17/08/2023 personal obra: (2) maestros, (1) ayudante (1) inspector, (1) sst
Personal Interventoria: (1) Residente, (1) inspector, (1) sst
clima: soleado.
Actividad.
Bloque 1: se continua con excavacion de caja
se realiza conformacion con. material. B-200
Bloque 2: se realiza conformacion: Relleno de area.
se inicia con figurado de acero para columnetas
Nota: se evidencia que en el moneto de realizar
excavacion para dados, se halla viga., se reco-
mienda realizar anclaje a viga. existente.

V.o.B°.
Res. Interventoria

Jerpenson A. Araiza R
insp de obra
Res. obra.

18/08/2023. personal de obra: (2) maestros, (1) ayudante, (1) inspector, (1) sst
personal Interventoria: (1) Residente, (1) inspector, (1) sst
clima: soleado.
Actividad.
Bloque 1: se inicia con zanjas para tubena hidro
sanitaria.
Bloque 2: se continua con figurado de acero. para
columnetas.

V.o.B°.
Res. Interventoria

Jerpenson A. Araiza R
insp de obra
Res - obra.

19/08/2023 personal obra: (2 maestros), (2) ayudantes, (1) inspector, (1) sst.
personal Interventoria: (1) Residente, 1) inspector, (1) sst
clima: lluvioso
Actividad.
Bloque 1: se continuan con zanja para tuberia, se.
han encontrado vigas. en el area localizada para
la zanja, hecho por el cual esta actividad se ha

desarrollado consumiendo mas tiempo.
Bloque 2: se evidencia concreto para columnetas se recomienda vibrar para evitar hormigoneo ya que el area es de difícil acceso para vaciar el concreto

V.B°
Res Interventoria.

Jefferson A. Ospina R.
Ingº de Obra
Res. Obra

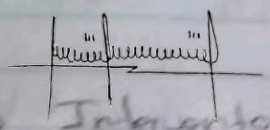
22/08/2023 personal obra: (2) maestros, (2) ayudantes, (1) inspector, (1) sst
personal Interventoria: (1) Residente, (1) inspector, (1) sst
clima: soleado.
Actividades:
Bloque 1: se continua con zanja para tuberia, y se inicia con instalacion de tubería hidrosanitaria.
Bloque 2: se inicia con zanjeo para tuberia y se realiza instalacion de tuberia hidrosanitaria

V.B°
Res Interventoria

Jefferson A. Ospina R.
Ingº de Obra
Res Obra

23/08/2023 Personal obra: (2) maestros, (2) ayudantes, (1) inspector, (1) sst.
personal Interventoria: (1) Residente, (1) inspector, (1) sst.
clima: soleado
Bloque 1: se destapa caja existente y se evidencia que la tubería de conduccion existete esta mas ~~mal~~ baja que la tubería nueva desde la cual se pretendia realizar la conexion, se solicita a contratista realizar nuevo apique con el fin de realizar otra caja y verificar si en esta seccion de tramo podria realizarse sin problemas la conexion de tubería del baño.

Bloque 2: se realizan regatas en muro para tubería, se continua armado de zapata. tubo hidro sanitaria.

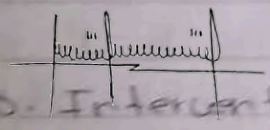


Res Interventoría

Res Obra

24/08/23 personal de obra. (2) maestros, (2) ayudantes, (1) inspector, (1) sst
Personal Interventoría: (1) Residente, (1) Inspector, (1) sst
Clima: soleado
Actividad.

- Bloque 1: se inicia demolición en placa para localización de tubería existente con el fin de verificar si es posible realizar conexión tubería nueva
- Bloque 2: se continua con excavación de zanjas e instalación tubería

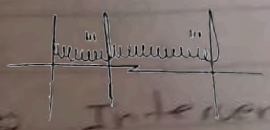


Res. Interventoría

Res Obra

25/08/23 Personal de Obra: (1) maestro, (1) ayudante, (1) inspector, (1) sst
Personal Interventoría: (1) Residente, (1) inspector, (1) sst
Clima: soleado
Actividades:

- Bloque 1: Sin personal, sin actividad
- Bloque 2: se continua con zanja y instalación tubería



Res Interventoría

Res Obra

26/08/23 personal obra: (2) maestros, (1) ayudante, (1) inspector, (1) sst
Personal Interventoría: (1) Residente, (1) inspector, (1) sst
clima: Soleado
Actividad.

Bloque 1: se continua con demolición de placa y excavación manual para localización de tubería de conducción existente, se localiza y se evidencia que esta muy baja que la tubería nueva 0.20m. aprox, es posible realizar conexión

→ Bloque 2: se continua con instalación de tubería.

Res Interventoría

Jerfinson A. Ruiz R
Res Obra

28/08/23 personal obra: (2) maestros, (2) ayudantes, (1) inspector, (1) sst
Personal Interventoría: (1) Residente, (1) inspector, (1) sst.
Clima: Soleado.
Actividades:
Bloque 1: se continua con jornada de orden y aseo.
Bloque 2: se continua con pegue de tubería de 3", se realiza cargue de tubería de 4", se da inicio a prueba de estanqueidad en tubería de 4" siendo las 12:10 pm., se recuerda que esta prueba debe durar 24hrs, se carga tubería de 3", se inicia prueba sobre las 1:36 pm. Se realiza cargue tubería de 2", se inicia prueba sobre 1:38 pm.

Nota: Se evidencia fuga en tubería de 3" y de 2" se solicita realizar corrección de estas

Nota 1: Se realiza corrección tubería de 3", inicia prueba sobre 3:30.

Res Interventoría

Jerfinson A. Ruiz R
Insp de obra P.A

29/08/2023 Personal obra: (2) maestros, (1) ayudante, (1) inspector, (1) SST
personal interventoría: (1) Residente, (1) inspecta, (1) sst
clima: soleado / lluvioso
Actividad:
Bloque 1: se continua con demolición para zanja.

Tuberia hidrosanitaria, se realiza cargue de tuberia de 4" para prueba de estanqueidad, sobre las 8:30 am

Bloque 2: se inicia con regatas en muro para tuberia hidraulica, siendo las 12:15 pm no se evidencia fuga., prueba de estanqueidad culmina con total normalidad, sobre las 3:30. se reusa prueba en tubena de 3", esta no presenta fugas, prueba se desarrolla con total normalidad.

Nota: sobre las 2:00 pm se carga de nuevo. tuberia de 2", se inicia prueba de estanqueidad en este tramo.

Res Interventoria

Jarfenson A. Suarez R.
Insp de obra
Res Obra

30/08/2023 personal obra: (2) maestros, (1) ayudante, (1) inspector, (1) sst
Personal Interventoria: (1) Residente, (1) inspector, (1) sst
clima: Soleado
Actividad.

Bloque 1: se verifica prueba en tubena de 4" no se evidencian fugas, prueba se desarrolla con total normalidad, se inicia armado de muñeco para tubena de 3" y 2"

Bloque 2: se inicia con armado de muñeco para tuberia hidraulica

Nota: sobre las 2:30 pm se reusa prueba en tuberia de 2", prueba se desarrolla con normalidad, no presenta fugas.

Res Interventoria

Jarfenson A. Suarez R.
Insp de obra
Res Obra

31/08/2023 Personal en obra: (2) maestros, (2) ayudante, (1) inspector (1) sst
Personal Interventoria: (1) Residente, (1) inspector, (1) sst
Clima: soleado
Actividad
Bloque 1: se continuan con zanjas para tubena hidrosantana costado derecho del bloque.

Bloque 2: se continua con armado de muñeco para tubena hidraulica, se recuerda que se debe realizar prueba de presion, esta se desarrollara en 4 hrs

Jerfenson A. Loaiza R.
Ingp de obra
Res obra

Res Interventoria

01/09/2023 personal obra: (1) Maestra (1) ayudante, (1) inspector, 1 sst
personal Interventoria: (1) Residente, (1) inspector, (1) sst
clima: soleado
Actividad.
Bloque 1: No se evidencia personal ni actividad en esta area, se solicita a contratista mayor control con personal ya que hay intermitencia por traslados dentre frentes de obra.

Bloque 2: se continua con armado de muñeco tubería hidraulica, se solicita a contratista contar con elementos necesarios para el desarrollo de esta prueba.

Jerfenson A. Loaiza R.
Ingp de obra.
Res obra

Res Interventoria.

02/09/2023 personal obra: (2) maestros, (2) ayudantes, (1) sst
Personal Interventoria: (1) Residente, (1) inspector, (1) sst
clima: soleado
Actividad.
Bloque 1: se inicia armado de muñeca tubería hidrosanitaria de 3" y 2".
Bloque 2: se solicita contar con bomba y manometro para realizar prueba.

Res. Interventoria

Jefe sst y salud en trabajo de obra.
Res obra.

04/09/2023 personal obra:
personal interventoria: (1) Residente, (1) inspector, (1) sst
clima: soleado
Actividad.
-> Bloque 1: se continua armado para red hidrosanitaria, se realiza cargue de tubería para prueba, se evidencia filtración, es necesario localizarla y corregirla.
-Bloque 2: se realizara prueba de presión a libras, se ratifican tiempos para hacer efectiva la prueba (4 hrs), se realiza pañete para caja, es necesario contar con equipos necesarios para el buen desarrollo de la prueba.

Res Interventoria

Jefe sst y salud en trabajo de obra
Res obra

05/09/2023 personal de obra: (2) maestros. (2) ayudantes.
Personal de Interventoria: (1) Residente (1) inspector, (1) sst
Clima: soleado.
Actividad:
Bloque 1: se corrigen fugas, se continua con

armado de Red sanitaria al costado derecho de bloque, se verifican puntos segun plano

-Bloque2: se recibe prueba, se desarrollo con normalidad, se solicita contar con equipo y material para Fundida de placa.



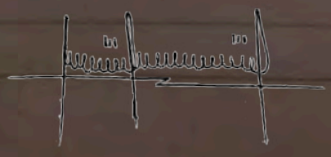
Jefferson A. Loaiza R.
Res Intervantoria
Res obra.

06/09/2023 personal obra; (2) maestros, (2) ayudantes, (1) inspector, (1) SST
personal Interventoria: (1) Residente, (1) inspector, (1) SST.
clima: soleado
Actividad:
se realiza cargue de tuberia en bloque 1 para prueba de estanqueidad, se recuerdan tiempos de prueba (24hrs) cargue se realiza sobre las 3:30 pm aprox.
Bloque2: se realiza compactacion de material y se instala malla electrosoldada



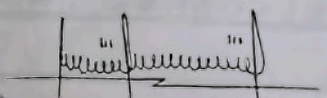
Jefferson A. Loaiza R.
Res. Intervantoria
Res. Obra

07/09/2023 personal en obra: (1) maestro, (1) ayudantes, (1) inspector, (1) SST.
Personal Interventoria: (1) Residente, (1) inspector, (1) SST
clima: soleado
Actividad.
Bloque 1: sin personal, sin actividad, se revisan. Pruebas, no se evidencia fugas, se recibe prueba se libera.
Bloque 2: se evidencia concreto para placa, actividad se desarrolla de buena manera sin contratiempos.



Jefferson A. Loaiza R.
Inspector de obra PS.

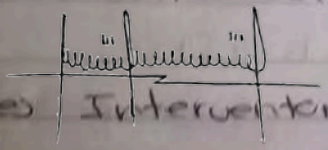
08/09/2023 personal obra: (1) maestro, (9) ayudantes, (1) inspector, (1) sst
Personal Interventoria: (1) Residente, (1) inspector, (1) sst
clima: soleado.
Actividad:
Bloque 1: sin personal, sin actividad.
Bloque 2: se limpian perfiles. y se resanan muros.



