-al-cliente/

Digitally signed by COMPANIA MUNDIAL DE SEGUROS SA
Date: 2022.07.07 10:55:41 -05:00

Escaneado con CamScanner

seguros mundial®

tu compañía siempre



Existimos porque **CREEMOS** *que tus sueños* deben ser una realidad

SOLUCIONES CORPORATIVAS

- SOAT
- Accidentes Personales
- Arriendos
- Disfruta Tranquilo
- Conduce Tranquilo
- Vida
- Responsabilidad Cívil Familiar
- Cumplimiento
- Judiciales
- Ingeniería
- RCE Transporte Público dePasajeros
- Crédito
- Patrimonio

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Líneas de Atención al Cliente:

- **Bogotá:** 327 47 12/13
- **Nacional:** 018000 111 935

www.segurosmundial.com.co

@SegurosMundial

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

Escaneado con CamScanner

RUNT

Consulta Automotores

Realizar otra consulta

Señor usuario si la información suministrada no corresponde con sus datos reales por favor comuníquese con la autoridad de tránsito en la cual solicitó su trámite.

PLACA DEL VEHÍCULO:

UVM655

NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:

10022255185

ESTADO DEL VEHÍCULO:

ACTIVO

TIPO DE SERVICIO:

Público

CLASE DE VEHÍCULO:

VOLQUETA

Información general del vehículo

MARCA:

HINO

LÍNEA:

FM1JLUD

Escaneado con CamScanner

MODELO:

2015

COLOR:

BLANCO

NÚMERO DE SERIE:

NÚMERO DE MOTOR:

J08CTT51045

NÚMERO DE CHASIS:

9F3FM1JLUFXX13307

NÚMERO DE VIN:

9F3FM1JLUFXX13307

CILINDRAJE:

7961

TIPO DE CARROCERÍA:

PLATON

TIPO COMBUSTIBLE:

DIESEL

FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):

18/02/2015

AUTORIDAD DE TRÁNSITO:

STRIA TTOyTTE MCPAL YOPAL

GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:

NO

CLÁSICO O ANTIGUO:

NO

Escaneado con CamScanner



CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL SAS.
Nit: 830.082.968-6
Licencia Salud Ocupacional Resolución No. 7095/2015
202203684

Se certifica que al señor(a):	**JAIME ALARCON SOCHA**
Identificado(a) con documento:	**CC 4168664**
Se le practicaron los exámenes:	**AUDIOMETRIA** **EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL** **VISIOMETRIA**
Tipo de exámen:	**PREOCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR**
Empresa:	**ARK INGENIERIA SAS**
Cargo:	**CONDUCTOR**
Fecha:	**12/02/2022**

Los exámenes arrojaron como resultado: **APTO SIN RESTRICCIÓN**

Restricciones:

NO

Recomendaciones laborales:

APTO PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR.

USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDOS.
AUTOCUIDADO, PROPENDER POR LA REALIZACION DE ACTOS SEGUROS.
HIGIENE POSTURAL.
PAUSAS ACTIVAS.
CAPACITACIÓN PARA EL MANEJO ADECUADO DE CARGAS.

EVITAR EXPOSICION A NIVELES ELEVADOS DE RUIDO SIN LA ADECUADA PROTECCION AUDITIVA.
CONDUCIR CON VENTANILLA CERRADA. REPOSO AUDITIVO.

CUMPLIR LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS DEL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA (RESOLUCIÒN 000666 DEL 24 DE ABRIL DE 2020 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL.

Recomendaciones generales:

CONTROL MEDICO ESPECIALISTA OTORRINOLARINGOLOGO POR EPS.

DIETA. EJERCICIO FISICO Y RECREATIVO, EN FORMA REGULAR.

REALIZAR CONTROL MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL ANUAL O, ACORDE AL PROFESIOGRAMA DE LA EMPRESA.

ACTUALMENTE NO PRESENTA NI REFIERE SIGNOS, SÍNTOMAS NI COMORBILIDAD ASOCIADA A COVID-19 DE ACUERDO CON CIRCULAR EXTERNA 030 DEL 8 DE MAYO DE 2020 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL.

REALIZAR: LAVADO PERMANENTE DE MANOS CON AGUA Y JABÓN. USO PERMANENTE DE TAPABOCAS. ETIQUETA RESPIRATORIA. DISTANCIAMIENTO SOCIAL. CONTROL DIARIO DE CONDICIÓN DE SALUD, REPORTAR EN FORMA OPORTUNA SINTOMATOLOGIA RELACIONADA CON COVID-19.



DR. PEDRO PABLO PEREZ SUAREZ
MEDICO - ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LICENCIA :3804 DE 2018

JAIME ALARCON SOCHA
CC 4168664

Certifico, que los datos aportados por mí en la presente historia clínica son verídicos y no he omitido información actual o de antecedentes de mi salud, me hago responsable de la misma conociendo las implicaciones legales; así mismo, he recibido información clara por parte del personal médico sobre el procedimiento realizado y he conocido el resultado para acatar las recomendaciones

