	Version : 01	Fecha:06-09-2022	pag 1 dfe 1

OBJETIVO

Documentar, implementar y mantener las actividades del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo con el fin de garantizar la disminución de los accidentes de trabajo y enfermedades laborales en la organización CONSORCIO BS INGENIERIA.

META	INDICADOR
Cumplir con el 90% de las actividades programadas en el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo para la vigencia.	(Nº de Actividades Ejecutadas / Nº de Actividades Programadas) x 100

CICLO	ACTIVIDAD	18 MESES DE EJECUCION DEL PROYE																														Responsable	RECURSOS	
		ABRIL		MAYO		JUNIO		JULIO		AGOSTO		SEPTIEMBRE		OCTUBRE		NOVIEMBRE		DICIEMBRE		ENERO		FEBRERO		MARZO		ABRIL		MAYO		JUNIO		JULIO		AGOSTO		SEPTIEMBRE			Administrativos	Financieros
		P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E			
	Reuniones mensuales del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST. Registrar en acta	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Asesor SST - Integrante Copass	x	
	Actualizar Reglamento de Higiene y Seguridad, divulgación al personal, dejar evidencia de su divulgación a todos los trabajadores.	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Asesor SST-Gerente	x	
	Revisión de la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo y divulgar al personal, dejar registro de la divulgación a todos los trabajadores.	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Asesor SST-Gerente	x	
	Revisar y actualizar la Matriz de Identificación Peligros ,Evaluación y Valoración de Riesgos para la determinación de controles, divulgar al personal, registrar la evidencia de la divulgación a todos los trabajadores.Decreto 1072 de 2015 > Libro 2 > Parte 2 > Título 4 > Capítulo 6 Artículo 2.2.4.6.25	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Asesor SST	x	
	Revisar y ajustar el Plan de Emergencias (Plan de Evacuación, divulgación al personal, dejar registro de la divulgación a todos los trabajadores).	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Asesor SST	x	
	Capacitación a todo el personal de acuerdo a la programación ajustado con el ARL,dejar registro de la evidencia.			1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		ARL-Asesor SST	x	

Elaborado:Viviana Pulgarin Garcia

Version : 01 | Fecha:06-09-2022 | pag 1 dfe 1

I PLANEAR	Control. Sistema de Seguridad Social.Seguimiento de afiliacion y pagos de todos los trabajadores, independientemente de su forma de vinculación o contratación están afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensión y Riesgos Laborales.	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Vigia - Asesor SST	x	
	Realizacion de las Inspecciones de Seguridad , salud en el trabajo y ambiental mensual	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Asesor SST	x	
	Realizacion de mantenimientos preventivo a la maquinaria y equipos (pre operacional), de acuerdo al programa.			1				1				1				1				1				1				1				1				1		Asesor SST	x	
	Realizacion de comites de Prevención del Acoso Laboral- Comité de Convivencia			1		1		1		1		1		1				1				1				1				1				1				Asesor SST	x	
	Realizar la capacitación al Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo.			1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Asesor SST	x	
	Entrega de elementos de protección personal de acuerdo al cargo.	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Asesor SST	x	
	Capacitar al Comité de Convivencia Laboral.			1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Integante de CCL	x	
	Planear y realizar de simulacro de evacuación.			1		1		1		1		1		1				1				1								1								Vigia-Asesor SST	x	
	Registro anual donde se evidencie que las personas con responsabilidades en el SG-SST realizaron la rendición de cuenta sobre su desempeño.	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Vigia-Asesor SST	x	
	Incluir en el procedimiento de compras la identificación y evaluación de las especificaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo.	1	1	1		1		1		1		1				1		1				1								1								Vigia-Asesor SST	x	

Elaboró: Ing. Viviana Pulgarín García

	Version : 01	Fecha:06-09-2022	pag 1 dfe 1

Incluir como requisito para el proceso selección y evaluación de proveedores y/o contratistas tengan documentado e implementado el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Vigia-Asesor SST	x	
Revision de procedimiento para evaluar el impacto sobre la Seguridad y Salud en el Trabajo en cambios internos y externos que se presenten en la	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Vigia-Asesor SST	x	
Realizar de Examenes Periódicos Ocupacionales a los colaboradores y realizar seguimiento	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Vigia-Asesor SST	x	
Elaborar el profesiograma	1	1	1	1	1	1	1				1				1			1		Asesor SST	x	
Elaborar la caracterización de las condiciones de salud	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Asesor SST	x	
Elaborar e implementar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica para desordenes musculoesqueléticos	1	1	1	1	1	1	1			1			1			1		1		Asesor SST	x	
Realizar la evaluación y análisis de las estadísticas sobre la salud de los trabajadores tanto de origen laboral como común.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Asesor SST	x	
Implementar programa de estilo de vida saludable, incluyendo campañas específicas tendientes a la prevención y control, de la farmacodependencia, el alcoholismo y el tabaquismo, entre otros	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Asesor SST	x	
Realizar registros de ausentismo por enfermedad común y cuando se presente por enfermedad laboral y accidentes de trabajo.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Asesor SST	x	

Elabora:Ing. Viviana Fulgain Garcia

Version : 01 | Fecha:06-09-2022 | pag 1 dfe 1

Realizan inspecciones sistemáticas a las instalaciones, maquinaria o equipos, con la participación del COPASST.	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Copasst, apoyo sgsst	x	
Realizar inspecciones de extintores con participación del COPASST	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Copasst, apoyo sgsst	x	
Realizar inspecciones de seguridad elementos de primeros auxilios con participación del COPASST	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Copasst, apoyo sgsst	x	
Realizar inspecciones de seguridad señalización y demarcaciones con participación del COPASST	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Copasst, apoyo sgsst	x	
Ajustar matriz de elementos de protección personal	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1				1		1		1				1				Copasst, apoyo sgsst	x	
Realizar inspecciones de elementos de protección personal.	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Copasst, apoyo sgsst	x	
Mantenimiento a punto de hidratacion para consumo humano.	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Copasst, apoyo sgsst	x	
Revision de plano de evacuacion de la instalaciones donde se identifique areas y salidas de emergencias.	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Copasst, apoyo sgsst	x	
Capacitar a las Brigadas de Emergencias.	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Copasst, apoyo sgsst	x	
Dotar a las Brigadas de Emergencias.	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Copasst, apoyo sgsst	x	
Realizar simulacro de incendio.							1		1		1		1						1		1						1				1				1				Copasst, apoyo sgsst	x	
Elaborar instructivo para el reporte de enfermedad laboral.	1	1	1		1		1		1		1								1		1						1				1				1				Copasst, apoyo sgsst	x	
Elaborar instructivo para notificación e investigación de accidente de trabajo	1	1	1		1		1		1		1		1						1		1						1				1				1				Copasst, apoyo sgsst	x	