Res. Interventoria

Jorge Luis A. Zuñiga R.
Res obra

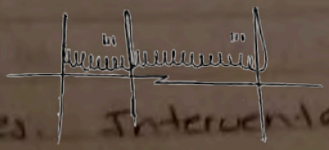
09/09/2023 personal obra: (1) Maestro, ayudante, (1) inspector, (1) sst
Personal Interventoria: (1) Residente, (1) inspector, (1) sst.
Clima: soleado
Actividad.
Bloque 1: sin personal, sin actividad
Bloque 2: se inicia con mamposteria para bloque 2 muro, actividad se desarrolla con total normalidad.
Nota: se solicita evitar traslado de personal de bloque 1.



Res Interventoria

Jorge Luis A. Zuñiga R.
Res Obra

11/09/2023 personal obra: (2) maestros, (5) ayudantes, (1) inspector, (1) sst.
Personal Interventoria: (1) Residente, (1) inspector, (1) sst
Clima: soleado
Actividad.
Bloque 1: se realiza verificacion de sifones, se solicita rectificar y se corrigen faltantes, se realiza cargue para prueba en tuberia de 2
Bloque 2: se continua con mamposteria de muro, se verifica plomo y este cumple, se continua con mochetas en mamposteria.



Res. Interventoria

Jorge Luis A. Zuñiga R.
Res obra

Anexo TEC-08 – Relación de correspondencia

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN BOGOTÁ	RELACIÓN DE CORRESPONDENCIA ENVIADA	CONSORCIO INTERV COLEGIOS

CONTRATO DE OBRA:	No. CO1.PCCNTR.4077644
OBJETO:	"Adelantar Obras De Adecuación, Mejoramiento Y Mantenimiento Correctivo De Las Plantas Físicas, Así Como La Adecuación Y/O Mejoramiento De Comedores Escolares De Los Colegios Distritales Y La Ejecución De Las Obras Menores Para La Atención De Emergencias En Los Colegios Distritales Con El Fin De Atender Los Requerimientos Y Necesidades En Términos De Infraestructura Para La Prestación Del Servicio Educativo. Grupo 7."
CONTRATISTA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA
INTERVENTOR:	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS
SUPERVISOR:	ARQ. ALEXANDER OSORIO

FECHA	No. OFICIO	REFERENCIA / RADICADO	ASUNTO	ENVÍA	RECIBE
14/08/2023	M202211091COLEGIOSSED_123	VÍA CORREO ELECTRONICO	OBSERVACIONES COMPONENTE AMBIENTAL	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS ING. CINDY RODRIGUEZ	DIRECTOR DE OBRA PROFESIONALES ASOCIADOS
14/08/2023	M202211091COLEGIOSSED_124	VÍA CORREO ELECTRONICO	LLAMADO DE ATENCIÓN POR LA NO ENTREGA DEL PLAN DE CONTINGENCIA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS ING. CINDY RODRIGUEZ	DIRECTOR DE OBRA PROFESIONALES ASOCIADOS
17/08/2023	M202211091COLEGIOSSED_125	VÍA CORREO ELECTRONICO	SOLICITUD DE ACTUALIZACIÓN DE PROGRAMACIONES SEGÚN REUNION DEL 15/08/2023 EN LA SED	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS ING. CINDY RODRIGUEZ	DIRECTOR DE OBRA PROFESIONALES ASOCIADOS
17/08/2023	M202211091COLEGIOSSED_126	VÍA CORREO ELECTRONICO	OBSERVACIONES AL PLAN DE CONTINGENCIA ENTREGADO MEDIANTE OFICIO SED-G7-PA-139	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS ING. CINDY RODRIGUEZ	DIRECTOR DE OBRA PROFESIONALES ASOCIADOS
25/08/2023	M202211091COLEGIOSSED_127	VÍA CORREO ELECTRONICO	REMISIÓN DE ACTA PARCIAL N°7 OBRA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS ING. CINDY RODRIGUEZ	SECRETARIA DE EDUCACIÓN DEL DISTRITO CONSTRUCCION Y CONSERVACION DE ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS LIDER TERRITORIO ORIENTE
25/08/2023	M202211091COLEGIOSSED_128	VÍA CORREO ELECTRONICO	REMISIÓN DE ACTA PARCIAL N°7 INTERVENTORIA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS ING. CINDY RODRIGUEZ	SECRETARIA DE EDUCACIÓN DEL DISTRITO CONSTRUCCION Y CONSERVACION DE ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS LIDER TERRITORIO ORIENTE
24/08/2023	M202211091COLEGIOSSED_129	VÍA CORREO ELECTRONICO	APROBACIÓN DE VEHICULOS	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS ING. CINDY RODRIGUEZ	DIRECTOR DE OBRA PROFESIONALES ASOCIADOS
31/08/2023	M202211091COLEGIOSSED_130	VÍA CORREO ELECTRONICO	APROBACIÓN DE VEHICULOS	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS ING. CINDY RODRIGUEZ	DIRECTOR DE OBRA PROFESIONALES ASOCIADOS
31/08/2023	M202211091COLEGIOSSED_131	VÍA CORREO ELECTRONICO	APROBACIÓN DE VEHICULOS	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS ING. CINDY RODRIGUEZ	DIRECTOR DE OBRA PROFESIONALES ASOCIADOS
31/08/2023	M202211091COLEGIOSSED_132	VÍA CORREO ELECTRONICO	OBSERVACIONES COMPONENTE AMBIENTAL	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS ING. CINDY RODRIGUEZ	DIRECTOR DE OBRA PROFESIONALES ASOCIADOS
31/08/2023	M202211091COLEGIOSSED_133	VÍA CORREO ELECTRONICO	APROBACIÓN GESTOR CONTROL AMBIENTAL	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS ING. CINDY RODRIGUEZ	DIRECTOR DE OBRA PROFESIONALES ASOCIADOS
4/09/2023	M202211091COLEGIOSSED_134	VÍA CORREO ELECTRONICO	REMISIÓN INFORME MENSUAL N°7 DE OBRA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS ING. CINDY RODRIGUEZ	SECRETARIA DE EDUCACIÓN DEL DISTRITO CONSTRUCCION Y CONSERVACION DE ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS LIDER TERRITORIO ORIENTE
4/09/2023	M202211091COLEGIOSSED_135	VÍA CORREO ELECTRONICO	REMISIÓN INFORME MENSUAL N°7 DE INTERVENTORIA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS ING. CINDY RODRIGUEZ	SECRETARIA DE EDUCACIÓN DEL DISTRITO CONSTRUCCION Y CONSERVACION DE ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS LIDER TERRITORIO ORIENTE
6/09/2023	M202211091COLEGIOSSED_136	VÍA CORREO ELECTRONICO	PROPUESTA ECONOMICA PARA PRORROGA DE TIEMPO AL CONTRATO DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS ING. CINDY RODRIGUEZ	SECRETARIA DE EDUCACIÓN DEL DISTRITO CONSTRUCCION Y CONSERVACION DE ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS LIDER TERRITORIO ORIENTE
7/09/2023	M202211091COLEGIOSSED_137	VÍA CORREO ELECTRONICO	LLAMADO DE ATENCIÓN POR LA NO ATENCIÓN DE REQUIRIMIENTO PARA PLAN DE CONTINGENCIA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS ING. CINDY RODRIGUEZ	DIRECTOR DE OBRA PROFESIONALES ASOCIADOS
11/09/2023	M202211091COLEGIOSSED_138	VÍA CORREO ELECTRONICO	APROBACIÓN DE VEHICULOS RETIRO RCD	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS ING. CINDY RODRIGUEZ	DIRECTOR DE OBRA PROFESIONALES ASOCIADOS

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN BOGOTÁ	RELACIÓN DE CORRESPONDENCIA RECIBIDA	CONSORCIO INTERV COLEGIOS

CONTRATO DE OBRA:	No. CO1.PCCNTR.4077644
OBJETO:	"Adelantar Obras De Adecuación, Mejoramiento Y Mantenimiento Correctivo De Las Plantas Físicas, Así Como La Adecuación Y/O Mejoramiento De Comedores Escolares De Los Colegios Distritales Y La Ejecución De Las Obras Menores Para La Atención De Emergencias En Los Colegios Distritales Con El Fin De Atender Los Requerimientos Y Necesidades En Términos De Infraestructura Para La Prestación Del Servicio Educativo.Grupo 7"
CONTRATISTA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA
INTERVENTOR:	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS
SUPERVISOR:	ARQ. ALEXANDER OSORIO

FECHA	No. OFICIO	REFERENCIA / RADICADO	ASUNTO	ENVÍA	RECIBE
15/08/2023	SED-G7-PA-138	VÍA CORREO ELECTRONICO	Informe ambiental de tratamiento silvicultural Colegio Manuelita Sáenz	PROFESIONALES Y ASOCIADOS ARQ. SANDRA M. HORMAZA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS ING. CINDY LORENA RODRIGUEZ
16/08/2023	SED-G7-PA-139	VÍA CORREO ELECTRONICO	Respuesta oficio M202211091COLEGIOSSED_120 "Llamado de atención por el no cumplimiento de compromisos adquiridos en comités de obra y cronograma de actividades de obra"	PROFESIONALES Y ASOCIADOS ARQ. SANDRA M. HORMAZA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS ING. CINDY LORENA RODRIGUEZ
23/08/2023	SED-G7-PA-140	VÍA CORREO ELECTRONICO	Radicación de documentos de vehículos de carga	PROFESIONALES Y ASOCIADOS ARQ. SANDRA M. HORMAZA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS ING. CINDY LORENA RODRIGUEZ
24/08/2023	SED-G7-PA-141	VÍA CORREO ELECTRONICO	Remisión acta parcial No.7.	PROFESIONALES Y ASOCIADOS ARQ. SANDRA M. HORMAZA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS ING. CINDY LORENA RODRIGUEZ
30/08/2023	SED-G7-PA-142	VÍA CORREO ELECTRONICO	Remisión documentos de gestor ambiental	PROFESIONALES Y ASOCIADOS ARQ. SANDRA M. HORMAZA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS ING. CINDY LORENA RODRIGUEZ
30/08/2023	SED-G7-PA-143	VÍA CORREO ELECTRONICO	Remisión de documentos de vehículos de carga	PROFESIONALES Y ASOCIADOS ARQ. SANDRA M. HORMAZA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS ING. CINDY LORENA RODRIGUEZ
30/08/2023	SED-G7-PA-144	VÍA CORREO ELECTRONICO	Remisión de documentos de vehículo de carga GMJ618 – PIN 126	PROFESIONALES Y ASOCIADOS ARQ. SANDRA M. HORMAZA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS ING. CINDY LORENA RODRIGUEZ
30/08/2023	SED-G7-PA-145	VÍA CORREO ELECTRONICO	Remisión de documentos de vehículo de carga SCI118 – PIN 2063	PROFESIONALES Y ASOCIADOS ARQ. SANDRA M. HORMAZA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS ING. CINDY LORENA RODRIGUEZ
31/08/2023	SED-G7-PA-146	VÍA CORREO ELECTRONICO	Respuesta oficio M202211091COLEGIOSSED_126 "Observaciones al Plan de contingencia entregado mediante oficio SED-G7-PA-139"	PROFESIONALES Y ASOCIADOS ARQ. SANDRA M. HORMAZA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS ING. CINDY LORENA RODRIGUEZ
2/09/2023	SED-G7-PA-147	VÍA CORREO ELECTRONICO	Respuesta oficio M202211091COLEGIOSSED_108	PROFESIONALES Y ASOCIADOS ARQ. SANDRA M. HORMAZA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS ING. CINDY LORENA RODRIGUEZ
4/09/2023	SED-G7-PA-148	VÍA CORREO ELECTRONICO	Remisión informe mensual No.7	PROFESIONALES Y ASOCIADOS ARQ. SANDRA M. HORMAZA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS ING. CINDY LORENA RODRIGUEZ
6/09/2023	SED-G7-PA-149	VÍA CORREO ELECTRONICO	Respuesta oficio M202211091COLEGIOSSED_119	PROFESIONALES Y ASOCIADOS ARQ. SANDRA M. HORMAZA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS ING. CINDY LORENA RODRIGUEZ
7/09/2023	SED-G7-PA-150	VÍA CORREO ELECTRONICO	Respuesta oficio M202211091COLEGIOSSED_123	PROFESIONALES Y ASOCIADOS ARQ. SANDRA M. HORMAZA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS ING. CINDY LORENA RODRIGUEZ
12/09/2023	SED-G7-PA-152	VÍA CORREO ELECTRONICO	Remisión hoja de vida – Inspector de obra	PROFESIONALES Y ASOCIADOS ARQ. SANDRA M. HORMAZA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS ING. CINDY LORENA RODRIGUEZ
12/09/2023	SED-G7-PA-153	VÍA CORREO ELECTRONICO	Solicitud prórroga No.1 al contrato de obra.	PROFESIONALES Y ASOCIADOS ARQ. SANDRA M. HORMAZA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS ING. CINDY LORENA RODRIGUEZ
12/09/2023	SED-G7-PA-154	VÍA CORREO ELECTRONICO	Respuesta oficio M202211091COLEGIOSSED_137 "Llamado de atención por la no atención de requerimiento para plan de contingencia"	PROFESIONALES Y ASOCIADOS ARQ. SANDRA M. HORMAZA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS ING. CINDY LORENA RODRIGUEZ