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901447769	2	ARK INGENIERIA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	ARK	calle 136-157a-10	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7534107	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-08	1604877096	9438745467	E	2022/08/16	2022/08/16	BANCO CAJA SOCIAL	0	$5,219,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: ARK (22 Afiliados)																								$15,933,338	$2,549,800			$16,933,338	$762,800			$16,933,338	$677,800			$16,933,338		$1,179,100		$1,000,000	$50,000		$5,219,500
Centro de Trabajo: ARK OBRA (22 Afiliados)																								$15,933,338	$2,549,800			$16,933,338	$762,800			$16,933,338	$677,800			$16,933,338		$1,179,100		$1,000,000	$50,000		$5,219,500
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (22 Afiliados)																								$15,933,338	$2,549,800			$16,933,338	$762,800			$16,933,338	$677,800			$16,933,338		$1,179,100		$1,000,000	$50,000		$5,219,500
1	CC	4168664	ALARCON SOCHA JAIME																			25-14	30	$1,000,000	$160,000	EPS008	30	$1,000,000	$40,000	CCF24	30	$1,000,000	$40,000	14-11	30	$1,000,000	6.960%	$69,600	30	$0	$0	Si	$309,600
2	CC	1026559967	BARRAGAN GOMEZ LUIS ALBERTO	X	X																	230301	25	$833,334	$133,400	EPS017	25	$833,334	$33,400	CCF24	25	$833,334	$33,400	14-11	25	$833,334	6.960%	$58,100	25	$0	$0	Si	$258,300
3	CC	83242044	CAMPO PALOMINO RAMON																			25-14	30	$1,000,000	$160,000	EPS008	30	$1,000,000	$40,000	CCF24	30	$1,000,000	$40,000	14-11	30	$1,000,000	6.960%	$69,600	30	$0	$0	Si	$309,600
4	CC	1000454839	CARDONA GUTIERREZ JULIAN DAVID		X																	230301	1	$33,334	$5,400	EPS017	1	$33,334	$1,400	CCF24	1	$33,334	$1,400	14-11	1	$33,334	6.960%	$2,400	1	$0	$0	Si	$10,600
5	CC	74330071	CASTELBLANCO MELO HECTOR	X	X																	230201	19	$633,334	$101,400	EPS008	19	$633,334	$25,400	CCF24	19	$633,334	$25,400	14-11	19	$633,334	6.960%	$44,100	19	$0	$0	Si	$196,300
6	CC	4950014	DIAZ FORERO FERMIN																			230201	30	$1,000,000	$160,000	EPS005	30	$1,000,000	$40,000	CCF24	30	$1,000,000	$40,000	14-11	30	$1,000,000	6.960%	$69,600	30	$0	$0	Si	$309,600
7	CC	1007600867	DUCUARA PEREZ YEINSY ANDRES		X																	230201	1	$33,334	$5,400	EPS017	1	$33,334	$1,400	CCF24	1	$33,334	$1,400	14-11	1	$33,334	6.960%	$2,400	1	$0	$0	Si	$10,600
8	CC	10265578	ECHEVERRI HENRY																			25-14	30	$1,000,000	$160,000	EPS002	30	$1,000,000	$40,000	CCF24	30	$1,000,000	$40,000	14-11	30	$1,000,000	6.960%	$69,600	30	$0	$0	Si	$309,600
9	CC	80376153	GARZON CASTILLO SANTOS JORGE																			25-14	30	$1,000,000	$160,000	EPS017	30	$1,000,000	$40,000	CCF24	30	$1,000,000	$40,000	14-11	30	$1,000,000	6.960%	$69,600	30	$0	$0	Si	$309,600
10	CC	74333573	JIMENEZ BECERRA CARLOS																			25-14	30	$1,000,000	$160,000	EPS017	30	$1,000,000	$40,000	CCF24	30	$1,000,000	$40,000	14-11	30	$1,000,000	6.960%	$69,600	30	$0	$0	Si	$309,600
11	CC	1192890245	MENA CORDOBA CARLOS ANDRES																			230301	30	$1,000,000	$160,000	EPS017	30	$1,000,000	$40,000	CCF24	30	$1,000,000	$40,000	14-11	30	$1,000,000	6.960%	$69,600	30	$0	$0	Si	$309,600
12	CC	19453582	MONCADA VELANDIA DIOVISELDO																			25-14	30	$1,000,000	$160,000	EPS002	30	$1,000,000	$40,000	CCF24	30	$1,000,000	$40,000	14-11	30	$1,000,000	6.960%	$69,600	30	$0	$0	Si	$309,600
13	CC	1193133518	MONTIEL PERILLA JAVIER ANDRES		X																	230301	23	$766,667	$122,700	EPS002	23	$766,667	$30,700	CCF24	23	$766,667	$30,700	14-11	23	$766,667	6.960%	$53,400	23	$0	$0	Si	$237,500
14	CC	1022967017	MUSE QUILCUE JOSE ALBEIRO																			230301	30	$1,000,000	$160,000	EPS037	30	$1,000,000	$40,000	CCF24	30	$1,000,000	$40,000	14-11	30	$1,000,000	6.960%	$69,600	30	$0	$0	Si	$309,600
15	CC	12602197	PADILLA ACOSTA JOSE MIGUEL		X																	230301	17	$566,667	$90,700	EPS037	17	$566,667	$22,700	CCF24	17	$566,667	$22,700	14-11	17	$566,667	6.960%	$39,500	17	$0	$0	Si	$175,600
16	CC	1006094742	QUIÑONES SANCHEZ ARVEY																			230301	30	$1,000,000	$160,000	EPS002	30	$1,000,000	$40,000	CCF24	30	$1,000,000	$40,000	14-11	30	$1,000,000	6.960%	$69,600	30	$0	$0	Si	$309,600
17	CC	1055226732	RICO CARDENAS FILDARDO ANTONIO																			230301	30	$1,000,000	$160,000	EPS017	30	$1,000,000	$40,000	CCF24	30	$1,000,000	$40,000	14-11	30	$1,000,000	6.960%	$69,600	30	$0	$0	Si	$309,600
18	CC	19374145	ROMERO ALVAREZ LIBARDO																				0	$0	$0	EPS010	30	$1,000,000	$125,000	CCF24	30	$1,000,000	$40,000	14-11	30	$1,000,000	6.960%	$69,600	30	$1,000,000	$50,000	No	$284,600
19	CC	1022971649	ROSAS NARANJO CRISTIAN ENRIQUE		X																	230301	1	$33,334	$5,400	EPS017	1	$33,334	$1,400	CCF24	1	$33,334	$1,400	14-11	1	$33,334	6.960%	$2,400	1	$0	$0	Si	$10,600
20	CC	4132243	SALAMANCA PIÑEROS VICTOR MANUEL																			230201	30	$1,000,000	$160,000	EPS017	30	$1,000,000	$40,000	CCF24	30	$1,000,000	$40,000	14-11	30	$1,000,000	6.960%	$69,600	30	$0	$0	Si	$309,600
21	CC	1000458838	SERNA PALACIOS JHON FREDDY																			230301	30	$1,000,000	$160,000	EPS002	30	$1,000,000	$40,000	CCF24	30	$1,000,000	$40,000	14-11	30	$1,000,000	6.960%	$69,600	30	$0	$0	Si	$309,600
22	CC	1018447740	TENORIO ORTIZ YERSON GILBERTO		X																	231001	1	$33,334	$5,400	EPS037	1	$33,334	$1,400	CCF24	1	$33,334	$1,400	14-11	1	$33,334	6.960%	$2,400	1	$0	$0	Si	$10,600
Total			**Afiliados(22)**																					$15,933,338	$2,549,800			$16,933,338	$762,800			$16,933,338	$677,800			$16,933,338		$1,179,100		$1,000,000	$50,000		$5,219,500

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901447769	2	ARK INGENIERIA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	ARK	calle 136-157a-10	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7534107	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-08	1604877096	9438745467	E	2022/08/16	2022/08/16	BANCO CAJA SOCIAL	0	$5,219,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				21	$2,549,800	$0	$0	$2,549,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$5,400	$0	$0	$5,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	6	$960,000	$0	$0	$960,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	10	$1,157,600	$0	$0	$1,157,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	4	$426,800	$0	$0	$426,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				22	$1,179,100	$0	$0	$1,179,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	22	$1,179,100	$0	$0	$1,179,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				22	$677,800	$0	$0	$677,800
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	22	$677,800	$0	$0	$677,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 6)				22	$762,800	$0	$0	$762,800
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	3	$105,400	$0	$0	$105,400
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$125,000	$0	$0	$125,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	9	$237,600	$0	$0	$237,600
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	3	$64,100	$0	$0	$64,100
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	5	$190,700	$0	$0	$190,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$40,000	$0	$0	$40,000
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$30,000	$0	$0	$30,000
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	1	$30,000	$0	$0	$30,000
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$20,000	$0	$0	$20,000
SENA	PASENA	899,999,034	1	1	$20,000	$0	$0	$20,000
TOTAL				22	$5,219,500	$0	$0	$5,219,500

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. 158624219

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CENTRO MOTOR AVENIDA BOYACA

NIT: 900274028

No. de Certificado de Acreditación: 10-OIN-050-001

Fecha de expedición: 2022/03/12

Fecha de vencimiento: 2023/03/12

DATOS VEHÍCULO

PLACA: UVM655

CLASE: VOLQUETA

MARCA: HINO

MODELO: 2015

SERVICIO: Público

COMBUSTIBLE: DIESEL

CILINDRAJE: 7961

NRO. MOTOR: J08CTT51045

NRO. CHASIS: 9F3FM1JLUFXX13307

VIN: 9F3FM1JLUFXX13307

LÍNEA: FM1JLUD

COLOR: BLANCO

NOMBRE PROPIETARIO: YUBER A. RODRIGUEZ J.