Elaboro:Ing.Viviana Pulgarin Garcia

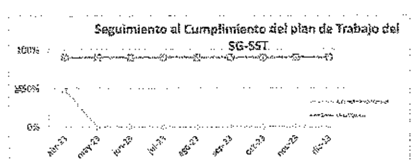
Version : 01 | Fecha:06-09-2022 | pag 1 dfe 1

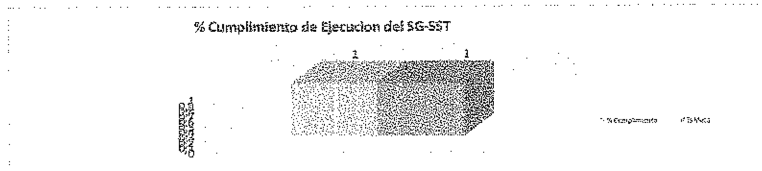
	Matriz de seguimiento reporte de actos y condiciones inseguras	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Copasst, apoyo sgsst	x	
	Capacitacion manejo de productos químicos- estandarizar procedimientos	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Copasst, apoyo sgsst	x	
	Segimiento a los cursos de trabajo en alturas (avanzado y recertificación).					1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Copasst, apoyo sgsst	x	
	Segimiento a los cursos de trabajo en alturas (avanzado y recertificación).					1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Copasst, apoyo sgsst	x	
	Investigación de accidentes e incidentes de trabajo	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Copasst, apoyo sgsst	x	
	Diagnostico de Riesgo mecánico	1	1	1		1		1				1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Copasst, apoyo sgsst	x	
	Diseñar del Sistema de Vigilancia Musculo esquelético	1	1	1		1		1				1		1		1								1				1				1				1				Copasst, apoyo sgsst	x	
	Realizar medicion ambientales iluminación (medicion ambiental de iluminacion definir puntos)	1	1	1						1		1				1								1				1		1				1						Copasst, apoyo sgsst	x	
	Divulgacion de lesiones aprendidas a todos los trabajadores y dejar registro	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Copasst, apoyo sgsst	x	
	Realizar una auditoría anual, la cual será planificada con la participación del Comité	1	1									1				1														1										Copasst, apoyo sgsst	x	
	Desarrollar taller de la prevención de riesgos al interior de los lugares de trabajo con la participación de	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		Copasst, apoyo sgsst	x	
	Realizar la bateria de riesgo psicosocial	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		IPS	x	
III VERIFICAR	Revisión de la alta dirección	1	1	1		1		1		1		1				1								1				1												apoyo sgsst	x	
III VERIFICAR	Revisión y ajuste del Sistema de Vigilancia Epidemiológico para Conservación Auditiva	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		apoyo sgsst	x	
III VERIFICAR	Socializar indicadores de estructura, proceso y resultado del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		apoyo sgsst	x	
	Seguimiento a programas sgsst	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		apoyo sgsst	x	

Elaboró: Ing. Viviana Pulgarín García

		Version : 01	Fecha:06-09-2022	pag 1 dfe 1

IV ACTUAR	Seguimiento ausentismo laboral	1 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	apoyo sgsst	x
	dirección. Alcance de la auditoria del Sistema de Gestión de SST	1 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	apoyo sgsst	x
MES /AÑO		abr-23	may-23	jun-23	jul-23	ago-23	sep-23	oct-23	nov-23	dic-23	ene-24	feb-24	mar-24	abr-24	may-24	jun-24	jul-24	ago-24	sep-24	Cumplimiento anual SST	
Actividades Programadas en el Mes		47%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	90	
% Ejecucion Mensual del Programa		47%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%		
% Cumplimiento Meta en el Mes		90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%		





Elaboró: Ing. Viviana Pulgarin Garcia

CONSORCIO
INGENIERÍA

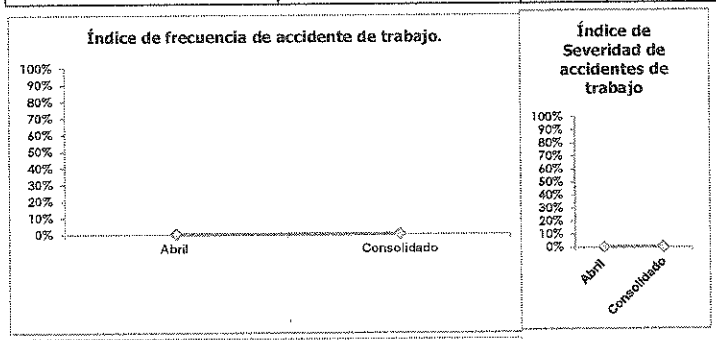
Anexo 2 INDICADORES

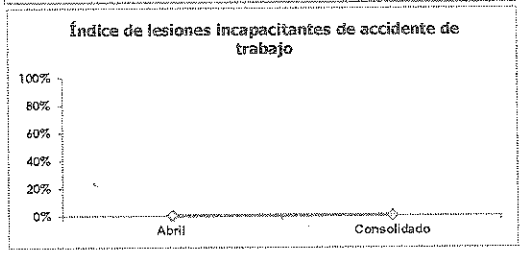
Constante "K":

Constante para calcular el índice de las lesiones incapacitantes:

Datos	Abril	Consolidado
Total de horas hombre Programadas	368	368
Total de accidentes de trabajo	0	0
Total de accidentes mortales	0	0
Total de dias perdidos por accidente de trabajo	0	0
Total de accidentes de trabajo con incapacidad	0	0
Total Concepto de Enfermedad Laboral (nuevos)	0	0
Total Concepto de Enfermedad Laboral (antiguos)	0	0
Total de investigaciones de accidentes de trabajo realizadas	0	0