Anexo TEC-09 – Pólizas de contratista obra

TOMADOR	POLIZA DE SEGURO DE	POLIZA / ENDOSO
PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA CL 104 14 A 45 OF 401 BOGOTÁ, D.C. BOGOTA NIT: 8130081201 Teléf. 2150482	TODO RIESGO CONSTRUCCION Y/O MONTAJE	1510 / 5

LUGAR Y FECHA DE EMISION - VIGENCIA
BOGOTÁ, D.C., 25/04/2023. VIGENCIA INICIACION - LAS 0HS DEL 25/04/2023, VIGENCIA DE TERMINACION - LAS 0HS DEL 11/01/2024.

NUMERO DE FACTURA	12 - 0001510 / 005

ASEGURADO	BENEFICIARIO
PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA CL 104 14 A 45 OF 401 BOGOTÁ, D.C. BOGOTA NIT: 8130081201 Teléf. 2150482	BOGOTA D.C. SECRETARIA DE EDUCACION AV EL DORADO NO. 66-63 BOGOTÁ, D.C. BOGOTA NIT: 8999990619 Teléf. 3241000

MODIFICACION CON VALOR

CODIGO DE VERIFICACION :
120000151000053BOG202304251049286

Dando cumplimiento a lo estipulado en la Circular Conjunta 001 del 20 de agosto de 2021 emitida por la Superintendencia Financiera de Colombia informamos que mediante el correo electrónico certificacionespolizas@berkley.com.co podrá solicitar cualquier requerimiento orientado a absolver consultas sobre este documento.

PRIMA	GASTOS DE EXPEDICIÓN	IVA	PRIMA TOTAL	VENCIMIENTO PAGO
COP 6.317.500,00	COP 0,00	COP 1.200.325,00	COP 7.517.825,00	25/05/2023

INTERMEDIARIOS :
DIASEGUROS CLASE: AGENCIAS CLAVE: 122101

CONDICIONES PARTICULARES DE LA COBERTURA

Las partes acuerdan que el Tomador pagará la prima a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la iniciación de vigencia de la misma. La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del seguro y dará derecho a la aseguradora para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato de acuerdo con lo establecido por el artículo 1068 del Código de Comercio.

La presente póliza ampara los riesgos descritos en el condicionado general del seguro de TODO RIESGO CONSTRUCCION Y/O MONTAJE registrado en la Superintendencia Financiera de Colombia con el código 251120-1347-P-12-TRC07-000I para esta póliza rigen todas las cláusulas, deducibles y garantías expresadas en la carátula.

Transcurridos 15 días contados a partir de la fecha del recibo de este documento por parte del Tomador, sin que este hubiese hecho observación alguna sobre su contenido a Berkley International Seguros Colombia S.A., se entenderá que el mismo fue aceptado totalmente.
Es obligación del tomador, asegurado y beneficiario actualizar por lo menos una vez al año su información en los formularios suministrados por la Compañía, para cumplir con las normas para la prevención de lavado de activos.
No somos Grandes Contribuyentes. IVA Regimen Común. Actividad Económica ICA 6511.
No sujetos a Retención en la fuente por concepto de renta, Artículo 17 Decreto 2509 del 03/09/85

MARIA YOLANDA ARDILA GUARIN
PRESIDENTE
Firma Autorizada

EL TOMADOR

CÓDIGO DE PRODUCTO Y NOTA TECNICA REGISTRADO EN LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA :
251120-1347-P-12-TRC07-000I y 251120-1347-NTP-12-TRC04-000I

TOMADOR	POLIZA DE SEGURO DE	POLIZA / ENDOSO
PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA	TODO RIESGO CONSTRUCCION Y/O MONTAJE	1510 / 5
CL 104 14 A 45 OF 401 BOGOTÁ, D.C. BOGOTA	LUGAR Y FECHA DE EMISION - VIGENCIA BOGOTÁ, D.C., 25/04/2023. VIGENCIA INICIACION - LAS 0HS DEL 25/04/2023, VIGENCIA DE TERMINACION - LAS 0HS DEL 11/01/2024.	
NIT: 8130081201 Teléf. 2150482	NUMERO DE FACTURA	12 - 0001510 / 005

CARATULA

==========

T O D O R I E S G O P A R A C O N T R A T I S T A

==========

DESCRIPCION DEL PROYECTO:

ADELANTAR OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTOY MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTASFÍSICAS DE LA SECRETARIA DE EDUCACION DELDISTRITO, ASI COMO LA EJECUCIÓN DE OBRASMENORES, QUE PERMITAN A TRAVES DE LA ATENCIÓNDE EMERGENCIAS Y DE NECESIDADES FISICASPRIORITARIAS, GARANTIZAR EL FUNCIONAMIENTO Y LAPRESTACION DEL SERVICIO DE LA INFRAESTRUCTURAFISICA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LAS SEDES ADMINISTRATIVAS.

NOMBRE DEL PROYECTO:

CONTRATO CO1.SLCNTR.9328132 GRUPO 7

UBICACION:

SAN CRISTOBAL

ASEGURADO ADICIONAL:

BOGOTA DISTRITO CAPITAL-SECRETARIA DE EDUCACION NIT 899.999.061-9

BENEFICIARIO ADICIONAL:

BOGOTA DISTRITO CAPITAL-SECRETARIA DE EDUCACION NIT 899.999.061-9

PLAZO PARA EL PAGO DE PRIMAS:

30 días contados a partir de la emisión de la póliza

PRIMA MINIMA POR ENDOSO:

Toda modificación con valor tendrá un costo mínimo de: COP 100.000 / USD 30 (según la moneda de emisión de la póliza)

TASA DEL PROYECTO:

En caso de incremento en la suma asegurada durante la vigencia, la prima adicional de cada incremento se calculará con tasa del 1.0000 %o

---

POR MEDIO DEL PRESENTE ENDOSO SE REALIZA EL AUMENTO DEL VALOR ASEGURADO, MODIFICANDO LAS SIGUIENTES COBERTURAS Y/O CAPITALES ASEGURADOS:

CONTINUA

CÓDIGO DE PRODUCTO Y NOTA TECNICA REGISTRADO EN LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA :
251120-1347-P-12-TRC07-000I y 251120-1347-NTP-12-TRC04-000I

TOMADOR	POLIZA DE SEGURO DE	POLIZA / ENDOSO
PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA	TODO RIESGO CONSTRUCCION Y/O MONTAJE	1510 / 5
CL 104 14 A 45 OF 401 BOGOTÁ, D.C. BOGOTA	LUGAR Y FECHA DE EMISION - VIGENCIA	
	BOGOTÁ, D.C., 25/04/2023. VIGENCIA INICIACION - LAS 0HS DEL 25/04/2023, VIGENCIA DE TERMINACION - LAS 0HS DEL 11/01/2024.	
NIT: 8130081201 Teléf. 2150482	NUMERO DE FACTURA	12 - 0001510 / 005

CARATULA

SECCIÓN DAÑO MATERIAL ----------COP 19.391.541.772,00

COBERTURA TERREMOTO, TEMBLOR, MAREMOTO, ERUPCIÓN VOLCÁNICA---------- COP 19.391.541.772,00
COBERTURA CICLON, HURACAN, INUNDACION, OTROS EVENTOS----------COP 19.391.541.772,00

Lo Anterior acorde a la solicitud de modificación No. 1 al Contrato de Obra No. CO1.PCCNTR.4077644 de 2022, que adiciona recursos por valor de SEIS MIL TRESCIENTOS DIECISIETE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE. ($6.317.500.000) INCLUIDO AIU, para la intervención de las doce (12) sedes de colegios adicionales, estas sedes son :

SEDE	NOMBRE DE SEDE
A	COLEGIO PANTALEON GAITAN PEREZ (CED)
C	COLEGIO ALTAMIRA SUR ORIENTAL (IED)
B	COLEGIO SAN CRISTOBAL SUR (IED)
B	COLEGIO JOSE ACEVEDO Y GOMEZ (IED)
B	COLEGIO EL RODEO (IED)
C	COLEGIO JOSE FELIX RESTREPO (IED)
A	COLEGIO ENTRE NUBES SUR ORIENTAL (IED)
A	COLEGIO VEINTE DE JULIO (IED)
C	COLEGIO LOS ALPES (IED)
B	COLEGIO ALEMANIA UNIFICADA (IED)
B	COLEGIO ALTAMIRA SUR ORIENTAL (IED)
A	COLEGIO TECNICO TOMAS RUEDA VARGAS (IED)

DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES NO MODIFICADOS POR EL PRESENTE CONTINÚAN IGUAL.

CONTINUA

CÓDIGO DE PRODUCTO Y NOTA TECNICA REGISTRADO EN LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA : 251120-1347-P-12-TRC07-000I y 251120-1347-NTP-12-TRC04-000I

TOMADOR	POLIZA DE SEGURO DE	POLIZA / ENDOSO
PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA	TODO RIESGO CONSTRUCCION Y/O MONTAJE	1510 / 5

CL 104 14 A 45 OF 401
BOGOTÁ, D.C.
BOGOTA

NIT: 8130081201 Teléf. 2150482

LUGAR Y FECHA DE EMISION - VIGENCIA

BOGOTÁ, D.C., 25/04/2023.

VIGENCIA INICIACION - LAS 0HS DEL 25/04/2023,
VIGENCIA DE TERMINACION - LAS 0HS DEL 11/01/2024.