FIRMA DEL RESPONSABLE

LUDY ADELA GONZALEZ BERNAL

Escaneado con CamScanner

SOAT

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

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	3	7	2022	3	8	2023	3	7

ASEGURADORA

seguros mundial®

tu compañía siempre

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
83105519 - 605419110	UVM655	CARGA O MIXTOS	PUBLICO	7961	2015

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
2	HINO	PLATON
	LÍNEA VEHÍCULO: FM1JLUD	

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
J08CTT51045	9F3FM1JLUFXX13307	9F3FM1JLUFXX13307	19,24

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No.DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
YUBER RODRIGUEZ ARLEY	3217534107	CC	1019120624	BOGOTA D.C.

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
1317	14	80000957	83105519	11001

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
33	$ 878.400	$ 456.700	$ 1.900

TOTAL A PAGAR

$ 1.337.000

FIRMA AUTORIZADA

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRURGICOS, 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	

CLUB TU BENEFICIO MUNDIAL

¡Ahora que estás a salvo! ingresa al **Club Tu Beneficio Mundial** y disfruta **descuentos y promociones** de manera ilimitada en diferentes establecimientos de comercio a Nivel Nacional: **registro.tubeneficiomundial.com** Cuando te registres en el enlace recibirás un correo electrónico de forma automática, ábrelo y haz clic en el botón **UNIRTE**, crea tu contraseña y ¡a disfrutar por montón en **www.tubeneficiomundial.com**

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.

Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos

- Con el fin de evitar duplicidad de amparos, si en la expedición del seguro obligatorio la aseguradora evidencia que actualmente existe una póliza vigente cargada en el RUNT, la vigencia de la póliza que se está expidiendo se modificará de tal forma que inicie vigencia a partir del vencimiento de la póliza que ya se encuentra registrada en el RUNT.

Habeas data

Dando cumplimiento a ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario, sus datos serán tratados de conformidad con la Política de Protección de Datos Personales que se encuentra publicada en https://www.segurosmundial.com.co/media/PoliticaProtecciondeDatosV2Enerode2019.pdf para las finalidades y bajo los procedimientos que allí se señalan; usted podrá ejercer su derecho de conocer, actualizar, y rectificar sus datos a través de nuestros canales disponibles en www.segurosmundial.com.co/servicio-al-cliente/

Digitally signed by COMPANIA MUNDIAL DE SEGUROS SA
Date: 2022.07.07 10:55:41 -05:00

Escaneado con CamScanner

CONTRATO DE OBRA No. 0586-2022

OBJETO: "REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE INTEGRACIÓN EINNOVACIÓN SOCIAL DE FUSAGASUGÁ"

INFORME MENSUAL No. 005
CENTRO DE INTEGRACION E INNOVACION SOCIAL DE FUSAGASUGA

ANEXO 8 PLAN RCD

FUSAGASUGA, ENERO 2023

FORMATO SEGUIMIENTO Y APROVECHAMIENTO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN Y DEMOLICIÓN EN OBRA

Seguimiento y aprovechamiento

Descripción del material				Volúmenes proyectados en PGIRCD			3. Aprovechamiento o tratamiento de RCD				4. Lugar de disposición final	5. Acumulado				Mes de reporte: DICIEMBRE 2022			
																Datos del mes del reporte			
Etapa	Tipología de residuo	Componente	Observaciones Descripción del RCD	1. Volumen total de materiales de construcción a usar en obra (m3)	2. Cantidad proyectada de RCD a generar en obra (m3)	2. Cantidad proyectada de RCD a generar en obra (TON)	Disposición final de RCD (m3)	Volumen de RCD Reutilizado (m3)	Volumen de RCD Reciclado (m3)	Otros tratamientos (m3)		Volumen total de materiales de construcción usados en obra (m3)	Cantidad real generada (m3)	Cantidad real generada (TON)	Justificación	Volumen total de materiales de construcción usados en obra (m3)	Cantidad real de RCD generada (m3)	Cantidad real de RCD generada (TON)	Justificación
Demolición	RCD Pétreos	Concretos, cerámicos, ladrillos, arenas, gravas, cantos, bloques o fragmentos de roca, baldosines, morteros, asfalto y materiales inertes.	N.A		3097	5104				144,63	REUTILIZACION EN OBRA		6531	3.675			1.295	1,271.4	CAMPO ALEGRE
	RCD no Pétreos	Plásticos, Metales, Madera, Cartón, Papel, Vidrios, Otros.	N.A										0	0			0	0	
Excavación y Cimentación	Residuos Cespedón	Coberturas vegetales	N.A										0	0			0	0	
	Residuos finos expansivos y no expansivos	Tierras, arcillas (caolín), limos y residuos inertes poco o no plásticos y expansivos que sobrepasan el tamiz #200 de granulometría, arcillas (Caolín), limos y residuos inertes poco o no plástico y expansivos que sobrepasan el tamiz #200 de granulometría.	N.A										0	0			0	0	
Construcción	RCD Pétreos	Concretos, cerámicos, ladrillos, arenas, gravas, cantos, bloques o fragmentos de roca, baldosines, morteros, asfaltos y materiales inertes.	N.A	2016,00	0	3324						0	175,75			0			TREMEX
	RCD no Pétreos	Plásticos, Metales, Madera, Cartón, Papel, Vidrios, Otros.	N.A	0								0				0			
	Residuos de carácter metálico	Acero, hierro, cobre, aluminio, estaño y zinc	N.A	0								0				0			
	Residuos especiales	Poliestireno, cartón-yeso (drywall), llantas usadas	N.A	0								0				0			
	Residuos peligrosos	Desechos de productos químicos, emulsiones, alquitrán, pinturas, disolventes orgánicos, aceites, asfaltos, resinas, plastificantes, tintas, betunes, barnices, tejas de asbesto, escoria, plomo, cenizas volantes, luminarias convencionales y fluorescentes, y desechos explosivos o cualquier elemento que esté incluído en los anexos del Decreto 4741 de 2005.	N.A	0		0						0				0			
TOTAL				2016	3097	8428	0	0,00	0	144,63		0	6707	3675	0	0	1295	0	
25% DE RCD				6492															