Formula	Nivel de Desagregación	Abril	Consolidado
S de accidentes de trabajo * K / Total de horas hombre	Índice de frecuencia de accidente de trabajo.	0%	0%
(S de accidentes de trabajo con incapacidad * K / Total de horas hombre)	Índice de frecuencia de accidente de trabajo con incapacidad.	0%	0%
S de dias perdidos por accidentes de trabajo * K / Total de horas hombre	Índice de Severidad de accidentes de trabajo	0%	0%
(Índice de frecuencia de accidente de trabajo * Índice de Severidad de accidentes de trabajo) / 1000	Índice de lesiones incapacitantes de accidente de trabajo	0%	0%
S de accidentes de trabajo / Total de accidentes de trabajo	Investigaciones de Accidentes de Trabajo	0%	0%
(Número de accidentes de trabajo/Número de at con muerte)*100	Mortalidad Accidente de trabajo	0%	0%
(Número de casos existentes -nuevos y antiguos-/Total de trabajadores)*100	Prevalencia Enfermedad Laboral	0%	0%
(Casos nuevos/Personas expuestas al riesgo desarrollar EL)	Incidencia Enfermedad laboral	0%	0%





CONSORCIO INGENIERIA	SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
	MATRIZ DE OBJETIVOS Y METAS		
	FTO- ING-10	Versión: 01	Fecha: 26-09-2022

OBJETIVO GENERAL

Controlar y prevenir cualquier riesgo anticipadamente que pueda generar Accidentes, lesiones y enfermedades laborales.

	OBJETIVO DE SEGURIDAD Y SALUD	INDICADOR	FORMULA	META	RESPONSABLE	FRECUENCIA	Abril
		SG-SST INDICADORES DE RESULTADO					
1	Prevenir Accidentes, enfermedades laborales y lesiones en el desarrollo de las actividades de Ingebyp SAS	**Indice de frecuencia de accidentes de trabajo (IF)**	IF AT = (N° total de AT en el período / N° HHT del período) x 100000	**0%**		Mensual	0
		Proporción de prevalencia general de origen laboral	No. Casos existentes reconocidos (nuevos y antiguos) de Enfermedades profesionales año /No. Promedio de trabajadores año x 10000	**0%**		Mensual	0
		Tasa de accidentalidad	TA = N° AT / N° promedio de trabajadores	**0%**		Mensual	0
		Índice de severidad de AT	IS AT = (N° días cargados + perdidos por AT en el año / N° HHT año) x100000	**0%**	**Asesor HSEQ (actualizacion indicadores de Sistema)**	Mensual	0
		Índice de lesiones incapacitantes	ILI = (IF x IS) / 1000	**0%**		Mensual	0
2	Indice de Frecuecia de Ausentismo	**Incluge Enfermedad Común, enfermedad profesional, accidente de trabajo y consulta de salud.**	IFA=N° De eventos de ausencia por causa de salud ultimo año *100000 Horas hombre programadas en el año	**80%**		Anual	0,0
3	Mejorar el SG-SST continuamente.	**Cumplimiento de acciones correctivas**	Acciones correctivas realizadas x 100 No de No Conformidades encontradas	**100%**		Anual	100%
		SG-SSTINDICADORES DE ESTRUCTURA					
4	Política de SST	**Divulgación de la política de SST**	Documento de la Política de SST firmada, divulgada y fechada. Cumplimiento de requisitos de norma.	**100%**	**Asesor HSEQ (actualizacion indicadores de Sistema)**	Anual	100%
5	Objetivos y metas	**Objetivos y metas de seguridad divulgados**	Documento de la Política de SST firmada, divulgada y fechada. Cumplimiento de requisitos de norma.	**100%**		Mensual	100%
7	Identificación de peligros y riesgos	**Método definido para la identificación de peligros**	Método definido para la identificación de peligros.	**100%**		Anual	100%
8	Funcionamiento del Copasst	**Funcionamiento del COPASST**	La organizacion cuenta con un COPASST en funcionamiento y con delegación de funciones.	**100%**		Semestral	100%

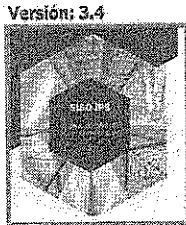
Página 1

INDICADORES DE PROCESO							
9	Evaluación inicial del SG-SST	**XX% de cumplimiento del SG SST**	Sumatoria de porcentajes por cada uno de los item evaluados	**50%**	**Asesor HSEQ (actualizacion indicadores de Sistema)**	Semestral	100%
10	Plan anual de Trabajo en SST	**Ejecución del plan de trabajo en el SGSST**	No. Actividades realizadas/No. Actividades programadas *100	**80%**		Semestral	90%
11	Intervención de peligros y riesgos	**Intervención de los peligros identificados**	N° total de peligros intervenidos en el periodo/Total de peligros identificados	**80%**		Semestral	100%
12	Investigación de accidentes e incidentes	**Porcentaje de accidentes/ incidentes investigadosPorcentaje de accidentes/ incidentes**	N° De accidentes /incidentes investigados /Nro accidentes /incidentes reportados	**100%**		Semestral	0%
13	Cumplir con los requisitos legales aplicables	**Indice de cumplimiento legal**	% items cumplidos en matriz legal/ % items identificados en matriz legal	**100%**		Trimestral	100%
14	Dar cobertura a todos lo trabajadores según Matriz de Capacitaciones y Matriz de identificacion de peligros y control de riesgos	**Cumplimiento del 100% programa de capacitaciones**	Capacitaciones Realizadas/Capacitaciones programadas*100%	**100%**		Semestral	100%
		% Cobertura de las Capacitaciones	Trabajadores capacitados/Trabajadores programados *100	**80%**		Semestral	86%

Página 2

CONSORCIO
INGENIERÍA

Anexo 3 Exámenes ocupacionales



Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA

INGEBYP SAS

ACTIVIDAD ECONOMICA:					
NO. CERTIFICADO	79.952.110				
CIUDAD	BOGOTÁ D.C. CUNDINAMARCA – SISO IPS S.A.S				
FECHA	16/08/2022	**TIPO DE EXAMEN**	INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 79.952.110	**EDAD**	43	**GENERO**	MASCULINO
NOMBRES Y APELLIDOS:	FABIÁN OSWALDO BOHORQUEZ LESMES				
TIPO DE CARGO	ADMINISTRATIVO	**CARGO U OFICIO**	DIRECTOR DE PROYECTOS		

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEMUSCULAR EN ALTURAS – VISIOMETRIA - AUDIOMETRIA – PRUEBA DE EQUILIBRIO - TEST DE ALTURAS

CONCEPTO DE APTITUD	OTROS CONCEPTOS
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO APTO PARA TRABAJOS EN ALTURAS	PRUEBA DE EQUILIBRIO: NORMAL TEST DE ALTURAS: VERTIGO NORMAL ACROFOBIA NORMAL

MOTIVO APLAZAMIENTO

OBSERVACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL - SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN PREVENCIÓN DE LESIONES OSTEOMUSCULARES - SE CERTIFICA QUE EL PACIENTE EN LA ACTUALIDAD Y TENIENDO EN CUENTA LA CIRCULAR 0030 DE 8 DE MAYO DEL 2020 NO PADECE ENFERMEDADES DE ALTO RIESGO PARA COVID 19.