NUMERO DE FACTURA	12 - 0001510 / 005

CARATULA

CÓDIGO DE PRODUCTO Y NOTA TECNICA REGISTRADO EN LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA :
251120-1347-P-12-TRC07-000I y 251120-1347-NTP-12-TRC04-000I

TOMADOR	POLIZA DE SEGURO DE	POLIZA / ENDOSO
PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA	TODO RIESGO CONSTRUCCION Y/O MONTAJE	1510 / 5
CL 104 14 A 45 OF 401 BOGOTÁ, D.C. BOGOTA	LUGAR Y FECHA DE EMISION - VIGENCIA BOGOTÁ, D.C., 25/04/2023. VIGENCIA INICIACION - LAS 0HS DEL 25/04/2023, VIGENCIA DE TERMINACION - LAS 0HS DEL 11/01/2024.	
NIT: 8130081201 Teléf. 2150482	NUMERO DE FACTURA	12 - 0001510 / 005

CONDICIONES PARTICULARES

CONSTE QUE SE AUMENTA/N LA/S SUMA/S ASEGURADA/S:
POR MEDIO DEL PRESENTE ENDOSO SE MODIFICAN LAS SIGUIENTES COBERTURAS Y/O CAPITALES ASEGURADOS :
SECCIÓN DAÑO MATERIAL COP 19.391.541.772,00
COBERTURA TERREMOTO, TEMBLOR, MAREMOTO, ERUPCIÓN VOLCÁNICA---------- COP 19.391.541.772,00
COBERTURA PARA HMACC - AMIT, INCLUYENDO SABOTAJE Y TERRORISMO---------- COP 19.391.541.772,00
COBERTURA CICLON, HURACAN, INUNDACION, OTROS EVENTOS---------- COP 19.391.541.772,00

SIENDO ENTONCES LA SITUACIÓN ACTUAL DEL RIESGO Y SUS COBERTURAS LA SIGUIENTE:
ASEGURADO ADICIONAL:
BOGOTA DISTRITO CAPITAL-SECRETARIA DE EDUCACION NIT 899.999.061-9

BENEFICIARIO ADICIONAL:
BOGOTA DISTRITO CAPITAL-SECRETARIA DE EDUCACION NIT 899.999.061-9

PLAZO PARA EL PAGO DE PRIMAS:
30 días contados a partir de la emisión de la póliza

PRIMA MINIMA POR ENDOSO:
Toda modificación con valor tendrá un costo mínimo de: COP 100.000 / USD 30 (según la moneda de emisión de la póliza)

TASA DEL PROYECTO:
En caso de incremento en la suma asegurada durante la vigencia, la prima adicional de cada incremento se calculará con tasa del 1.0000 %o

(SLT/)==========
CLAUSULAS Y ANEXOS :
==========
COBERTURA DE MANTENIMIENTO SIMPLE (VISITAS)

QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE, SUJETO A LOS TÉRMINOS, EXCLUSIONES, CLÁUSULAS Y CONDICIONES CONTENIDOS EN LA PÓLIZA O EN ELLA NEXOS Y SUJETO AL PAGO PREVIO DE LA PRIMA EXTRA POR PARTE DEL ASEGURADO, ESTE SEGURO SE EXTENDERÁ PARA EL PERÍODO DE MANTENIMIENTO AQUÍ ESPECIFICADO A CUBRIR SOLAMENTE LAS PÉRDIDAS O DAÑOS EN LAS OBRAS CONTRATADAS CAUSADAS POR EL O LOS CONTRATISTAS ASEGURADOS, CUANDO ÉSTOS EJECUTEN LAS OPERACIONES A QUE LOS OBLIGA LA CLÁUSULA

TOMADOR	POLIZA DE SEGURO DE	POLIZA / ENDOSO
PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA	TODO RIESGO CONSTRUCCION Y/O MONTAJE	1510 / 5
CL 104 14 A 45 OF 401 BOGOTÁ, D.C. BOGOTA	LUGAR Y FECHA DE EMISION - VIGENCIA BOGOTÁ, D.C., 25/04/2023. VIGENCIA INICIACION - LAS 0HS DEL 25/04/2023, VIGENCIA DE TERMINACION - LAS 0HS DEL 11/01/2024.	
NIT: 8130081201 Teléf. 2150482	NUMERO DE FACTURA	12 - 0001510 / 005

CONDICIONES PARTICULARES

DE MANTENIMIENTO DE SU CONTRATO.

EXCLUSIONES:
1. MANTENIMIENTO AMPLIO PARA MAQUINARIA Y EQUIPOS USADOS.
2. CUALQUIER CLASE DE RESPONSABILIDAD CIVIL.
3. ERRORES DE DISEÑO DESCUBIERTOS DURANTE EL PERÍODO DE MANTENIMIENTO.

PERIODO DE MANTENIMIENTO SIMPLE: 6 MESES

%PRINCIPIO Y FIN DE LA COBERTURA
1. LA COBERTURA DE MANTENIMIENTO SIMPLE COMENZARÁ PARA CADA ÍTEM DE LA PROPIEDAD ASEGURADA, EN LA FECHA EN QUE ESTE HAYA SIDO PUESTO EN USO O EN OPERACIÓN, O EN LA FECHA EN QUE SE EMITA O EN QUE SE CONSIDERE HABER SIDO EMITIDO EL CERTIFICADO DE RECEPCIÓN PROVISIONAL, LO QUE OCURRA PRIMERO.
2. LA COBERTURA DE MANTENIMIENTO SIMPLE PARA CADA ÍTEM DE LA PROPIEDAD ASEGURADA CESARÁ AL VENCIMIENTO DEL PERÍODO (VIGENCIA), O A LA FECHA DE VENCIMIENTO ESPECIFICADA MÁS ADELANTE, O A LA FIRMA DEL CERTIFICADO DE RECEPCIÓN DEFINITIVA, LO QUE OCURRA PRIMERO.

TODAS LAS DEMÁS CONDICIONES GENERALES Y/O PARTICULARES NO MODIFICADAS POR EL PRESENTE ANEXO CONTINÚAN VIGENTES.

CONDICIONES ESPECIALES RELATIVAS AL CRONOGRAMA DE AVANCE DE LOS TRABAJOS DE CONSTRUCCIÓN Y/O MONTAJE

QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE, SUJETO A LOS TÉRMINOS, EXCLUSIONES, CLÁUSULAS Y CONDICIONES CONTENIDOS EN LA PÓLIZA O EN ELLA ANEXOS, SON APLICABLES LAS SIGUIENTES CONDICIONES A ESTE SEGURO:

LA ASEGURADORA INDEMNIZARÁ HASTA EL VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARÁTULA O POR ANEXO, LA PÉRDIDA O DAÑO CAUSADO POR, O QUE RESULTE DE, O QUE SEA AGRAVADO POR UNA DESVIACIÓN DEL CRONOGRAMA DE AVANCE DE LOS TRABAJOS DE CONSTRUCCIÓN O DE MONTAJE QUE OCURRA DURANTE EL PERIODO DE DESVIACIÓN INDICADO EN ESTE ANEXO.

EXCLUSIÓN ESPECIAL
LA ASEGURADORA NO INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO CON RESPECTO A PÉRDIDA O DAÑO CAUSADO POR, O QUE RESULTE DE, O QUE SEA AGRAVADO POR, UNA DESVIACIÓN DEL CRONOGRAMA DE AVANCE DE LOS TRABAJOS DE CONSTRUCCIÓN O DE MONTAJE QUE EXCEDA EL

TOMADOR	POLIZA DE SEGURO DE	POLIZA / ENDOSO
PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA	TODO RIESGO CONSTRUCCION Y/O MONTAJE	1510 / 5
CL 104 14 A 45 OF 401 BOGOTÁ, D.C. BOGOTA	LUGAR Y FECHA DE EMISION - VIGENCIA	
	BOGOTÁ, D.C., 25/04/2023. VIGENCIA INICIACION - LAS 0HS DEL 25/04/2023, VIGENCIA DE TERMINACION - LAS 0HS DEL 11/01/2024.	
NIT: 8130081201 Teléf. 2150482	NUMERO DE FACTURA	12 - 0001510 / 005

CONDICIONES PARTICULARES

PERÍODO DE DESVIACIÓN DEL CRONOGRAMA ESPECIFICADO A CONTINUACIÓN, A MENOS QUE LA ASEGURADORA HAYA APROBADO PREVIAMENTE, POR ESCRITO, QUE TAL DESVIACIÓN NO AFECTA A LA PÓLIZA DE SEGURO.

DESVIACIÓN DEL CRONOGRAMA DE AVANCE DE CONSTRUCCIÓN / MONTAJE: 4 SEMANAS

JUNTO CON LAS DEMÁS DECLARACIONES HECHAS POR ESCRITO POR EL ASEGURADO PARA OBTENER COBERTURA POR ESTA PÓLIZA, ASÍ COMO CON TODA INFORMACIÓN TÉCNICA PROPORCIONADA AL ASEGURADOR, EL CRONOGRAMA DE AVANCE DE LOS TRABAJOS DE CONSTRUCCIÓN Y/O MONTAJE FORMARÁ PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA.

TODAS LAS DEMÁS CONDICIONES GENERALES Y/O PARTICULARES NO MODIFICADAS POR EL PRESENTE ANEXO CONTINÚAN VIGENTES.

COBERTURA DE GASTOS ADICIONALES POR HORAS EXTRA, TRABAJO NOCTURNO TRABAJO EN DÍAS FESTIVOS, FLETE EXPRESO

1. AMPARO

EL OTORGAMIENTO DE LA SIGUIENTE COBERTURA DEJA SIN EFECTO LA EXCLUSIÓN 2.14 CONSIGNADA EN LA CLAUSULA 2 DE LAS CONDICIONES GENERALES.

LA ASEGURADORA INDEMNIZARÁ HASTA EL VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARÁTULA O POR ANEXO, LOS GASTOS ADICIONALES POR CONCEPTO DE HORAS EXTRAS, TRABAJO NOCTURNO, TRABAJO EN DÍAS FERIADOS Y FLETE EXPRESO, EN QUE RAZONABLEMENTE INCURRA EL ASEGURADO CON EL OBJETO DE DISMINUIR EL TIEMPO DE REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE LOS BIENES ASEGURADOS, Y SIEMPRE Y CUANDO DICHA REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN SE GENERE A CAUSA DE UNA PÉRDIDA O DAÑO MATERIAL INDEMNIZABLE BAJO LA PÓLIZA, DE CONFORMIDAD CON LAS SIGUIENTES ESTIPULACIONES:

2. DEFINICIONES

PARA EFECTOS DE ESTE ANEXO, SE ENTIENDE POR GASTOS POR HORAS EXTRA, TRABAJO NOCTURNO Y TRABAJO EN DÍAS FERIADOS, LOS GASTOS POR MANO DE OBRA EMPLEADA DURANTE TIEMPO SUPLEMENTARIO A LAS HORAS LABORABLES NORMALES, EROGADOS POR EL ASEGURADO PARA LA REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE LOS BIENES ASEGURADOS AFECTADOS POR LA PÉRDIDA O DAÑO MATERIAL INDEMNIZABLE, EN EXCESO DEL VALOR DE IGUAL TIEMPO CALCULADO CON BASE EN EL VALOR DE LA HORA LABORABLE NORMAL.

POR FLETE EXPRESO SE ENTIENDEN LOS GASTOS QUE DEBAN SER EROGADOS POR EL ASEGURADO, EN EXCESO DEL VALOR DE FLETES ORDINARIOS, POR CONCEPTO DE TRANSPORTE TERRESTRE, MARÍTIMO Y FLUVIAL DE PARTES Y PIEZAS QUE SEAN NECESARIAS PARA LA REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE LOS BIENES AFECTADOS POR LA PÉRDIDA O DAÑO MATERIAL INDEMNIZABLE.

TOMADOR	POLIZA DE SEGURO DE	POLIZA / ENDOSO
PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA	TODO RIESGO CONSTRUCCION Y/O MONTAJE	1510 / 5
CL 104 14 A 45 OF 401 BOGOTÁ, D.C. BOGOTA	LUGAR Y FECHA DE EMISION - VIGENCIA BOGOTÁ, D.C., 25/04/2023. VIGENCIA INICIACION - LAS 0HS DEL 25/04/2023, VIGENCIA DE TERMINACION - LAS 0HS DEL 11/01/2024.	
NIT: 8130081201 Teléf. 2150482	NUMERO DE FACTURA	12 - 0001510 / 005

CONDICIONES PARTICULARES

3. EXCLUSIONES

QUEDAN EXCLUIDOS LOS GASTOS POR CONCEPTO DE FLETE AÉREO.

4. PROPORCIÓN INDEMNIZABLE

EN CASO DE QUE LA INDEMNIZACIÓN PAGADERA BAJO LA PÓLIZA, POR CONCEPTO DE LA PÉRDIDA O DAÑO MATERIAL QUE DA LUGAR A RECLAMACIÓN DE LOS GASTOS CUBIERTOS POR ESTE ANEXO, ESTÉ SUJETA A LA DEDUCCIÓN PREVISTA EN LA PÓLIZA POR CONCEPTO DE LA PROPORCIÓN INDEMNIZABLE, LA INDEMNIZACIÓN PAGADERA BAJO ESTE ANEXO ESTARÁ SUJETA A LA DEDUCCIÓN DE IGUAL PROPORCIÓN.