ESTIMACION DE COSTOS DE TRATAMIENTO DE LOS RCD DE LA OBRA											
RCD GENERADO	ESTIMACION RCD		EXPLICACION DE LA CONVERSION	UNIDAD	PRECIO DE GESTION EN PLANTA			DISPOSICION FINAL			
	CANTIDAD ESTIMADA SEGÚN PG-RCD	UNIDAD			COSTO POR UNIDAD	COSTO TOTAL	% DEL PRESUPUESTO DE LA OBRA	UNIDAD	COSTO POR UNIDAD	COSTO TOTAL	% DEL PRESUPUESTO DE LA OBRA
Coberturas vegetales	0	M3	N.A.	M3	34000	$ 0	0,00	M3	$ 24.000	0	0,00
Tierras, arcillas (Caolin), limos y residuos inertes, plastico y expansivos que sobrepasen el tamiz # 200 de granulometria, arcillas (caolin), limos y residuos inertes poco o no plastico y expansivos que sobrepasan el tamiz # 200 de granulometria	1.295	M3	N.A.	M3	34000	$ 44.030.000	1,42	**M3**	$ 34.000	44030000	1,42
Concretos, ceramicos, ladrillos, arenas, gravas, cantos, bloques o fragmentos de roca, baldosines, morteros, asfalto y materiales inertes	0	M3	N.A.	M3	34000	$ 0	0,00	**M3**	$ 34.000	0	0,00
Plasticos, PVC	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	**N.A.**	N.A.	N.A.	N.A.
Maderas	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	**N.A.**	N.A.	N.A.	N.A.
Carton, Papel	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	**N.A.**	N.A.	N.A.	N.A.
Vidrios	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	**N.A.**	N.A.	N.A.	N.A.
Acero, hierro, cobre, aluminio, estaño y zinc	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	**N.A.**	N.A.	N.A.	N.A.
Poliestireno, carton-yeso (drywall), llantas usadas	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	**N.A.**	N.A.	N.A.	N.A.
Desechos de productos químicos, emulsiones, alquitrán, pinturas, disolventes orgánicos, aceites, asfaltos, resinas, plastificantes, tintas, betunes, barnices, tejas de asbesto, escoria, plomo, cenizas volantes, luminarias convencionales y fluorescentes, y desechos explosivos o cualquier elemento que este incluido en los anexos del Decreto 4741 de 2005	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	**N.A.**	N.A.	N.A.	N.A.
Materiales que no pertenecen a los grupos anteriores	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	**N.A.**	N.A.	N.A.	N.A.
Valor Total										**$ 44.030.000**	1,42%

1. Registro fotográfico del "antes" del sitio que va a ser usado para la reutilización con referencia de la zona.





2. Esquema del área para reutilización de los RCD´s

Altura:70 cm
Area: 35.49 m3
Área 4.42 m3
Área: 15.28 m3
Área 5.62 m3
Área 35.49 m3
Área 21.64 m3
Área 11.17 m3
Área 15.52 m3

3. Tipo de material a emplear en la reutilización:
Material de excavación (RCD)

4. Descripción del proceso a realizar. Definir el residuo y el coeficiente de compactación del material:

5. Registro fotográfico durante la reutilización





6. Registro fotográfico de la finalización del proceso de reutilización





7. Volumen total de material reciclado ingresado (m3):
144.63 M3

8. Duración del proceso (meses):

UNO

9. Área final recuperada (m2):

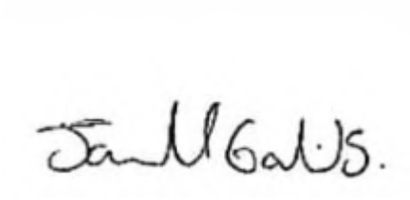
14.63

10. Valor del % de la reutilización, respecto al total del material utilizado para la construcción de la obra (%):

144 %

11. Al corte del presente informe se realizó aprovechamiento de RCD de suministro, en obra se reutilizaron 144.63 m3 de RCD.

Cordialmente,



_____

SANDRA LLIANA GALINDO SANCHEZ
Representante Legal
CONSORCIO CONSTRUEDIFICAIONES 2022

1321-23

Bogotá D.C. Febrero 1 de 2023

Señor

CONSORCIO PARQUES 2022

Ciudad Bogotá

Ref. Material Despachado en sus obras REFA 1434174 PARQUE LLANO VERDE (67103684)

Por la presente estamos entregando los volúmenes despachados en la obra en referencia del pedido **14 – 27 de Diciembre 2023.**

Nuestras materias primas provienen de procesos industriales que garantizan el cumplimiento de las especificaciones contempladas en las normas ICONTEC.

- Cemento Portland (NTC 121 [ASTM C150] Especificaciones físicas y NTC 321 [ASTM 595] Especificaciones químicas). El cemento proviene de la fábrica de Cementos ubicada en La Calera – Cundinamarca.
- Agregados (NTC 174 [ASTM C33] Especificaciones de agregados para concreto).
- Agua (NTC 3459 Agua para la elaboración del concreto).
- Aditivos (NTC 1299 [ASTM C494] Aditivos químicos para concreto). BASF y Toxement.

- Los diseños de mezcla de los concretos se rigen por la Norma Sismorresistente NSR-10.
- La producción de concreto sigue los lineamientos de la norma NTC 3318 [ASTM C94] Concreto Premezclado.

DETALLE DE FACTURACION CONCRETO

67103684 REFA 1434174 PARQUE LLANO VERDE	Diciembre **Concreto**	22/12/2022	**225035235** Factura	**1-175-5-A-28-15-1-3-000**	M3	24.00
		27/12/2022	**225237411** Factura	**1-175-5-A-28-15-1-3-000**	M3	38.00
	Total Diciembre					**62.00**
Total general						**62.00**

DETALLE POR PRODUCTO

Sector	Denominación Material	UM	Cantidad Venta
Concreto	**1-175-5-A-28-15-1-3-000**	M3	62.00
Total general			**62.00**

Atentamente,

ADMINISTRACIÓN COMERCIAL REGIONAL

J. PACHON S.A.S
NIT: 900.298.031-2

Certificado No. 254-22
Fecha de emisión Diciembre 15 de 2022

CERTIFICADO DE GESTION DE RESIDUOS

J PACHON S.A.S

NIT 900.298.031-2
Gestor final de RCD

DATOS BASICOS DEL GESTOR RCD			
No. Registro car	006	**Gestor**	Disposición final
Nombre o razón social	J PACHON SAS	**Nit**	900.298.031-2
Nombre establecimiento	Sitio de Disposición Final RCD – Campoalegre bajo		
Representante legal	Sarah Marcela Pachón Melo		
Dirección	Calle 16 No. 12 – 07	**Ciudad**	Fusagasugá
Teléfono	3156864422	**Email**	ambiental@jpachon.net

CERTIFICA

Realizo la disposición final de residuos de construcción y demolición RCD presentados por:

DATOS BASICOS DEL GENERADOR					
Número único asignado por parte de la autoridad ambiental					
Nombre o razón social	CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022			**Nit**	901.604.402-9
Representante legal	IVAN ALONSO PARDO AVILA				
Dirección de domicilio	AC 24 51 40 OF 316		**Ciudad**	Bogotá	
Teléfono	6014672734	**Email**	contabilidad@estudios.com.co		
Nombre del proyecto	Ancianato				
Dirección	CR 7 No. 3 – 27		**Ciudad**	Fusagasugá	

CANTIDADES DE RCD RECIBIDOS DEL GENERADOR POR TIPO	**m^3**	**t**
Productos de excavación y sobrantes de la adecuación del terreno	1001	982,6
Productos de cimentaciones y pilotajes		
Pétreos		
Total	**1001**	**982,6**
Fecha de recepción de los RCD	Del 1 de diciembre al 15 de diciembre del año 2022	

Esta certificación se expide a solicitud del interesado, a los quince (15) días del mes de diciembre del año 2022.