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y ALIMENTACIÓN BALANCEADA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - CAMBIAR DE POSICIÓN DURANTE LA JORNADA, REALIZANDO MOVIMIENTOS DINÁMICOS FRECUENTES DE LOS PIES Y PIERNAS.

RECOMENDACIONES VISIOMETRIA

PAUSAS ACTIVAS- DESCANSAR CADA 40 MINUTOS LOS OJOS MIRANDO DURANTE 5 MINUTOS UN PUNTO LEJANO.

Consentimiento informado del aspirante o trabajador

Yo FABIÁN OSWALDO BOHORQUEZ LESMES identificado con CC No. 79.952.110. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que SISO IPS S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Profesional

Dra. Viviana García A.

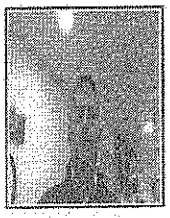
Dra. Viviana Alejandra García Alfonso
Médico Especialista en Salud Ocupacional
C.C. 1014195660 de Bogotá
R.M. 1014195660

Informe firmado electrónicamente
Dra. Viviana García Alonso
Médico Especialista En Salud Ocupacional

Aspirante o trabajador

CC. 79.952.110

SEINT SALUD I.P.S. SAS
NIT. 901028266-2
Carrera 70 22 Sur 23, Bogotá - Colombia
PBX 4205577 Ext 114-115 - E-mail. gerencia@seintsalud.com
LIC. SO 4513 del 27/04/2017



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 38.994

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
27 DÍA	12 MES	2022 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO

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

INGEBYP SAS

Nombre Empresa

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	Documento de Identificación		Fecha de Nacimiento	Edad	RH
MARTINEZ MOSQUERA CARLOS ABDON	CC (Tipo)	1122723202 (Número)	08/07/1986	36 AÑOS	O +

Nivel Educativo	Genero	Estado Civil
UNIVERSITARIO	MASCULINO	CASADO(A)

Cargo	Fecha y Hora de Ingreso	Fecha y Hora de Salida
COORDINADOR DE LICITACIONES	27/12/2022 06:31:00 a.m.	27/12/2022 07:29:03 a.m.

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SATISFACTORIO

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS: APLAZADO

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

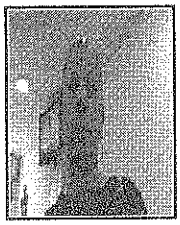
AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL / TRIGLICERIDOS / GLICEMIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE CARDIOVASCULAR	HACER DEPORTE
VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERAL, NUTRICION	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EL PRESENTE CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR NO CUMPLE CON LAS CONDICIONES DE SALUD PARA DESARROLLAR TRABAJO EN ALTURAS, CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LAS RESOLUCIONES 2346 DE 2007 Y 1918 DE 2009 EXPEDIDAS POR EL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL O LAS NORMAS QUE LAS MODIFIQUEN, SUSTITUYAN O ADICIONEN. EXAMEN MEDICO CON ENFASIS EN ALTURAS FISICO PRESENTA SOBREPESO. SE REMITE A EPS PARA VALORACION POR NUTRICION, SIN ALTERACIONES A NIVEL RESPIRATORIO, PARACLINICOS AMETROPE CORREGIDO, LABORATORIOS PRESENTA HIPERTRIGLICERIDEMIA PURA. SE REMITE A EPS DE MANERA PRIORITARIA PARA VALORACION Y TRATAMIENTO. APLAZADO PARA TRABAJAR EN ALTURAS POR LABORATORIOS

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 40.920

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
12 DÍA	05 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO ESPECIALIZADO EN ALTURAS

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

CONSORCIO BS INGENIERÍA

Nombre Empresa

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	Documento de Identificación		Fecha de Nacimiento	Edad	RH
LOPEZ PEREZ SANDRA MILENA	CC (Tipo)	52716243 (Número)	02/09/1981	41 AÑOS	A +

Nivel Educativo	Genero	Estado Civil
UNIVERSITARIO	FEMENINO	CASADO(A)

Cargo	Fecha y Hora de Ingreso	Fecha y Hora de Salida
INGENIERA RESIDENTE	12/05/2023 06:47:15 a.m.	

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS:	SI

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL / TRIGLICERIDOS / GLICEMIA	✓
PRUEBA DE EMBARAZO	✓	----------	

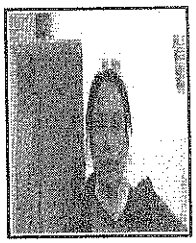
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
VALORACIÓN POR EPS : OPTOMETRIA		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EL PRESENTE CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA CERTIFICA, CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LAS RESOLUCIONES 2346 DE 2007 Y 1918 DE 2009 EXPEDIDAS POR EL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL O LAS NORMAS QUE LAS MODIFIQUEN, SUSTITUYAN O ADICIONEN. EXAMEN MEDICO DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS FISICO NORMAL. SIN ALTERACIONES A NIVEL RESPIRATORIO, PARACLINICOS PRESENTA AMETROPE NO CORREGIDO, SE REMITE A EPS POR OPTOMETRIA PARA CONTROL Y MANEJO. LABORATORIOS DENTRO DE LOS PARAMETROS. HCG NEGATIVA. APTA PARA TRABAJAR EN ALTURAS.

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 mi en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

SEINT SALUD I.P.S. SAS
NIT. 901028266-2
Carrera 70 22 Sur 23, Bogotá - Colombia
PBX 4205577 Ext 114-115 - E-mail. gerencia@seintsalud.com
LIC. SO 4513 del 27/04/2017



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 38.729

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
28 DÍA	11 MES	2022 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO

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

CONSORCIO L Y B

Nombre Empresa

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	Documento de Identificación		Fecha de Nacimiento	Edad	RH
PERDOMO LUNA MARIA ISABEL	CC (Tipo)	20678587 (Número)	30/10/1969	53 AÑOS	A +

Nivel Educativo	Genero	Estado Civil
POSTGRADO	FEMENINO	CASADO(A)

Cargo	Fecha y Hora de Ingreso	Fecha y Hora de Salida
INGENIERA AMBIENTAL RECIDENTE	28/11/2022 08:00:57 a.m.	28/11/2022 09:16:47 a.m.