5. DEDUCIBLE

TODA INDEMNIZACIÓN POR GASTOS CUBIERTOS BAJO ESTE ANEXO, ESTARÁ SUJETA AL DEDUCIBLE INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O POR ANEXO.

TODAS LAS DEMÁS CONDICIONES GENERALES Y/O PARTICULARES NO MODIFICADAS POR EL PRESENTE ANEXO CONTINÚAN VIGENTES.

COBERTURA PARA FLETE AÉREO

DE ACUERDO CON EL LÍMITE INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA ESTE SEGURO SE EXTIENDE A CUBRIR LOS GASTOS ADICIONALES POR CONCEPTO DE FLETE AÉREO, SIEMPRE Y CUANDO DICHOS GASTOS SE HAYAN GENERADO EN CONEXIÓN CON CUALQUIER PÉRDIDA O DAÑO INDEMNIZABLE A LOS OBJETOS ASEGURADOS BAJO LA PÓLIZA.

SI LA SUMA O LAS SUMAS ASEGURADAS PARA EL O LOS BIENES ASEGURADOS AFECTADOS POR EL SINIESTRO RESULTAN MENORES QUE LOS MONTOS QUE DEBIAN HABERSE ASEGURADO, ENTONCES LA CANTIDAD INDEMNIZABLE BAJO ESTE AMPARO PARA LOS REFERIDOS GASTOS ADICIONALES SE VERA REDUCIDA EN LA MISMA PROPORCION.

QUEDA ENTENDIDO, ADEMÁS, QUE LA CANTIDAD INDEMNIZABLE BAJO ESTE ANEXO CON RESPECTO AL FLETE AÉREO, NO DEBERÁ EXCEDER DE LA CANTIDAD MENCIONADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

EL OTORGAMIENTO DE ESTA COBERTURA DEJA SIN EFECTO LA EXCLUSION 2.14 CONSIGNADA EN LA CLAUSULA 2 DE LAS CONDICIONES GENERALES.

TODAS LAS DEMÁS CONDICIONES GENERALES Y/O PARTICULARES NO MODIFICADAS POR EL PRESENTE ANEXO CONTINÚAN VIGENTES.

TOMADOR	POLIZA DE SEGURO DE	POLIZA / ENDOSO
PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA	TODO RIESGO CONSTRUCCION Y/O MONTAJE	1510 / 5
CL 104 14 A 45 OF 401 BOGOTÁ, D.C. BOGOTA	LUGAR Y FECHA DE EMISION - VIGENCIA BOGOTÁ, D.C., 25/04/2023. VIGENCIA INICIACION - LAS 0HS DEL 25/04/2023, VIGENCIA DE TERMINACION - LAS 0HS DEL 11/01/2024.	
NIT: 8130081201 Teléf. 2150482	NUMERO DE FACTURA	12 - 0001510 / 005

CONDICIONES PARTICULARES

CAMPAMENTOS Y ALMACENES DE MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN

DE ACUERDO CON EL LÍMITE INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, CON SUJECIÓN A LOS TÉRMINOS, EXCLUSIONES, CLÁUSULAS Y CONDICIONES CONTENIDOS EN LA PÓLIZA O EN ELLA ANEXOS, LOS ASEGURADORES INDEMNIZARÁN AL ASEGURADO POR PÉRDIDAS, DAÑOS Y RESPONSABILIDADES EN LOS CAMPAMENTOS Y ALMACENES DE MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN.

EXCLUSIÓN ESPECIAL:
PÉRDIDAS, DAÑOS Y RESPONSABILIDADES CAUSADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR INCENDIO, AVENIDA, INUNDACIÓN QUE SE CAUSEN CUANDO LOS CAMPAMENTOS Y ALMACENES NO SE HAYAN CONSTRUIDO POR ENCIMA DEL NIVEL MÁXIMO DE AGUA REGISTRADO EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS DENTRO DEL SITIO DE OBRA.

ADEMÁS, QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE LOS ASEGURADORES INDEMNIZARÁN AL ASEGURADO POR SINIESTRO LOS SIGUIENTES LIMITES

TODAS LAS DEMÁS CONDICIONES GENERALES Y/O PARTICULARES NO MODIFICADAS POR EL PRESENTE ANEXO CONTINÚAN VIGENTES.

CONDICIONES ESPECIALES PARA EQUIPOS EXTINTORES DE INCENDIOS Y PROTECCIÓN DE INCENDIOS EN SITIOS DE OBRAS

QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE, SUJETO A LOS TÉRMINOS, EXCLUSIONES, CLÁUSULAS Y CONDICIONES CONTENIDOS EN LA PÓLIZA O EN ELLA ANEXOS, EL ASEGURADOR INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO LOS DAÑOS O PÉRDIDAS HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA QUE SE DEBAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE A INCENDIO Y/O EXPLOSIÓN PARA LOS SITIOS DE TRABAJO DONDE SE EMPLEAN ACTIVIDADES QUE IMPLIQUEN RIESGO DE INCENDIO, COMO POR EJEMPLO: ESMERILADO, CORTE Y SOLDADURA, TRABAJOS CON SOPLETE, APLICACIÓN DE ASFALTO CALIENTE O CUALQUIER OTRO TRABAJO QUE IMPLIQUE CALOR, LLAMA O FUEGO.

EXCLUSIONES
LA ASEGURADORA NO INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO LOS DAÑOS O PÉRDIDAS QUE SE PRODUZCAN POR LO SIGUIENTE:
- FALTA DE BUEN ORDEN Y ASEO EN LOS SITIOS DE TRABAJO.
- FALTA DE LIMPIEZA DE TODO MATERIAL INFLAMABLE Y DESPERDICIOS ANTES DE REALIZAR LOS TRABAJOS.
- CUANDO EL SITIO DE CONSTRUCCIÓN NO ESTÉ AISLADO, CERCADO Y VIGILADO.

TOMADOR	POLIZA DE SEGURO DE	POLIZA / ENDOSO
PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA	TODO RIESGO CONSTRUCCION Y/O MONTAJE	1510 / 5
CL 104 14 A 45 OF 401 BOGOTÁ, D.C. BOGOTA	LUGAR Y FECHA DE EMISION - VIGENCIA	
	BOGOTÁ, D.C., 25/04/2023. VIGENCIA INICIACION - LAS 0HS DEL 25/04/2023, VIGENCIA DE TERMINACION - LAS 0HS DEL 11/01/2024.	
NIT: 8130081201 Teléf. 2150482	NUMERO DE FACTURA	12 - 0001510 / 005

CONDICIONES PARTICULARES

- CUANDO NO HAYA SUFICIENTE CANTIDAD DE EXTINTORES EN LA OFICINA Y EN EL ALMACÉN.

TODAS LAS DEMÁS CONDICIONES GENERALES Y/O PARTICULARES NO MODIFICADAS POR EL PRESENTE ANEXO CONTINÚAN VIGENTES.

CONDICIONES ESPECIALES PARA LA COBERTURA DEL TENDIDO DE TUBERÍAS DE AGUA Y DESAGÜES

ESTE ENDOSO ESTÁ SUJETO ADICIONALMENTE A LOS TÉRMINOS, DISPOSICIONES, CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES, LIMITACIONES Y EXCLUSIONES CONTENIDAS EN LA PÓLIZA O ENDOSADAS A LA MISMA, EXCEPTO POR LO SIGUIENTE:

1. CONDICIÓN

1.1 LA ASEGURADORA INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO POR PÉRDIDA, DAÑO O RESPONSABILIDAD CAUSADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE A TERRAPLENES, CORTES Y BANQUETAS, ZANJAS, CANALES O CAMINOS Y OBRAS SIMILARES, SI ESTOS TERRAPLENES, CORTES Y BANQUETAS, ZANJAS, CANALES O CAMINOS Y OBRAS SIMILARES SE CONSTRUYEN EN SECCIONES, QUE NO EXCEDAN EN TOTAL LA LONGITUD INDICADA MÁS ADELANTE, INDEPENDIENTEMENTE DEL ESTADO DE TERMINACIÓN O AVANCE DE LAS OBRAS ASEGURADAS, Y LA INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDA O DAÑO CAUSADA POR CUALQUIER OCURRENCIA SE LIMITARÁ AL COSTO DE REPARAR TALES SECCIONES.

2. EXCLUSIONES ESPECIALES

2.1. LA ASEGURADORA NO INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO POR PÉRDIDA DE O DAÑO A ZANJAS ABIERTAS, TUBERÍAS, CABLES Y DUCTOS, QUE RESULTE DE AVENIDA E INUNDACIÓN CUANDO:

2.1.1. INMEDIATAMENTE DESPUÉS QUE SE HAYAN TENDIDO LAS TUBERÍAS, LOS CABLES Y LOS DUCTOS, ESTOS NO HAYAN SIDO ASEGURADOS PARA PREVENIR POSIBLES DESPLAZAMIENTOS POR AVENIDA O INUNDACIÓN.

2.1.2. LOS TUBOS Y LOS DUCTOS NO HAYAN SIDO TAPONADOS EN LOS EXTREMOS O LAS BOCAS DE REGISTRO O DE VISITA NO ESTÉN CERRADAS, DE TAL FORMA QUE SE IMPIDA EL INGRESO DE AGUA U OTRO MATERIAL.

2.1.3. LAS SECCIONES CORRESPONDIENTES DE LA ZANJA, NO HAYAN SIDO RELLENADAS INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE HABER FINALIZADO LAS ÚLTIMAS PRUEBAS.

2.2. LA ASEGURADORA NO INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO POR EL MONTO DE LA PÉRDIDA DE, O DEL DAÑO A, ZANJAS ABIERTAS, TUBOS, CABLES Y TUBERÍAS QUE EXCEDAN EL VALOR PROMEDIO DE LA LONGITUD DE LA ZANJA ABIERTA QUE SE ESPECIFICA A CONTINUACIÓN.

LONGITUD DE SECCION: 100,00 METROS

TOMADOR	POLIZA DE SEGURO DE	POLIZA / ENDOSO
PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA	TODO RIESGO CONSTRUCCION Y/O MONTAJE	1510 / 5
CL 104 14 A 45 OF 401 BOGOTÁ, D.C. BOGOTA	LUGAR Y FECHA DE EMISION - VIGENCIA BOGOTÁ, D.C., 25/04/2023. VIGENCIA INICIACION - LAS 0HS DEL 25/04/2023, VIGENCIA DE TERMINACION - LAS 0HS DEL 11/01/2024.	
NIT: 8130081201 Teléf. 2150482	NUMERO DE FACTURA	12 - 0001510 / 005

CONDICIONES PARTICULARES

NÚMERO TOTAL DE SECCIONES PARA ESTA PÓLIZA: 3

TODAS LAS DEMÁS CONDICIONES GENERALES Y/O PARTICULARES NO MODIFICADAS POR EL PRESENTE ANEXO CONTINÚAN VIGENTES.

COBERTURA DE HONORARIOS PROFESIONALES Y GASTOS DE VIAJE Y ESTADÍA.

DE ACUERDO CON EL LÍMITE INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA ESTE SEGURO SE EXTIENDE A CUBRIR LOS COSTOS Y GASTOS EN QUE, PREVIA APROBACIÓN DE LA COMPAÑÍA, TENGA QUE INCURRIR EL ASEGURADO POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y GASTOS DE VIAJE Y ESTADÍA DE ARQUITECTOS, INSPECTORES, INTERVENTORES, INGENIEROS, CONSULTORES, TÉCNICOS, EXPERTOS U OTROS PROFESIONALES, QUE SE REQUIERAN PARA LA PLANIFICACIÓN, RECONSTRUCCIÓN, REPOSICIÓN, REEMPLAZO O REPARACIÓN DE LOS BIENES ASEGURADOS AFECTADOS POR CUALQUIERA DE LOS EVENTOS AMPARADOS, DIFERENTES DE LOS QUE FORMAN PARTE DE LA INDEMNIZACIÓN DE DICHOS BIENES, Y EN TODO CASO SIN EXCEDER LAS TARIFAS AUTORIZADAS POR LAS RESPECTIVAS AGREMIACIONES O ASOCIACIONES PROFESIONALES Y, A FALTA DE UNAS U OTRAS, DE LAS QUE SEAN USUALES O COMUNES.