En constancia firma,

SARAH MARCELA PACHON MELO
Representante Legal Suplente
J PACHON S.A.S.
NIT 900.298.031-2

QR verificación autenticidad

Calle 16 No. 12-07 Barrio Fontanar Telefax 8676580 Cel: 3156864422 Fusagasugá
Email: ambiental@jpachon.net

Powered by CamScanner

J. PACHON S.A.S
NIT: 900.298.031-2

Certificado No. 267-22
Fecha de emisión Diciembre 31 de 2022

CERTIFICADO DE GESTION DE RESIDUOS

J PACHON S.A.S

NIT 900.298.031-2
Gestor final de RCD

DATOS BASICOS DEL GESTOR RCD			
No. Registro car	006	**Gestor**	Disposición final
Nombre o razón social	J PACHON SAS	**Nit**	900.298.031-2
Nombre establecimiento	Sitio de Disposición Final RCD – Campoalegre bajo		
Representante legal	Sarah Marcela Pachón Melo		
Dirección	Calle 16 No. 12 – 07	**Ciudad**	Fusagasugá
Teléfono	3156864422	**Email**	ambiental@jpachon.net

CERTIFICA

Realizo la disposición final de residuos de construcción y demolición RCD presentados por:

DATOS BASICOS DEL GENERADOR					
Número único asignado por parte de la autoridad ambiental					
Nombre o razón social	CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022			Nit	901.604.402-9
Representante legal	IVAN ALONSO PARDO AVILA				
Dirección de domicilio	AC 24 51 40 OF 316		**Ciudad**	Bogotá	
Teléfono	6014672734	**Email**	contabilidad@estudios.com.co		
Nombre del proyecto	Ancianato				
Dirección	CR 7 No. 3 - 27		**Ciudad**	Fusagasugá	

CANTIDADES DE RCD RECIBIDOS DEL GENERADOR POR TIPO	**m^3**	**t**
Productos de excavación y sobrantes de la adecuación del terreno	294	288.8
Productos de cimentaciones y pilotajes		
Pétreos		
Total	**294**	**288.8**
Fecha de recepción de los RCD	Del 16 al 31 de diciembre del año 2022	

Esta certificación se expide a solicitud del interesado, a los treinta y un (31) días del mes de diciembre del año 2022.

En constancia firma,

SARAH MARCELA PACHON MELO
Representante Legal Suplente
J PACHON S.A.S.
NIT 900.298.031-2

QR verificación autenticidad

Calle 16 No. 12-07 Barrio Fontanar Telefax 8676580 Cel: 3156864422 Fusagasugá
Email: ambiental@jpachon.net

Powered by CamScanner

INDICADORES RCD

CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022 **CONTRATO** **2022-0586**

"REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE INTEGRACION E INNOVACIÓN SOCIAL DE FUSAGASUGÁ"

MES DICIEMBRE **DURACION** SIETE (7) MESES

INDICADOR DE EFICIENCIA

Gastos mensuales de la implementación del PG RCD ($)
Presupuesto planeado para el PG RCD ($)
X 100

44.030.000
68.544.000
X 100

EFICIENCIA **64%**

Este indicador permite conocer la inversión realizada mes a mes por parte del generador en la gestión de los RCD de la obra, con respecto a lo calculado en la fase de planeación y presentado en el Plan de Gestión de RCD

INDICADOR DE EFICACIA

Cantidad de residuos aprovechados en la obra por mes (m3)
Cantidad de material usado para la ejecución de la obra (m3)
X 100

144.63
75,00
X 100

EFICACIA **192%**

Este indicador permite controlar el volumen de RCD aprovechados en la obra respecto a los generados, y verificar el cumplimiento del porcentaje definido por la Resolución 1115 de 2012, de acuerdo con el año de vigencia.

INDICADOR DE EFECTIVIDAD

Cantidad de RCD dispuestos en sitios autorizados durante el mes (m3)
Cantidad estimada de RCD a generar en el mes (m3)
X 100

164
288,0
X 100

EFECTIVIDAD **57%**

CONTRATO DE OBRA No 2022-0586

CONSTRUCCION DEL CENTRO DE INTEGRACION E INNOVACION SOCIAL DE FUSAGASUGÁ DEL MUNICIPIO DE FUSAGASUGA – CUNDINAMARCA".

ANEXO No 11
INFORME GESTION SOCIAL No 5

VERSIÓN 1

CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022

ENERO 2023

TABLA 1. LISTA DE DISTRIBUCIÓN

DESTINATARIO	No. DE COPIAS
Alcaldía Fusagasugá	1
Archivo Proyecto	1

TABLA 2 ESTADO DE REVISIÓN Y APROBACIÓN

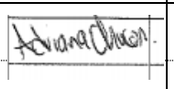
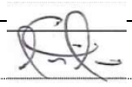
TÍTULO DEL DOCUMENTO:		Producto Social – Informe No 1				
DOCUMENTO No.:		01				
APROBACIÓN	**NÚMERO DE LA REVISIÓN**		**0**	**1**		
	RESPONSABLE DE LA ELABORACIÓN	**Nombre:**	Angelica Gonzalez			
		Firma:				
		Fecha:	02-02-2023			
	Vo. Bo. DIRECTOR DEL PROYECTO	**Nombre:**	Ing. Luis G. Farfán			
		Firma:				
		Fecha:	02-02-2023			

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN 5

1.1 OBJETIVO GENERAL 6
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 6

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO 7

2.1 INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA E INTERVENTORÍA. 7
2.2 LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO 8
2.3. POBLACIÓN BENEFICIARIA 8

3. ACTIVIDADES DE GESTIÓN SOCIAL CON LA COMUNIDAD "INFORME NO 1" 9

3.1 PERIODO REPORTADO: 9
3.2 TIEMPOS DE DEDICACIÓN DEL PERSONAL SOCIAL EN EL PROYECTO 9
3.3 FUNCIONES DEL PERSONAL SOCIALES ESTABLECIDAS EN EL APÉNDICE E 9