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SATISFACTORIO

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	VISIOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
RACIÓN POR EPS : NUTRICION, OPTOMETRIA		HACER DEPORTE
		DEJAR Y/O REDUCIR BEBIDAS ALCOHOLICAS
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EL PRESENTE CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR CUMPLE CON LAS CONDICIONES DE SALUD PARA DESARROLLAR TRABAJO EN ALTURAS, CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LAS RESOLUCIONES 2346 DE 2007 Y 1918 DE 2009 EXPEDIDAS POR EL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL O LAS NORMAS QUE LAS MODIFIQUEN, SUSTITUYAN O ADICIONEN. EXAMEN MEDICO CON ENFASIS EN ALTURAS FISICO NORMAL, SIN ALTERACIONES A NIVEL RESPIRATORIO, PARACLINICOS AMETROPE NO CORREGIDO, SOBREPESO, SE REMITE A EPS POR OPTOMETRIA Y NUTRICION PARA MANEJO Y CONTROL, PERIODICO SATISFACTORIO, APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS.

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 ver ídicas. 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 legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído 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.

049

Cendiatra

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

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

SEDE	CENDIATRA CARTAGENA	**DIRECCIÓN**	Carrera 20 N° 29B 57 Barrio Pie de la Popa
TELÉFONO	644 6971 - 693 2674	**EMAIL**	cartagena@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2021-08-17	**TIPO DE EXAMEN**	PERIODICO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	JORGE IVAN HERRERA ROLDAN	Identificación CC	Nro 10025130
Fecha de Nacimiento	1975-07-03	**Edad** 47	**Sexo** F
Empresa	CONSTRUCTORA LANDA S A S		
Cargo	DIRECTOR DE OBRA		
Fecha Ingreso	2021-08-17 07:07:36	**Fecha Salida**	2021-08-17 12:44:43

EXAMENES REALIZADOS

AUDIOMETRIA TAMIZ	ENFASIS OSTEOMUSCULAR
ESPIROMETRIA	EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO	EXAMEN OPTOMETRICO
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO
COLESTEROL TOTAL	GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
TRIGLICERIDOS	

CONCEPTO_DE_APTITUD

APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS	APTO Y SIN RESTRICCION PARA TRABAJO EN ALTURAS
TIPO DE RESTRICCIONES O LIMITACIONES	NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, 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.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

Antonio L. Carreazo Del toro
MEDICO CIRUJANO
Magister en Prevención de Riesgos Laborales
Lic. Seguridad y Salud en el Trabajo No. 0854

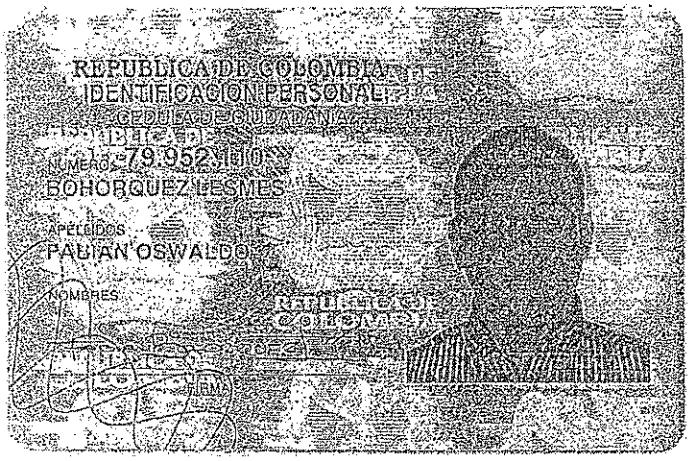
ANTONIO CARREAZO DEL TORO
RM: 73127134
Firma y sello del médico

JORGE IVAN HERRERA ROLDAN
CC 10025130
Firma del trabajador

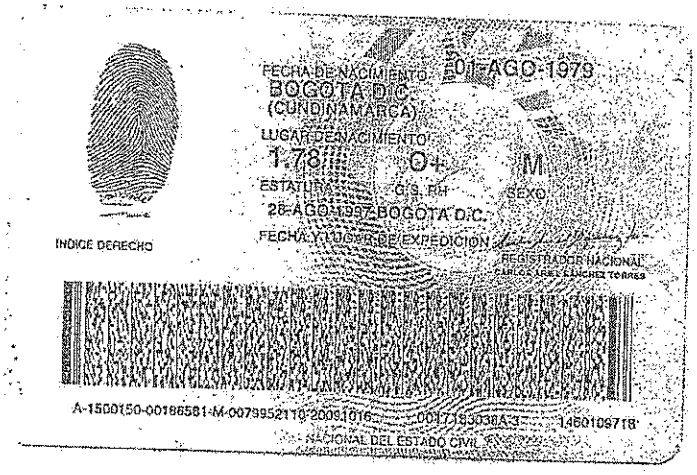
CONSORCIO
INGENIERÍA

Anexo 4.

Documentación Personal en el mes de abril



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 79.952.110
BOHORQUEZ ULSMES
APELLIDOS
PABIAN OSWALDO
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-AGO-1979
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.78 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
28-AGO-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-1500150-00186581-M-0079952110-20080106 0017153038A-1 1460109718
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

ARL | sura

Medellín, 14 de Febrero de 2017

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 RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A como trabajadores de INGEBYP SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000001 - ADM OPERATIVOS, 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
C79952110	BOHORQUEZ LESMES FABIAN OSWALDO	01/05/2016		15320723

Para información adicional, puede comunicarse con la Línea de atención ARL en el nivel nacional gratuitamente al 01 8000 51 14 14.

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 14/02/2017 11:02:24 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.170.55.176, 172.16.42.236

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Aliansalud eps

Aliansalud eps

ALIANSALUD

830.113.831-0
CERTIFICA :

ANTIGÜEDAD Y SEMANAS COTIZADAS P.O.S.

Que el señor(a) **FABIAN OSWALDO BOHORQUEZ LESMES** identificado con CC N° 79952110 se encuentra en la actualidad en el PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (P.O.S.) con el contrato N° **F205103427323CC079952110**, con vigencia desde: 07/12/2000 hasta 31/12/2050.