EN LAS MISMAS CONDICIONES QUE PARA LOS ANTERIORES, LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ LOS HONORARIOS DE AUDITORES, REVISORES Y CONTADORES PARA OBTENER Y CERTIFICAR INFORMACIÓN DE LA CONTABILIDAD DEL ESTABLECIMIENTO ASEGURADO Y DEMÁS INFORMACIÓN, DOCUMENTOS Y TESTIMONIOS QUE SEAN REQUERIDOS EN RELACIÓN CON UN SINIESTRO AMPARADO, ASÍ COMO AQUELLOS PARA DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA.

EXCLUSIONES ESPECIALES

- COSTOS O GASTOS FIJOS DEL ASEGURADO Y/O LOS NECESARIOS PARA ACTUALIZAR LA CONTABILIDAD.
- LOS GASTOS DE DEFENSA INCURRIDOS POR EL ASEGURADO CON MOTIVO DE UNA RECLAMACIÓN EN SU CONTRA.
- QUEDAN EXCLUIDOS COMO GASTOS DE DEFENSA LOS GASTOS DE PERITOS Y EXPERTOS ACREDITADOS CONTRATADOS POR EL ABOGADO DEL ASEGURADO EN RELACIÓN CON LA DEFENSA DEL MISMO FRENTE A UNA RECLAMACIÓN CUBIERTA BAJO ESTA PÓLIZA.

DEFINICIONES

POR GASTOS DE DEFENSA SE ENTIENDE: LOS GASTOS DEL PROCESO, COSTAS PROCESALES, HONORARIOS PROFESIONALES Y DERECHOS DE ARANCEL NECESARIOS Y RAZONABLES INCURRIDOS POR EL ASEGURADO, CON MOTIVO DE SU DEFENSA JURÍDICA FRENTE A

TOMADOR	POLIZA DE SEGURO DE	POLIZA / ENDOSO
PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA	TODO RIESGO CONSTRUCCION Y/O MONTAJE	1510 / 5
CL 104 14 A 45 OF 401 BOGOTÁ, D.C. BOGOTA	LUGAR Y FECHA DE EMISION - VIGENCIA	
	BOGOTÁ, D.C., 25/04/2023. VIGENCIA INICIACION - LAS 0HS DEL 25/04/2023, VIGENCIA DE TERMINACION - LAS 0HS DEL 11/01/2024.	
NIT: 8130081201 Teléf. 2150482	NUMERO DE FACTURA	12 - 0001510 / 005

CONDICIONES PARTICULARES

CUALQUIER RECLAMACIÓN CUBIERTA BAJO ESTA PÓLIZA.

TODAS LAS DEMÁS CONDICIONES GENERALES Y/O PARTICULARES NO MODIFICADAS POR EL PRESENTE ANEXO CONTINÚAN VIGENTES.

COBERTURA DE PLANOS Y DOCUMENTOS

1. AMPARO

LA ASEGURADORA INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO HASTA EL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN ESPECIFICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, RESPECTO A LOS COSTOS Y GASTOS INCURRIDOS NECESARIAMENTE PARA REPRODUCIR PLANOS, DIBUJOS, DOCUMENTOS Y DATOS DE CONTRATO Y CONTABILIDAD, PERDIDOS O DAÑADOS POR UN EVENTO CUBIERTO POR EL AMPARO PRINCIPAL.

EL OTORGAMIENTO DE ESTA COBERTURA DEJA SIN EFECTO LA EXCLUSION 2.30 CONSIGNADA EN LA CLAUSULA 2 DE LAS CONDICIONES GENERALES.

2. EXCLUSIONES:

LA ASEGURADORA NO INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO LO SIGUIENTE:

- EL VALOR DE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LOS PLANOS, DIBUJOS, DOCUMENTOS Y DATOS DE CONTRATO Y CONTABILIDAD PERDIDOS O DAÑADOS POR UN EVENTO CUBIERTO POR EL AMPARO PRINCIPAL.
- TODO TIPO DE SOFTWARE.
- DINERO EN EFECTIVO Y TÍTULOS VALORES, SIEMPRE QUE TAL PERDIDA O DESTRUCCIÓN OCURRA DENTRO DE LOS PREDIOS DONDE SE LLEVEN A CABO LOS TRABAJOS DE CONSTRUCCIÓN O MONTAJE AMPARADOS.
- GASTOS RESULTANTES DE FALSA PROGRAMACIÓN, PERFORACIÓN, CLASIFICACIÓN, INSERCIÓN, ANULACIÓN ACCIDENTAL DE INFORMACIÓN O DESCARTE DE PORTADORES EXTERNOS DE DATOS, Y PÉRDIDA DE INFORMACIÓN CAUSADA POR CAMPOS MAGNÉTICOS.

ESTE ENDOSO ESTÁ SUJETO ADICIONALMENTE A LOS TÉRMINOS, DISPOSICIONES, CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES, LIMITACIONES Y EXCLUSIONES CONTENIDAS EN LA PÓLIZA O ENDOSADAS A LA MISMA.

TODAS LAS DEMÁS CONDICIONES GENERALES Y/O PARTICULARES NO MODIFICADAS POR EL PRESENTE ANEXO CONTINÚAN VIGENTES.

TOMADOR	POLIZA DE SEGURO DE	POLIZA / ENDOSO
PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA	TODO RIESGO CONSTRUCCION Y/O MONTAJE	1510 / 5
CL 104 14 A 45 OF 401 BOGOTÁ, D.C. BOGOTA	LUGAR Y FECHA DE EMISION - VIGENCIA	
	BOGOTÁ, D.C., 25/04/2023. VIGENCIA INICIACION - LAS 0HS DEL 25/04/2023, VIGENCIA DE TERMINACION - LAS 0HS DEL 11/01/2024.	
NIT: 8130081201 Teléf. 2150482	NUMERO DE FACTURA	12 - 0001510 / 005

CONDICIONES PARTICULARES

SUBLÍMITE HURTO CALIFICADO

QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE, SUJETO A LOS TÉRMINOS, EXCLUSIONES, CLÁUSULAS Y CONDICIONES CONTENIDOS EN LA PÓLIZA, LA ASEGURADORA INDEMNIZARÁ LAS PÉRDIDAS O DAÑOS MATERIALES QUE SUFRAN LOS BIENES ASEGURADOS, COMO CONSECUENCIA DIRECTA DEL HURTO CALIFICADO O SU TENTATIVA SEGÚN SU DEFINICIÓN LEGAL, OCURRIDO DENTRO DEL PREDIO ASEGURADO DONDE SE REALICEN LAS OPERACIONES DE CONSTRUCCIÓN Y/O MONTAJE, HASTA EL SUBLÍMITE ESTABLECIDO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA.

EXCLUSIÓNES ESPECIALES:

LA COBERTURA OTORGADA POR ESTE ENDOSO NO SE EXTIENDE A CUBRIR LAS PÉRDIDAS, DESTRUCCION FISICA O DAÑOS MATERIALES DE LOS BIENES AMPARADOS:

1. POR HURTO SIMPLE, DE ACUERDO CON SU DEFINICION LEGAL.
2. CUANDO SEA AUTOR O COMPLICE DEL HURTO EL CONYUGE O CUALQUIER PARIENTE DEL ASEGURADO DENTRO DEL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO DE AFINIDAD O PRIMERO CIVIL.
3. CUANDO EL HURTO CALIFICADO O LOS DAÑOS CONSIGUIENTES SEAN EJECUTADOS AL AMPARO DE SITUACIONES CREADAS POR:
- CAIDA O DESTRUCCION TOTAL O PARCIAL DE LA CONSTRUCCION O MONTAJE ASEGURADO.
- INCENDIO, EXPLOSION, TERREMOTO, TEMBLOR, ERUPCION VOLCANICA, MAREMOTO, TIFON, HURACAN, TORNADO, CICLON, FUEGO SUBTERRANE O, INUNDACION, RAYO U OTRA CONVULSION DE LA NATURALEZA.
- GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, ACTOS PERPETRADOS POR FUERZAS EXTRANJERAS, HOSTILIDADES U OPERACIONES BELICAS (SEA O NO DECLARADA UNA GUERRA), INVASION, REVOLUCION, PODER MILITAR O USURPADO, REBELION Y SEDICION.
- ASONADA, SEGUN SU DEFINICION LEGAL; MOTIN, CONMOCION CIVIL O POPULAR; HUELGAS, CONFLICTOS COLECTIVOS DE TRABAJO O SUSPENSION DE HECHO DE LABORES.

TODAS LAS DEMÁS CONDICIONES GENERALES Y/O PARTICULARES NO MODIFICADAS POR EL PRESENTE ANEXO CONTINÚAN VIGENTES.

ANEXO EXCLUSIÓN DE DAÑOS Y PÉRDIDAS POR HUNDIMIENTO Y ASENTAMIENTO DEL SUBSUELO

TOMADOR	POLIZA DE SEGURO DE	POLIZA / ENDOSO
PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA	TODO RIESGO CONSTRUCCION Y/O MONTAJE	1510 / 5
CL 104 14 A 45 OF 401 BOGOTÁ, D.C. BOGOTA	LUGAR Y FECHA DE EMISION - VIGENCIA	
	BOGOTÁ, D.C., 25/04/2023. VIGENCIA INICIACION - LAS 0HS DEL 25/04/2023, VIGENCIA DE TERMINACION - LAS 0HS DEL 11/01/2024.	
NIT: 8130081201 Teléf. 2150482	NUMERO DE FACTURA	12 - 0001510 / 005

CONDICIONES PARTICULARES

QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE, SUJETO A LOS TÉRMINOS, EXCLUSIONES, CLAUSULAS Y CONDICIONES CONTENIDOS EN LA PÓLIZA O EN ANEXO A ELLA, LA COMPAÑÍA NO INDEMNIZARA LOS DAÑOS O PERDIDAS QUE SE ORIGINEN POR HUNDIMIENTO Y ASENTAMIENTO A CAUSA DE COMPACTACIÓN INSUFICIENTE O MEJORA DEL SUBSUELO, ASÍ COMO POR TRABAJOS DE HINCADO NO ADECUADOS O DEFICIENTES.

TODOS LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA SEGURO TODO RIESGO CONSTRUCCIÓN O MONTAJE NO MODIFICADOS POR LA PRESENTE CONDICIÓN ADICIONAL, CONTINÚAN VIGENTES Y SE MODIFICAN ÚNICAMENTE POR LO QUE AQUÍ SE ESTABLECE.

ANEXO CLAUSULA DE DRENAJE

QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE, SUJETO A LOS TERMINOS, EXCLUSIONES, CLAUSULAS Y CONDICIONES CONTENIDOS EN LA POLIZA O EN ANEXO A ELLA, LA COMPAÑIA NO INDEMNIZARA:

- GASTOS ADICIONALES DE DRENAJE INCURRIDOS A CONSECUENCIA DE LAS CANTIDADES DE AGUA QUE EXCEDAN LAS CONSIDERADAS INICIALMENTE.

- GASTOS INCURRIDOS POR INSTALACIONES Y RECURSOS PARA LA DESCARGA DE AGUA DE ESCURRENTIA Y/O SUBTERRANEA

- PERDIDA O DAÑOA CONSECUENCIA DE FALLA DEL SISTEMA DE DRENAJE SI DICHA FALLA PODRIA HABERSE EVITADO MEDIANTE INSTALACIONES DE RESERVA SUFICIENTES

- GASTOS INCURRIDOS EN CORRECCCION DE GRIETAS O FISURAS, U OTRAS MEDIDAS PARA REPARAR O PREVENIR FILTRACIONES DE AGUA EN EXCAVACIONES Y SUBSUELOS

PARA LOS FINES DEL PRESENTE ENDOSO SE ENTENDERA POR INSTALACIONES DE RESERVA LAS BOMBAS DE RESERVA Y SUMINISTRO DE ENERGIA DE RESPALDO QUE SE MANTENGAN EN EL SITIO EN TODO MOMENTO.