4. ACTIVIDADES DE GESTIÓN SOCIAL CON LA COMUNIDAD 11

4.1 PROGRAMA DE ATENCION AL USUARIO. 11
4.1.1 OFICINA DE ATENCIÓN AL CIUDADANO VIRTUAL 11
4.1.4 TIPOS DE REQUERIMIENTOS Y TIEMPOS DE RESPUESTA 12
4.1.4.1 SOLICITUD DE INFORMACIÓN 12
4.1.4.2 QUEJAS 12
4.1.4.3 RECLAMOS 12
4.1.4.4 SUGERENCIAS 12
4.1.4.5 DENUNCIAS. 12
4.2 PROGRAMA DE DIVULGACION Y PARTICIPACIÓN A LA COMUNIDAD. 12
4.2.1 REUNIONES INFORMATIVAS EXTRAORDINARIAS 13
4.2.2 PIEZAS COMUNICATIVAS 13
4.2.3. PUNTOS SATÉLITES DE INFORMACIÓN 13
4.2.4. PLEGABLE DE SOSTENIBILIDAD 13
4.3 PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO A ACTIVIDADES TÉCNICAS 13
4.3.1. LEVANTAMIENTO DE ACTAS DE VECINDAD 14
4.3.2. ACTAS DE COMPROMISO 14
4.3.3 LEVANTAMIENTO DE REGISTRO FÍLMICO DE ANDENES, Y DE LAS VÍAS QUE SERÁN ALEDAÑAS A EL PROYECTO. 14
4.4 COMITÉ DE PARTICIPACIÓN A LA COMUNIDAD. 14

5. CONLUSIONES Y RECOMENDACIONES 15

ANEXOS.

LISTADO DE TABLAS.

TABLA 1. LISTA DE DISTRIBUCIÓN 2
TABLA 2 ESTADO DE REVISIÓN Y APROBACIÓN 2
TABLA 3 INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA E INTERVENTORÍA 7
TABLA 4 TIEMPOS DE DEDICACIÓN PERSONAL SOCIAL 9
TABLA 5 PQRS DEL MES 11

1. INTRODUCCIÓN

La Alcaldía municipal de Fusagasugá, desde los diferentes contratos busca mejorar las condiciones con relación a la infraestructura existente en el barrio CENTRO, con el propósito de desarrollar programas y proyectos sociales que contribuyan en el bienestar social de la comunidad Fusagasugueña.

Este documento tiene como finalidad presentar el avance y gestión realizadas en atención al plan de gestión social, el cual en su contenido presenta actividades ejecutadas en el periodo comprendido entre el 1 al 31 de enero de 2023 enfocadas a promover el diálogo constante con la ciudadanía, donde por medio de canales de participación y piezas informativas, brinda información sobre los alcances y beneficios del Contrato de obra No 2022 0586, **CONSTRUCCION DEL CENTRO DE INTEGRACION E INNOVACION SOCIAL DE FUSAGASUGÁ DEL MUNICIPIO DE FUSAGASUGA – CUNDINAMARCA.**

OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Reportar las actividades ejecutadas en el periodo del 1 al 31 de enero de 2023 enmarcadas desde el área de Gestión Social del Consorcio Construedificaciones 2022, correspondientes a cada uno de los programas planteados en el Plan de gestión social, con el fin de proporcionar a la comunidad aferente toda la información acerca del proyecto.

.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

INFORMAR

- Mantener informada a la comunidad aferente, sobre los beneficios y avances del proyecto.

MITIGAR

- Implementar las acciones necesarias para mitigar los impactos ocasionados por el desarrollo del proyecto.

ARTICULAR

- Consolidar y dinamizar estrategias de gobernanza para la coordinación y el trabajo colaborativo interinstitucional para el avance del proyecto que potencien los beneficios del mismo.

APROPIAR

- Generar espacios de participación y formación que posibiliten el diálogo ciudadano, el intercambio de saberes y la promoción de la cultura ciudadana para la apropiación y sostenibilidad del proyecto.

ATENCIÓN AL CIUDADANO

- Implementar el sistema de servicio a la ciudadanía, conforme a los lineamientos establecidos por la Ley.

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

2.1 Información Del Contratista E Interventoría.

TABLA 3 INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA E INTERVENTORÍA

OBJETO DEL CONTRATO	
CONSTRUCCION DEL CENTRO DE INTEGRACION E INNOVACION SOCIAL DE FUSAGASUGÁ DEL MUNICIPIO DE FUSAGASUGA – CUNDINAMARCA".	
ENTIDAD CONTRATANTE	
Entidad	ALCALDIA MUNICIPAL DE FUSAGASUGA
Nombre Supervisor	OSCAR FABIAN ESPINEL MANRIQUE
Dirección	Calle 6 No. 6-24
Teléfono	3152414733
Correo Electrónico	secretariadeinfraestructura@fusagasugacundinamarca.gov.co
CONTRATISTA	
Nombre	CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022
No. de Contrato	2022-0586
Representante Legal	ING. IVAN PARDO
Director de obra	ING. LUIS GABRIEL FARFAN
Dirección	AV CALLE 24 N. 51-40 OFC 312
Teléfono	4-67-27-35
Correo Electrónico	construedificacionesfusa2022@gmail.com
INTERVENTORÍA	
Nombre	CONSORCIO INTERVENTORES 2022
No. de Contrato	01617 DE 2022
Representante Legal	MICHAEL MARIN
Director de Interventoría	NESTOR GUERRERO
Dirección	AV CALLE 24 N. 51-40 OFC 309
Teléfono	3144361675
	consorciointerventores2022@gmail.con
PROFESIONAL SOCIAL CONSORCIO CONSTRUEDIFICACIONES 2022	
Nombre	ANGELICA GONZALEZ
Teléfono	**3174128512**
Correo Electrónico	**atencionalusuariocii2023@gmail.com**

2.2 Localización Del Proyecto

La construcción del Centro de Integración e Innovación Social se realizará en la comuna centro específicamente el barrio Gaitán ubicado en el municipio de Fusagasugá.



2.3. Población Beneficiaria

Si bien los habitantes del barrio centro serán los más beneficiados y tomados como Área de Influencia Directa, todos los habitantes tanto de la Comuna centro, integrada por los siguientes barrios: Santander, Olaya, Centro, Emilio Sierra, Potosí y Luxemburgo y en general los 147.631 Fusagasugueños. podrán ser beneficiarios los programas sociales y áreas de recreación construidas en este centro de integración.

3. ACTIVIDADES DE GESTIÓN SOCIAL CON LA COMUNIDAD "INFORME No 1"

3.1 Periodo reportado:

El Consorcio Construedificaciones 2022, presenta este documento consolida acciones desarrolladas desde el 1 al 31 de enero de 2023.

3.2 Tiempos de dedicación del personal social en el proyecto

TABLA 4 TIEMPOS DE DEDICACIÓN PERSONAL SOCIAL

PROFESIONAL SOCIAL	25% para la etapa de construcción

3.3 Funciones del personal sociales establecidas en el apéndice E

Las funciones generales para el desarrollo del proyecto desde el componente de gestión social:

- Recorridos de obra para el conocimiento territorial.
- Estrategia de articulación y coordinación entre los diferentes grupos del proyecto.
- Elaboración del plan de gestión social.
- Revisar con el acompañamiento de la interventoría y bajo los lineamientos del de la alcaldía municipal de Fusagasugá todo lo pertinente a la gestión social.
- Asistir al comité de seguimiento, en el que hará un recuento de las actividades desarrolladas, presentará las actividades a realizarse en el siguiente periodo, hará las observaciones y solicitudes necesarias para el buen desarrollo de la gestión y diálogo con la ciudadanía.
- Crear un sistema de atención al usuario y canalizar y dar respuesta con ayuda del equipo de trabajo a las diferentes PQRS.
- Presentar en medio magnético todos los soportes e informes relacionados con la gestión social.
- Desarrollar piezas de divulgación según las necesidades que exista en obra.
- Gestionar espacios de participación con el fin de socializar los avances de la obra.