La información de los beneficiarios pertenecientes a este contrato es la siguiente:

NB	Identificación	Nombres y Apellidos	Edad	Semanas cotizadas	Fecha de Afiliación	Fecha de Vencimient	Estado	Cotiza
1	CC 79952110	FABIAN OSWALDO BOHORQUEZ LESMES	39	926	07/12/2000		Vigente	SI
6	RC 1026725395	MARIANA BOHORQUEZ GARZON	4	13	30/08/2018		Vigente	No

Se expide en BOGOTA el día martes, 11 de diciembre de 2018

Firma Autorizada
Oficina 281 Of Parque Nacional

Esta certificación no es valida para traslado entre E.P.S. ni para definir la multiafiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **FABIAN OSWALDO BOHORQUEZ LESMES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79952110**, se encuentra afiliado/a desde **01/03/2010** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 08 de mayo de 2023.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

INNOVA SECURITY SAS

Innovando su seguridad

OTORGA

Certificado de capacitación y entrenamiento para trabajo seguro en alturas a:

FABIAN OSWALDO BOHORQUEZ LESMES

Cédula de ciudadanía Nº 79952110

Trabajo Seguro en Alturas - Reentrenamiento

Realizado en Bogotá del (17) del mes de agosto de 2022 al (18) del mes de agosto de 2022 con una intensidad de 20 horas.
En testimonio de lo anterior, se firma en Bogotá a los (18) del mes de agosto de 2022

AUTORIZADOS POR

MINTRABAJO

No 08SE2018220000000029784

Y

BUREAU VERITAS

ACREDITACION ONAC 09- CPR- 008

En CUMPLIMIENTO A

RESOLUCION 1178/2017

NTC 2 6072/2014

Kerlynn Dayanna Delgado Ariza
REPRESENTANTE LEGAL
INNOVA SECURITY SAS

Juan Carlos Nino
Entrenador
Licencia de SST. No 8654

Para validar este certificado podrá hacerlo en
WWW.INNOVASECURITYSAS.COM O al
3112060533

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10027269448

PLACA: KXZ28G | MARCA: SUZUKI | LÍNEA: GIXXER 250 | MODELO: 2023

CILINDRADA CC: 249 | COLOR: NEGRO MATE | SERVICIO: PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO: MOTOCICLETA | TIPO CARROCERÍA: SIN CARROCERIA | COMBUSTIBLE: GASOLINA | CAPACIDAD KPTAJ: 2

NÚMERO DE MOTOR: EJA1-156136 | ANO: N | VIN: 9FSED24L0PC106308

NÚMERO DE SERIE: | ANO: N | NÚMERO DE CHASIS: 9FSED24L0PC106308 | ANO: N

PROPIETARIO (APELLIDOS Y NOMBRES): MARTINEZ MOSQUERA CARLOS ABDON | IDENTIFICACIÓN: C.C. 1122723202

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.122.723.202

MARTINEZ MOSQUERA

APELLIDOS

CARLOS ABDON

NOMBRES



FIRMA

REGISTRO NACIONAL | SEDE: | PREFIJO: 79

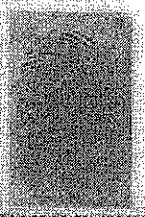
DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 16202020004582 | No.: 1 | FECHA: 17/09/2022 | PAÍS: C

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD:

SOAT:

FECHA MATRÍCULA: 22/09/2022 | FECHA EXP. L. CTA: 22/09/2022 | AUTORIDAD:

ORGANISMO DE TRÁNSITO: STRIA TTOYTTE MPAL FUNZA





FECHA DE NACIMIENTO: 08-JUL-1986

SAN AGUSTIN

(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

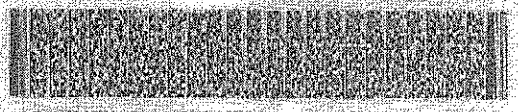
1.75 | O+ | M

ESTATURA | G.S. RH | SEXO

18-DIC-2004 PUERTO LEGUIZAMO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN





ARL | sura

Medellín, 01 de marzo 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 INGEBYP LTDA que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0000000002 OFICINA INGEBYP		Clase: 1	Porcentaje Cotización: 0,522 %		
C112272320 2	MARTINEZ MOSQUERA CARLOS ABDON	02/03/2021	02/03/2021	221163uh	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 01/03/2021 10:11:54 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.49.171.241, 198.143.41.18, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo.

CE-006 - 0000000100 – 2022

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1122723202
NOMBRES Y APELLIDOS	Martinez Mosquera,Carlos Abdon
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/05/2016
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Martinez Mosquera,Carlos Abdon, a los 10 días del mes de octubre del año 2022.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

Bogotá DC. 1 de Marzo de 2,021

SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 1/3/2021, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en www.compensar.com/subsidio. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificacion	CC 1122723202
Nombres y Apellidos	CARLOS ABDON MARTINEZ MOSQUERA
Tipo y Número de Identificacion del Empleador	NI 830121507
Razón Social Empleador	
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	1/3/2021
Fecha de Ingreso a Compensar	1/3/2021
Cargo	CORDINADOR DE LICITACIONES
Horas Labor Mes	240
Sueldo básico	$ 1600000

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario 3 077001.


LOPEZ PEREZ
SANDRA MILENA


FECHA DE NACIMIENTO 27-SEP-1981
TAME
(ARAUCA)
1.62
A+
F
14-DIC-1999 BOGOTA D.C.

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **SANDRA MILENA LOPEZ PEREZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52716243,** se encuentra afiliado/a desde **01/02/2006** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 11 de mayo de 2023.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

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

compensar | salud eps

No. de Radicación | Fecha de Radicación

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

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliado: A. Individual [ ] Cabeza de cabeza de Familia [ ] Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. Oficial [ ]
3. Régimen: 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 [ ]
Código (a registrar por la EPS): 01

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

A. APELLIDOS Y NOMBRES | Primer Apellido: [illegible] | Segundo Apellido: [illegible] | Primer Nombre: [illegible] | Segundo Nombre: [illegible]

7. Tipo de documento de identidad: CC | 8. Número de documento de identidad: 80.916.261 | 9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ] | 10. Fecha de nacimiento: [illegible]

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia: Tipo [ ] | 12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ] | 13. Pertenece SISBEN [ ] | 14. Grupo de población especial [ ] | 15. Administradora de riesgos laborales - ARL: SURA | 16. Administradora de pensiones: COLPENSIONES

17. Ingreso base de cotización - IBC: $1.160.000 | 18. Residencia: Dirección: CRA 53 # 127-80 | Teléfono: 3137420388

Departamento: [illegible] | Municipio: [illegible] | Zona: Urbana [X] Rural [ ] | Barrio: [illegible] | Correo electrónico: [illegible]