DICHAS INSTALACIONES DEBEN:
- MANTENERSE EN ADECUADAS CONDICIONES DE OPERACION
- SER PUESTAS EN MARCAHA EN INTERVALOS REGULARES PARA ASEGURAR SU CONDICION ADECUADA DE OPERACIÓN
- SUSTITUIR AUTOMATICAMENTE LA OPERACIÓN EN CASO DE FALLA O INTERRUPCION DEL SISTEMA ORIGINAL

TODOS LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA SEGURO TODO RIESGO CONSTRUCCIÓN O MONTAJE NO MODIFICADOS POR LA

TOMADOR	POLIZA DE SEGURO DE	POLIZA / ENDOSO
PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA	TODO RIESGO CONSTRUCCION Y/O MONTAJE	1510 / 5
CL 104 14 A 45 OF 401 BOGOTÁ, D.C. BOGOTA	LUGAR Y FECHA DE EMISION - VIGENCIA BOGOTÁ, D.C., 25/04/2023. VIGENCIA INICIACION - LAS 0HS DEL 25/04/2023, VIGENCIA DE TERMINACION - LAS 0HS DEL 11/01/2024.	
NIT: 8130081201 Teléf. 2150482	NUMERO DE FACTURA	12 - 0001510 / 005

CONDICIONES PARTICULARES

PRESENTE CONDICIÓN ADICIONAL, CONTINÚAN VIGENTES Y SE MODIFICAN ÚNICAMENTE POR LO QUE AQUÍ SE ESTABLECE.

GASTOS ADICIONALES POR EXTINCIÓN DEL SINIESTRO

DE ACUERDO CON EL LÍMITE INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, EL ASEGURADOR INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO LOS COSTOS DE LOS ELEMENTOS, MATERIALES, MEZCLAS, SUSTANCIAS Y COMPONENTES GASTADOS, DAÑADOS, PERDIDOS O DESTRUIDOS, JUNTO CON OTROS NECESARIOS QUE SEAN UTILIZADOS PARA LA EXTINCIÓN DEL FUEGO O CUALQUIERA DE LOS RIESGOS CUBIERTOS.

TODOS LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA SEGURO TODO RIESGO CONSTRUCCIÓN O MONTAJE NO MODIFICADOS POR LA PRESENTE CONDICIÓN ADICIONAL, CONTINÚAN VIGENTES Y SE MODIFICAN ÚNICAMENTE POR LO QUE AQUÍ SE ESTABLECE.

GASTOS ADICIONALES PARA PRESERVACIÓN DE BIENES

DE ACUERDO CON EL LÍMITE INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA EL ASEGURADOR INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO LOS GASTOS Y COSTOS EN QUE RAZONABLEMENTE INCURRA EL ASEGURADO CON EL FIN DE EFECTUAR REPARACIONES O CONSTRUCCIONES PROVISIONALES TRANSITORIAS, ASÍ COMO EL VALOR DE ARRENDAMIENTO DE LOCALES TEMPORALES, SIEMPRE Y CUANDO ESTOS GASTOS SE EFECTÚEN CON EL FIN DE SALVAR, PRESERVAR O CONSERVAR LOS BIENES AMPARADOS.

TODOS LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA SEGURO TODO RIESGO CONSTRUCCIÓN O MONTAJE NO MODIFICADOS POR EL PRESENTE ANEXO CONTINÚAN VIGENTES Y SE MODIFICAN ÚNICAMENTE POR LO QUE AQUÍ SE ESTABLECE.

GASTOS PARA EVITAR LA EXTENSIÓN Y PROPAGACIÓN DEL SINIESTRO

EN ADICIÓN AL VALOR INDEMNIZABLE POR LA PERDIDA, DESTRUCCIÓN FÍSICA O DAÑO MATERIAL DE LOS BIENES ASEGURADOS, LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ AL BENEFICIARIO LOS COSTOS Y GASTOS EN QUE NECESARIA Y RAZONABLEMENTE INCURRA EL ASEGURADO CON EL PROPÓSITO DE EXTINGUIR O EVITAR LA EXTENSIÓN Y PROPAGACIÓN DE CUALQUIERA DE LOS EVENTOS AMPARADOS, ASÍ COMO PARA PROVEER AL SALVAMENTO DE LOS BIENES ASEGURADOS.

TOMADOR	POLIZA DE SEGURO DE	POLIZA / ENDOSO
PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA	TODO RIESGO CONSTRUCCION Y/O MONTAJE	1510 / 5
CL 104 14 A 45 OF 401 BOGOTÁ, D.C. BOGOTA	LUGAR Y FECHA DE EMISION - VIGENCIA	
	BOGOTÁ, D.C., 25/04/2023. VIGENCIA INICIACION - LAS 0HS DEL 25/04/2023, VIGENCIA DE TERMINACION - LAS 0HS DEL 11/01/2024.	
NIT: 8130081201 Teléf. 2150482	NUMERO DE FACTURA	12 - 0001510 / 005

CONDICIONES PARTICULARES

TODOS LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA DE SEGURO TODO RIESGO CONSTRUCCIÓN O MONTAJE NO MODIFICADOS POR LA PRESENTE CONDICIÓN ADICIONAL, CONTINÚAN VIGENTES Y SE MODIFICAN ÚNICAMENTE POR LO QUE AQUÍ SE ESTABLECE.

COBERTURA “G” REMOCIÓN ESCOMBROS

DE ACUERDO CON EL LÍMITE INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA ESTE SEGURO SE EXTIENDE A CUBRIR LOS GASTOS POR CONCEPTO DE REMOCIÓN DE ESCOMBROS QUE SEAN NECESARIOS Y RAZONABLES DESPUÉS DE OCURRIR UN SINIESTRO AMPARADO BAJO LA PRESENTE PÓLIZA.

LA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA CON RESPECTO A ESTE AMPARO NO EXCEDERÁ EN TOTAL, LA SUMA ASEGURADA ESTABLECIDA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA PARA ESTE AMPARO ADICIONAL.

TODAS LAS DEMÁS CONDICIONES GENERALES Y/O PARTICULARES NO MODIFICADAS POR EL PRESENTE ANEXO CONTINÚAN VIGENTES.

COBERTURA TERREMOTO, TEMBLOR, MAREMOTO Y ERUPCIÓN VOLCÁNICA

1. AMPARO

DE ACUERDO CON EL LÍMITE INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, ESTE SEGURO SE EXTIENDE A CUBRIR LOS DAÑOS CAUSADOS DIRECTAMENTE POR TERREMOTO, TEMBLOR DE TIERRA, MAREMOTO, ERUPCIÓN VOLCÁNICA, TSUNAMI Y MAREJADA, OLA GIGANTE, ASÍ COMO LOS EFECTOS DIRECTOS QUE SE DERIVEN DE TALES FENÓMENOS.

LOS DAÑOS O PÉRDIDAS MATERIALES CUBIERTOS POR EL PRESENTE AMPARO DARÁN LUGAR A UNA RECLAMACIÓN SEPARADA POR CADA UNO DE TALES FENÓMENOS NATURALES, SIN EXCEDER EL TOTAL DEL VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

QUEDA ACORDADO QUE, SI VARIOS DE ELLOS OCURREN DENTRO DE CUALQUIER PERÍODO DE 72 HORAS CONSECUTIVAS DURANTE LA VIGENCIA DEL AMPARO, SE TENDRÁN COMO UN SOLO EVENTO Y CONSTITUIRÁN UNA SOLA OCURRENCIA. LAS PÉRDIDAS Y DAÑOS QUE SE CAUSEN DEBERÁN ESTAR COMPRENDIDOS EN UNA SOLA RECLAMACIÓN, SIN EXCEDER EL TOTAL DE LA SUMA ASEGURADA INDICADA EN LA

TOMADOR	POLIZA DE SEGURO DE	POLIZA / ENDOSO
PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA	TODO RIESGO CONSTRUCCION Y/O MONTAJE	1510 / 5
CL 104 14 A 45 OF 401 BOGOTÁ, D.C. BOGOTA	LUGAR Y FECHA DE EMISION - VIGENCIA BOGOTÁ, D.C., 25/04/2023. VIGENCIA INICIACION - LAS 0HS DEL 25/04/2023, VIGENCIA DE TERMINACION - LAS 0HS DEL 11/01/2024.	
NIT: 8130081201 Teléf. 2150482	NUMERO DE FACTURA	12 - 0001510 / 005

CONDICIONES PARTICULARES

CARÁTULA DE LA PÓLIZA. TODAS LAS DEMÁS CONDICIONES GENERALES Y/O PARTICULARES NO MODIFICADAS POR EL PRESENTE ANEXO CONTINÚAN VIGENTES.

EL OTORGAMIENTO DE ESTA COBERTURA DEJA SIN EFECTO LA EXCLUSION 2.22 CONSIGNADA EN LA CLAUSULA 2 DE LAS CONDICIONES GENERALES.

2. EXCLUSIONES:
DAÑOS, PÉRDIDA O RESPONSABILIDAD CAUSADA POR:
-NO APLICAR EN EL DISEÑO LAS MEJORES PRACTICAS DE CONSTRUCCIÓN Y LA NORMA SISMORESISTENTE OFICIAL VIGENTE EN EL LUGAR DE LAS OBRAS.
-NO RESPETAR LAS ESPECIFICACIONES QUE RIGEN PARA LAS DIMENSIONES Y CALIDADES DE LOS MATERIALES Y MANO DE OBRA EN LAS QUE SE BASE EL RESPECTIVO DISEÑO, SEGÚN LOS ESTÁNDARES PRESCRITOS POR EL ASEGURADO.

TODAS LAS DEMÁS CONDICIONES GENERALES Y/O PARTICULARES NO MODIFICADAS POR EL PRESENTE ANEXO CONTINÚAN VIGENTES.

COBERTURA DE PÉRDIDAS O DAÑOS CAUSADOS POR ASONADA, MOTIN, CONMOCION CIVIL O POPULAR, HUELGA, CONFLICTOS COLECTIVOS DE TRABAJO, SUSPENSION DE HECHO DE LABORES Y ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS

1. AMPARO

DE ACUERDO CON EL LÍMITE INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA ESTE SEGURO SE EXTIENDE A CUBRIR LOS DAÑOS MATERIALES DE LOS BIENES ASEGURADOS CAUSADOS POR ASONADA, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL O POPULAR, HUELGA, CONFLICTOS COLECTIVOS DE TRABAJO, SUSPENSIÓN DE HECHO DE LABORES Y ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS.

EL OTORGAMIENTO DE ESTA COBERTURA DEJA SIN EFECTO LA EXCLUSION 2.2 CONSIGNADA EN LA CLAUSULA 2 DE LAS CONDICIONES GENERALES.