GENERALIDADES DE LA GESTION SOCIAL:

Durante el periodo comprendido del 1 al 31 de enero de 2023 se desarrollaron diferentes actividades pertinentes tales como recorridos de obra junto a la interventoría esto con el objetivo de conocer la percepción de la comunidad.

Se realiza acercamientos con los comerciantes quienes solicitan la continua limpieza de las volquetas para que no se hagan barriales en las calles aledañas. Se informa que desde el área ambiental se realiza esta actividad cada que sale una volqueta.

Comité de Seguimiento Social

Durante el periodo reportado se generaron dos comités con la interventoría donde se trataron temas concernientes a la obra. Estos días fueron:

- 03 de enero de 2023.
- 12 de enero de 2023.
- 18 de enero de 2023.
- 25 de enero de 2023.

Comités Integrales de Obra

Durante el presente periodo se realizaron dos comités integrales de obra con la presencia del área social.

- 03 de enero de 2023.
- 12 de enero de 2023.
- 18 de enero de 2023.
- 25 de enero de 2023.

4. ACTIVIDADES DE GESTIÓN SOCIAL CON LA COMUNIDAD

4.1 PROGRAMA DE ATENCION AL USUARIO.

4.1.1 Oficina de atención al ciudadano virtual

Durante el periodo comprendido del 1 al 31 de enero de 2023 se presta atención a la ciudadanía por medio de la línea telefónica y el correo electrónico.

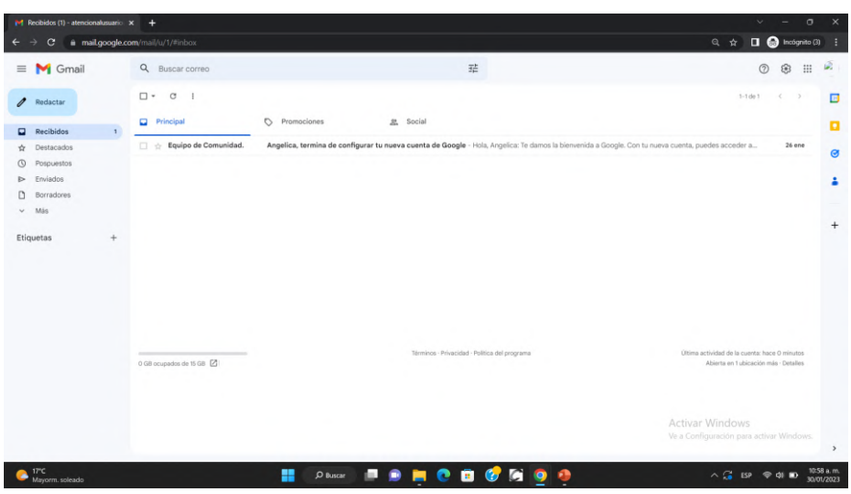
A la fecha del presente informe no se reciben peticiones quejas ni reclamos ni solicitudes por parte de la comunidad.

Oficina Virtual.	Correo Electrónico	Línea de Atención a la ciudadanía
	atencionalusuariocii2023@gmail.com 	3174128512 

TABLA 5 PQRS DEL MES

N° obra o contrato atendido	N° Total PQRS recibidas en el proyecto	N° PQRS Recibidas en el periodo	N° PQRS abiertas	N° PQRS cerradas periodo	N° PQRS cerradas en total
2022-0586	0	0	0	0	0

Durante el presente periodo no se abrieron PQRS, no se recibieron llamadas telefónicas, ni se recibieron correos, dirigidos al Consorcio Construedificaciones 2022.



4.1.4 Tipos de requerimientos y tiempos de respuesta

Desde el Plan de gestión social los cuáles se han categorizado, a fin de simplificar el trámite y la respuesta de los mismos.

A continuación, se describe cada uno de ellos:

4.1.4.1 Solicitud de información.

Las peticiones de información son solicitudes a la institución de documentos no reservados, ya sea por interés personal, por ejercer control, vigilancia o por el solo hecho de estar actualizado. El Derecho de Petición de información no solo recae sobre impresos o escritos, sino que también se extiende sobre cualquier objeto mueble de índole representativa o declarativa como planos, dibujos, fotografías, cintas cinematográficas o fonópticas, radiografías, grabaciones magnetofónicas, entre otros, mientras la constitución o la Ley no le otorgue el carácter de reservado.

4.1.4.2 Quejas

Son manifestaciones que se hacen a las autoridades sobre conductas, acciones o procederes irregulares de servidores públicos o de particulares a quienes se ha atribuido o adjudicado la prestación de un servicio público. En cualquier caso, deberá informarse al denunciante, dentro los quince (15) días hábiles a la recepción del requerimiento acerca del trámite dado por la oficina correspondiente.

4.1.4.3 Reclamos

Los reclamos consisten en poner en conocimiento de las autoridades una irregularidad o la suspensión injustificada en la prestación de un servicio o su deficiente atención por parte de una autoridad administrativa. Es la insatisfacción sobre una inadecuada prestación del servicio por parte de los servidores públicos de la Entidad.

4.1.4.4 Sugerencias

Es una propuesta que se presenta para incidir o mejorar un proceso cuyo objeto está relacionado con la prestación de un servicio o el cumplimiento de una función pública.

4.1.4.5 Denuncias.

Es la puesta en conocimiento de la presunta comisión de un delito por parte de algún o algunos servidores públicos de la Entidad; tiene como esencial efecto, el de movilizar al órgano competente para que inicie las investigaciones preliminares para constatar, en primer lugar, la realización de un hecho ilícito, y en segundo lugar, su presunto autor; aclarando que la Ley castiga a los falsos denunciantes conforme al Código Penal, según artículos 435 y 436.

4.2 PROGRAMA DE DIVULGACION Y PARTICIPACIÓN A LA COMUNIDAD.

Este programa genera espacios de encuentro, diálogo y atención a la ciudadanía para propiciar el conocimiento y corresponsabilidad con el desarrollo del proyecto. Además, busca minimizar los efectos y externalidades negativas del mismo, contemplando factores sociales, económicos, ambientales y las problemáticas inherentes al desarrollo del proyecto.

Respecto a las reuniones participativas e informativas, su propósito será sensibilizar y motivar a la población frente al proyecto, recogiendo inquietudes y sugerencias para fortalecer los lazos de diálogo, comunicación y confianza para la apropiación del mismo.