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

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

20. Tipo de documento de identidad | 21. Número de documento de identidad | 22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] | 23. Fecha de nacimiento

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

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino
21								
22								
23								
24								
25								

	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Discapacidad: Tipo	Condición	31. Municipio / Distrito	32. Datos de residencia: Zona: Urbana / Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC adicional (a registrar por la EPS)
21									
22									
23									
24									
25									

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

Selección de la IPS Primaria

34. Número de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS | Código de la IPS (a asignar por la EPS)

35. Nombre o razón social: CONSORCIO BS SUCURSALES | 36. Tipo de documento de identificación: NIT

37. Número del documento de identificación: 901.590.075-0 | 38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación: [illegible] | Departamento: [illegible] | Municipio: [illegible]

VI. REPORTE DE NOVEDADES

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

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento | 42. Fecha

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

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

IX. FIRMAS

113

ARL | sura

Medellín, 11 de May 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 CONSORCIO BS INGENIERIA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC			Clase: 5		Porcentaje Cotización: 6.96 %	
C52716243	LOPEZ PEREZ SANDRA MILENA	12/05/2023		14253145	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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

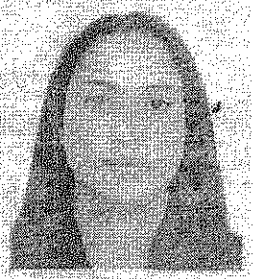
Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 11/05/2023 15:33:38.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.49.171.241, 198.143.41.31, 172.16.42.57

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
20.578.587
NUMERO

PERDOMO LUNA
APELLIDOS

MARIA ISABEL
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

30-OCT-1969
FECHA DE NACIMIENTO

JERUSALEN
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

09-DIC-1987 LA CALERA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

A-1500116-47153801-F-20578587-20061229 03850 00 20606 4086

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901417696-5	CONSORCIO LYB	KR 68d 25b 86	3058557087	contabilidadlyb2020@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					26	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-06	2023-05	E	30/06/2023	68829749	$14.154.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	91.200	0		0		0	4	500	0	91.700	2
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	265.200	0		0		0	4	1.300	0	266.500	3
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	521.500	0		0		0	4	2.500	0	524.000	6
EPS010	EPS Sura	800088702-2	181.500	0		0		0	4	900	0	182.400	2
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	332.700	0		0		0	4	1.600	0	334.300	6
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	405.800	0		0		0	4	1.900	0	407.700	5
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	60.000	0		0		0	4	300	0	60.300	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-3	1.600	0		0		0	4	100	0	1.700	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	2.266.000	0	0	23.300	23.300	4	10.600	400	2.323.600	7
230301	Porvenir	800224808-8	2.024.200	0	0	0	0	4	9.500	0	2.033.700	9
230901	Old Mutual	800253055-2	356.600	0	0	0	0	4	1.700	0	358.300	1
231001	Colfondos	800227940-6	536.400	0	0	0	0	4	2.500	0	538.900	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.819.600	0	0	0	0	4	8.500	0	1.828.100	6

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	3.210.300				3.210.300	4	15.000	3.225.300			32.103	3.225.300	26

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1.968.900	4	9.200	1.978.100	26

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901417696-5	CONSORCIO LYB	KR 68d 25b 86	3058557087	contabilidadlyb2020@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					26	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-06	2023-05	E	30/06/2023	68829749	$14.154.600	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Dias 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	8	1.859.500	1.868.600
Pensión	5	7.049.400	7.082.600
Riesgos Laborales	1	3.210.300	3.225.300
CCF	1	1.968.900	1.978.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	15	14.088.100	14.154.600

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

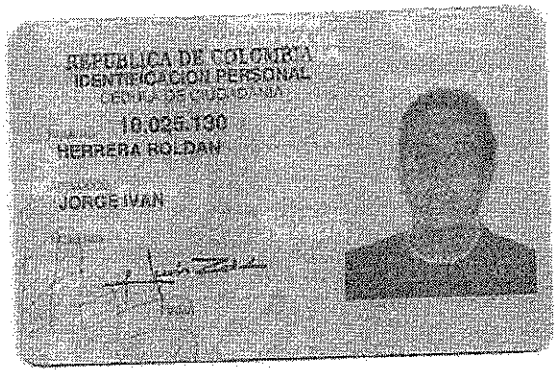
DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901417696-5	CONSORCIO LYB	KR 68d 25b 86	3058557087	contabilidadlyb2020@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					26	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-06	2023-05	E	30/06/2023	68829749	$14,154,600	

TALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Ecuatoriano	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
CC	1003698291	ROJAS LOPEZ SEBASTIAN	1	0			S																	230301	1,160,000	185,600	0	0	0	0	EPS037	1,160,000	46,400	14-11	1,160,000	5	80,800	CCF24	1,160,000	46,400	0	0	0	0	0
CC	1005824591	TIQUE JOSE DIONEL	1	0			S	X																230201	1,600,000	256,000	0	0	0	0	EPS017	1,600,000	64,000	14-11	1,600,000	5	111,400	CCF24	1,600,000	64,000	0	0	0	0	0
CC	1020712076	MATABANCHOY PEDRAZA SEBASTIAN	1	0			S								X									230201	1,331,583	213,100	0	0	0	0	EPS017	1,331,583	53,300	14-11	1,331,583	5	92,700	CCF24	1,331,583	53,300	0	0	0	0	0
CC	1023000464	PALACIO RUIZ ANGIE VIVIANA	1	0			S																	230301	1,160,000	185,600	0	0	0	0	EPS008	1,160,000	46,400	14-11	1,160,000	5	80,800	CCF24	1,160,000	46,400	0	0	0	0	0
CC	1030598682	PEÑA RONCANCIO LEIDY JOHANA	1	0			S																	230201	2,600,000	416,000	0	0	0	0	EPS005	2,600,000	104,000	14-11	2,600,000	5	181,000	CCF24	2,600,000	104,000	0	0	0	0	0
CC	1031152091	MENDEZ BALLEN KAREN YULIETH	1	0			S	X																230301	38,667	6,200	0	0	0	0	EPSC34	38,667	1,600	14-11	38,667	5	2,700	CCF24	38,667	1,600	0	0	0	0	0
CC	1032387381	CASTRO RODRIGUEZ LUIS ALEJANDRO	1	0			S	X																230201	116,000	18,600	0	0	0	0	EPS002	116,000	4,700	14-11	116,000	5	8,100	CCF24	1,034,833	41,400	0	0	0	0	0
CC	1032491515	SOGAMOSO ANDRES FELIPE	1	0			S																	230301	2,742,750	438,900	0	0	0	0	EPS008	2,742,750	109,800	14-11	2,742,750	5	190,900	CCF24	2,742,750	109,800	0	0	0	0	0
CC	1065860593	PARRA LUIS MIGUEL	1	0			S								X									230301	1,421,000	227,400	0	0	0	0	EPS041	1,421,000	56,900	14-11	1,421,000	5	99,000	CCF24	1,421,000	56,900	0	0	0	0	0
CC	1065860593	PARRA LUIS MIGUEL	1	0			S										X							230301	77,334	12,400	0	0	0	0	EPS041	77,334	3,100	14-11	77,334	5	0	CCF24	77,334	0	0	0	0	0	0
CC	1102847737	ARROYO SIERRA JAIRO MANUEL	1	0			S	X																230301	38,667	6,200	0	0	0	0	EPS008	38,667	1,600	14-11	38,667	5	2,700	CCF24	38,667	1,600	0	0	0	0	0
CC	1118538355	BECERRA ZABALA GERZAN MAURICIO	1	0			S																	230301	3,000,000	480,000	0	0	0	0	EPS037	3,000,000	120,000	14-11	3,000,000	5	208,800	CCF24	3,000,000	120,000	0	0	0	0	0
CC	1121926168	GUERRERO RICAURTE BRAYAN ALBERTO	1	0			S								X									230301	2,228,646	356,600	0	0	0	0	EPS005	2,228,646	89,200	14-11	2,228,646	5	155,200	CCF24	2,228,646	89,200	0	0	0	0	0
CC	1124863693	MARTINEZ ORDOÑEZ LUIS FERNANDO	1	0			S																	230301	1,500,000	240,000	0	0	0	0	EPS037	1,500,000	60,000	14-11	1,500,000	5	104,400	CCF24	1,500,000	60,000	0	0	0	0	0
CC	11516005	PEREZ CELY JOSE MIGUEL	1	3			S	X																230301	0	0	0	0	0	0	EPS008	2,704,131	108,200	14-11	2,704,131	5	188,300	CCF24	4,880,482	195,300	0	0	0	0	0
PT	1897266	DELGADO FERRER HENRY JOSE	1	0			S								X									230301	1,511,625	241,900	0	0	0	0	EPS017	1,511,625	60,500	14-11	1,511,625	5	105,300	CCF24	1,511,625	60,500	0	0	0	0	0
CC	20678587	PERDOMO LUNA MARIA ISABEL	1	0			S																	230201	4,651,704	744,300	0	0	23,300	23,300	EPS008	4,651,704	186,100	14-11	4,651,704	5	323,600	CCF24	4,651,704	186,100	0	0	0	0	0
CC	39186907	ALZATE OCAMPO LUZ ESTRELLA	1	0			S																	25-14	1,160,000	185,600	0	0	0	0	EPS017	1,160,000	46,400	14-11	1,160,000	5	80,800	CCF24	1,160,000	46,400	0	0	0	0	0
CC	52717258	PRIETO CRUZ LILIANA	1	0			S																	25-14	3,000,000	480,000	0	0	0	0	EPS010	3,000,000	120,000	14-11	3,000,000	5	208,800	CCF24	3,000,000	120,000	0	0	0	0	0
CC	79333430	BERNAL CORTES WILLIAM	1	0			S								X									25-14	2,155,313	344,900	0	0	0	0	EPS037	2,155,313	86,300	14-11	2,155,313	5	150,100	CCF24	2,155,313	86,300	0	0	0	0	0
CC	79387928	MALDONADO GUIJO GONZALO	1	0			S																	25-14	1,160,000	185,600	0	0	0	0	EPS017	1,160,000	46,400	14-11	1,160,000	5	80,800	CCF24	1,160,000	46,400	0	0	0	0	0
CC	79431677	SALAZAR BUENO JOSE HUMBERTO	1	0			S								X									25-14	2,161,675	345,900	0	0	0	0	EPS002	2,161,675	86,500	14-11	2,161,675	5	150,500	CCF24	2,161,675	86,500	0	0	0	0	0
CC	79764603	FONSECA JOHN ALEXANDER	1	0			S								X									25-14	1,735,000	277,600	0	0	0	0	EPS008	1,735,000	69,400	14-11	1,735,000	5	120,800	CCF24	1,735,000	69,400	0	0	0	0	0
CC	80087133	MATABANCHOY LUNA GIOVANI FERNANDO	1	0			S																	230201	1,535,940	245,800	0	0	0	0	EPS010	1,535,940	61,500	14-11	1,535,940	5	107,000	CCF24	1,535,940	61,500	0	0	0	0	0
CC	80426719	LOPEZ ALARCON JOSE ALEXANDER	1	0			S																	231001	1,620,000	259,200	0	0	0	0	EPS005	1,620,000	64,800	14-11	1,620,000	5	112,600	CCF24	1,620,000	64,800	0	0	0	0	0
CC	80426719	LOPEZ ALARCON JOSE ALEXANDER	1	0			S											X						231001	180,000	28,800	0	0	0	0	EPS005	180,000	7,200	14-11	180,000	5	0	CCF24	180,000	0	0	0	0	0	0
CC	80902940	VELASQUEZ GORDILLO WILSON OTONIEL	1	0			S								X									231001	1,449,543	232,000	0	0	0	0	EPS017	1,449,543	58,000	14-11	1,449,543	5	100,900	CCF24	1,449,543	58,000	0	0	0	0	0
CC	80902940	VELASQUEZ GORDILLO WILSON OTONIEL	1	0			S											X						231001	102,396	16,400	0	0	0	0	EPS017	102,396	4,100	14-11	102,396	5	0	CCF24	102,396	0	0	0	0	0	0
CC	93452620	CUEVAS FERNANDEZ OSCAR JOAQUIN	1	0			S																	230201	2,325,845	372,200	0	0	0	0	EPS037	2,325,845	93,100	14-11	2,325,845	5	161,900	CCF24	2,325,845	93,100	0	0	0	0	0

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


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
16.025.130
HERRERA ROLDAN
JORGE IVAN


03-JUL-1975
PEREIRA
(RISARALDA)
1.70
O+
M
24-AGO-1993 PEREIRA