4.2.1 Reuniones informativas extraordinarias

Para este periodo no se realizaron actividades enmarcadas en este programa.

4.2.2 Piezas Comunicativas.

Para este periodo no se adelantaron entregas de piezas comunicativas debido a que se programaran para el mes de febrero con la actualización de lo nuevos datos del componente social

4.2.3. Puntos satélites de información.

Para el presente periodo se realizo contacto con el señor Mauricio Cubillos con la finalidad de instalar un nuevo punto satélite de información, teniendo en cuenta que los puntos satélites de información instalados anteriormente no están en funcionamiento ya que la comunidad realizaba retiros de la información, el ciudadano manifiesta que a partir del día lunes 06 de febrero de 2023 se podrá realizar la instalación.

Lo anterior se reportará en el informe comprendido entre el 01 y el 28 de febrero de 2023 con el registro fotográfico correspondiente y el formato de PSI.

4.2.4. Plegable de Sostenibilidad.

La actividad de la entrega de plegable de sostenibilidad se realizará una vez se finalicen los procesos constructivos, se elaborara plegable junto con el área técnica y se enviara a la interventoría para revisión y aprobación

4.3 PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO A ACTIVIDADES TÉCNICAS

Teniendo en cuenta que existen varias actividades que son responsabilidad y debe realizar el área técnica, las cuales requieren contacto directo con la comunidad, se hace necesaria la intervención de los profesionales para el acercamiento y comunicación estratégica con el propósito de garantizar la ejecución del proyecto, así como el bienestar de la comunidad presente en el área de influencia de la obra; se realizará el acompañamiento al equipo técnico en las siguientes actividades:

- Inventario de predios a los que se levantará actas de vecindad incluidos Bienes de Interés Cultural.

- Registro estado actual vías autorizadas para los desvíos según el PMT – inicio y finalización

4.3.1. levantamiento de actas de vecindad

Durante el presente periodo del 01 al 31 de enero e 2023 no se realizó esta actividad teniendo en cuenta que la misma fue reportada en la fase inicial del contrato y así mismo se entregaron las copias correspondientes a la comunidad una vez la interventoría firmo ya avalo la actividad.

4.3.2. Actas de Compromiso

Para el presente periodo a reportar del 01 al 31 de enero de 2023, no se levantaron actas de compromiso con la comunidad ya que no se requirió la actividad.

4.3.3 Levantamiento de registro fílmico de andenes, y de las vías que serán aledañas a el proyecto.

El 30 de enero de 2023 se realizó un registro fotográfico de vías circundantes al proyecto con la finalidad de realizar trazabilidad mes a mes como se solicitó en comités anteriores.

ANEXOS 01: REGISTRO FOTOGRÁFICO

- De la calle 4 desde carreras 7 y 8
- De la calle 3 desde carreras 7 y 8
- Carrera 7 desde calles 3 y 4
- Carrera 8 desde calles 3 y 4.

4.4 Comité de participación a la comunidad.

Durante el periodo comprendido del 01 al 31 de enero de 2023 se estableció comunicación con el señor Mauricio Cubillos con la finalidad de conformar la veeduría se acuerda una nueva cita para el mes de febrero de 2023 donde se explicara como se establece legalmente la veeduría ciudadana y saber si el ciudadano se encuentra dispuesto a la conformación.

Se indica que por parte del componente social del contratista que durante el mes de diciembre de 2023 se realizó la entrega de un volante invitando a la comunidad a conformar la veeduría ciudadana del centro de integración e innovación social de Fusagasugá.

El día 16 de diciembre de 2022 se realiza reunión para la conformación de comité de veeduría a pesar de que se realizó convocatoria la comunidad no participo.

Se deja trazabilidad en los informes ya que se siguen adelantado actividades referentes a este item

5. CONLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Se realizan y ejecutan actividades pertinentes que se hacen necesarias para da cumplimiento con el plan de gestión social entregado el 21 de septiembre de 2022 a la interventoría.

- Se asiste a los comités integrales programados junto con la interventoría y la alcaldía

- Las condiciones en que se desarrolla el contrato son a través de un Plan de gestión social diseñado por el Construedificaciones 2022 y entregado a la interventoría el cual cuenta con aprobación.

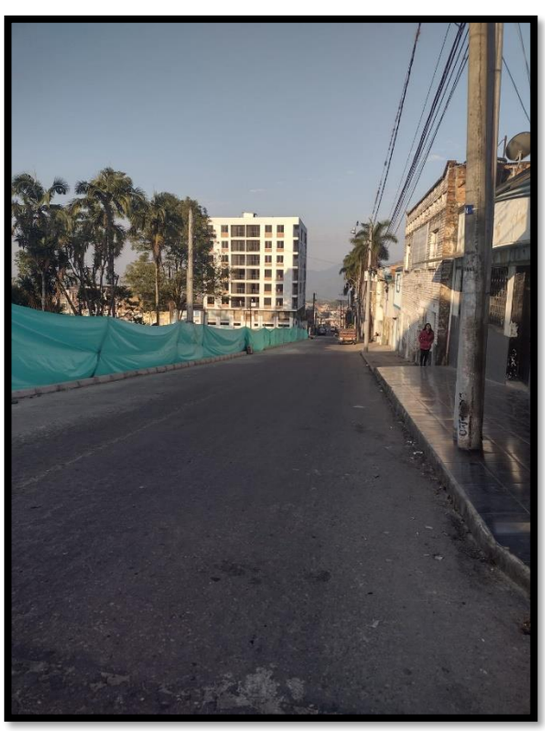
- Se mantienen activos los canales de comunicación e información a la comunidad.

- Se realizan recorridos junto con la interventoría con el fin de escuchar a la comunidad y sus inquietudes.

ANEXO
REGISTRO FOTOGRAFICO

Calle 3



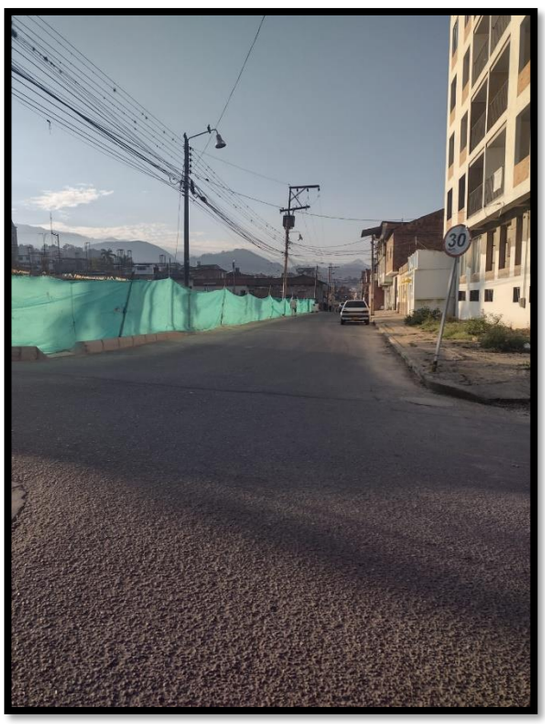


Carrera 7





Carrera 8





Calle 4