2. EXCLUSIONES
LA COBERTURA OTORGADA BAJO ESTE AMPARO NO SE EXTIENDE A CUBRIR LAS PÉRDIDAS, DESTRUCCIÓN FÍSICA O DAÑOS MATERIALES DE LOS BIENES ASEGURADOS QUE, EN SU ORIGEN O EXTENSIÓN, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, SEAN CAUSADOS POR O PROVENGAN DE

TOMADOR	POLIZA DE SEGURO DE	POLIZA / ENDOSO
PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA	TODO RIESGO CONSTRUCCION Y/O MONTAJE	1510 / 5
CL 104 14 A 45 OF 401 BOGOTÁ, D.C. BOGOTA	LUGAR Y FECHA DE EMISION - VIGENCIA BOGOTÁ, D.C., 25/04/2023. VIGENCIA INICIACION - LAS 0HS DEL 25/04/2023, VIGENCIA DE TERMINACION - LAS 0HS DEL 11/01/2024.	
NIT: 8130081201 Teléf. 2150482	NUMERO DE FACTURA	12 - 0001510 / 005

CONDICIONES PARTICULARES

LOS SIGUIENTES EVENTOS:
2.1. MATERIALES PARA ARMAS NUCLEARES O LA EXPLOSIÓN DE DICHOS MATERIALES O ARMAS.
2.2. LA EMISIÓN DE RADIACIONES IONIZANTES O CONTAMINACIÓN POR LA RADIOACTIVIDAD DE CUALQUIER COMBUSTIBLE NUCLEAR O DE CUALQUIER DESPERDICIO PROVENIENTE DE LA COMBUSTIÓN DE DICHO COMBUSTIBLE. PARA EFECTOS DE ESTE APARTE, POR COMBUSTIÓN SE ENTIENDE CUALQUIER PROCESO DE FISIÓN NUCLEAR QUE SE SOSTENGA POR SÍ MISMO.
2.3. REACCIONES NUCLEARES, RADIACIONES NUCLEARES O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA, YA SEAN CONTROLADAS O NO.
2.4. ACTIVIDADES U OPERACIONES DE GUERRA (HAYA HABIDO O NO DECLARACIÓN DE GUERRA), HOSTILIDADES, INVASIÓN DE ENEMIGO EXTRANJERO, ACTOS PERPETRADOS POR FUERZAS EXTRANJERAS, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, INSURRECCIÓN, CONSPIRACIÓN, PODER MILITAR O USURPADO, LEY MARCIAL, REBELIÓN Y SEDICIÓN.
2.5. EMBARGO, SECUESTRO, CONFISCACIÓN, REQUISICIÓN, INCAUTACIÓN, RETENCIÓN, APREHENSIÓN, DECOMISO, EXPROPIACIÓN, ALLANAMIENTOS, TOMA DE MUESTRAS Y EN GENERAL LA DESTRUCCIÓN O APODERAMIENTO DE LA PROPIEDAD POR ORDEN DE GOBIERNO DE HECHO O DE DERECHO, O DE CUALQUIER AUTORIDAD PÚBLICA, NACIONAL, DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL, EXCEPTO AQUELLAS DIRIGIDAS A AMINORAR O PREVENIR LA PROPAGACIÓN O EXTENSIÓN DE CUALQUIER EVENTO AMPARADO.
2.6. CONTAMINACIÓN BIOLÓGICA O QUÍMICA. CONTAMINACIÓN SIGNIFICA EL ENVENENAMIENTO Y/O LIMITACIÓN DEL USO DE OBJETOS DEBIDOS A EFECTOS QUÍMICOS Y/O SUSTANCIAS BIOLÓGICAS
2.7. TERRORISMO CIBERNÉTICO Y DAÑOS DERIVADOS DE MANIPULACIÓN DE LA INFORMACIÓN GENERADA, ENVIADA, RECIBIDA, ALMACENADA O COMUNICADA POR MEDIOS ELECTRÓNICOS, ÓPTICOS O SIMILARES, INCLUIDO EL INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE DATOS (EDI), INTERNET Y CORREO ELECTRÓNICO

3. DEFINICIONES:
PARA EFECTOS DE LA COBERTURA BRINDADA POR ESTE AMPARO ADICIONAL, SE CONSIDERA:
3.1. MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL O POPULAR: PERSONAS INTERVINIENTES EN DESORDENES, CONFUSIONES, ALTERACIONES Y DISTURBIOS DE CARÁCTER VIOLENTO Y TUMULTUARIO.
3.2. ASONADA: SEGÚN LA DEFINICIÓN DEL CÓDIGO PENAL.
3.3. HUELGA: HUELGUISTAS O PERSONAS QUE TOMEN PARTE EN CONFLICTOS COLECTIVOS DE TRABAJO O SUSPENSIÓN DE HECHO DE LABORES.
3.4. ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS, INCLUYENDO LOS COMETIDOS POR INDIVIDUOS PERTENECIENTES A MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS Y LOS DE TERRORISMO.

LAS PÉRDIDAS O DAÑOS CUBIERTOS POR ESTE AMPARO ADICIONAL DARÁN ORIGEN A UNA RECLAMACIÓN SEPARADA, SIN EXCEDER EN TOTAL DEL VALOR ASEGURADO; PERO SI VARIOS DE ELLOS OCURREN DENTRO DE CUALQUIER PERIODO DE SETENTA Y DOS (72) HORAS CONSECUTIVAS DURANTE LA VIGENCIA DEL AMPARO, MEDIANDO IDENTIDAD DEL AGENTE CAUSANTE, DE DESIGNIO Y DE RESULTADO, SE TENDRÁN COMO UN SOLO SINIESTRO Y LAS PÉRDIDAS O DAÑOS QUE CAUSEN DEBERÁN ESTAR COMPRENDIDOS EN UNA SOLA RECLAMACIÓN, SIN EXCEDER EL TOTAL DE LA SUMA ASEGURADA.

TOMADOR	POLIZA DE SEGURO DE	POLIZA / ENDOSO
PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA	TODO RIESGO CONSTRUCCION Y/O MONTAJE	1510 / 5
CL 104 14 A 45 OF 401 BOGOTÁ, D.C. BOGOTA	LUGAR Y FECHA DE EMISION - VIGENCIA BOGOTÁ, D.C., 25/04/2023. VIGENCIA INICIACION - LAS 0HS DEL 25/04/2023, VIGENCIA DE TERMINACION - LAS 0HS DEL 11/01/2024.	
NIT: 8130081201 Teléf. 2150482	NUMERO DE FACTURA	12 - 0001510 / 005

CONDICIONES PARTICULARES

TODOS LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA SEGURO TODO RIESGO CONSTRUCCIÓN O MONTAJE NO MODIFICADOS POR EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL CONTINÚAN VIGENTES Y SE MODIFICAN ÚNICAMENTE POR LO QUE ESTE AMPARO ESTABLECE.

COBERTURA CICLÓN, HURACÁN, TEMPESTAD, VIENTOS, INUNDACIÓN, DESBORDAMIENTO Y ALZA DEL NIVEL DE AGUAS, ENFANGAMIENTO, HUNDIMIENTO O DESLIZAMIENTO DEL TERRENO, DERRUMBES Y DESPRENDIMIENTO DE TIERRA O DE ROCAS.

1.AMPARO

DE ACUERDO CON EL LÍMITE INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, ESTE SEGURO SE EXTIENDE A CUBRIR LOS DAÑOS CAUSADOS DIRECTAMENTE POR CICLÓN, HURACÁN, TEMPESTAD, VIENTOS, INUNDACIÓN, DESBORDAMIENTO Y ALZA DEL NIVEL DE AGUAS, ENFANGAMIENTO, HUNDIMIENTO O DESLIZAMIENTO DEL TERRENO, DERRUMBES Y DESPRENDIMIENTO DE TIERRA O DE ROCAS.

EL OTORGAMIENTO DE ESTA COBERTURA DEJA SIN EFECTO LA EXCLUSION 2.23 CONSIGNADA EN LA CLAUSULA 2 DE LAS CONDICIONES GENERALES.

2.EXCLUSIONES:

QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE, EN ADICIÓN A LOS TÉRMINOS, EXCLUSIONES, CLÁUSULAS Y CONDICIONES CONTENIDOS EN LA PÓLIZA O EN SUS ENDOSOS, LA COMPAÑÍA NO INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO LO SIGUIENTE:

•LAS PERDIDAS, DAÑOS O RESPONSABILIDADES CAUSADOS POR EL HECHO DE QUE EL ASEGURADO NO HAYA REMOVIDO LOS POSIBLES OBSTACULOS DEL CAUCE (P. EJ. ARENA, AZOLVES, TRONCOS DE ÁRBOLES, MATERIALES EXTRAÑOS), PARA MANTENER ININTERRUMPIDO EL CAUDAL DE LAS AGUAS DENTRO DEL SITIO DE LA OBRA, CON INDEPENDENCIA DE QUE EL CAUCE CONDUZCA AGUA O NO.

•GASTOS POR CONCEPTO DE REMOCIÓN DE DERRUMBES, CUALQUIERA SEA SU CAUSA, CUYO ORIGEN SE ENCUENTRE FUERA DE LOS LÍMITES DEL ÁREA DE CONSTRUCCIÓN. DICHOS LÍMITES ESTÁN DADOS POR LA PROYECCIÓN VERTICAL DE LA INTERSECCIÓN DE LAS LÍNEAS DE PROYECTO DE LOS TALUDES CON EL TERRENO NATURAL. SI UN DERRUMBE TIENE SU ORIGEN PARCIALMENTE FUERA DE LOS LÍMITES ANTES MENCIONADOS, LA INDEMNIZACIÓN SE VERÁ RESTRINGIDA A AQUELLA PARTE DEL DERRUMBE CUYO ORIGEN SE ENCUENTRE DENTRO DE DICHOS LÍMITES.

•GASTOS POR CONCEPTO DE REPARACIÓN DE TALUDES EROSIONADOS, O CUALESQUIERA OTRAS SUPERFICIES NIVELADAS, SI EL ASEGURADO NO HA TOMADO LAS MEDIDAS NECESARIAS O BIEN NO LAS HA TOMADO A TIEMPO.

•GASTOS POR CONCEPTO DE REMOCIÓN DE AZOLVES Y MATERIALES EXTRAÑOS EN TRINCHERAS Y ALCANTARILLAS.

•GASTOS POR CONCEPTO DE REMOCIÓN DE ACUMULACIONES DE ARENAS O NIEVES.

•GASTOS POR CONCEPTO DE INSTALACIONES, RECURSOS, IMPERMEABILIZACIÓN Y DRENES ADICIONALES PARA LA DESCARGA DE AGUAS DE LLUVIA, DE ESCORRENTÍA Y/O AGUAS SUBTERRÁNEAS.

TOMADOR	POLIZA DE SEGURO DE	POLIZA / ENDOSO
PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA	TODO RIESGO CONSTRUCCION Y/O MONTAJE	1510 / 5
CL 104 14 A 45 OF 401 BOGOTÁ, D.C. BOGOTA	LUGAR Y FECHA DE EMISION - VIGENCIA BOGOTÁ, D.C., 25/04/2023. VIGENCIA INICIACION - LAS 0HS DEL 25/04/2023, VIGENCIA DE TERMINACION - LAS 0HS DEL 11/01/2024.	
NIT: 8130081201 Teléf. 2150482	NUMERO DE FACTURA	12 - 0001510 / 005

CONDICIONES PARTICULARES

•PÉRDIDA O DAÑO CAUSADOS POR DISEÑO INCORRECTO, ESPECIALMENTE EL QUE SE CAUSE POR DISEÑO INADECUADO DE TALUDES Y POR INSUFICIENCIA O AUSENCIA DE MUROS DE CONTENCIÓN, DRENES, ALCANTARILLAS Y/O DE LA COHERENCIA ENTRE EL RELLENO Y DEL TERRENO NATURAL.
•GASTOS ADICIONALES DE DRENAJE INCURRIDOS A CONSECUENCIA DE LAS CANTIDADES DE AGUA QUE EXCEDAN LAS CONSIDERADAS INICIALMENTE.
•PERDIDA O DAÑO A CONSECUENCIA DE FALLA DEL SISTEMA DE DRENAJE SI DICHA FALLA PODRÍA HABERSE EVITADO MEDIANTE EQUIPOS DE RESERVA SUFICIENTES.
•GASTOS INCURRIDOS EN CORRECCIÓN DE GRIETAS O FISURAS, U OTRAS MEDIDAS PARA REPARAR O PREVENIR FILTRACIONES DE AGUA EN EXCAVACIONES Y SUBSUELOS.
•LOS DAÑOS O PÉRDIDAS QUE SE ORIGINEN POR HUNDIMIENTO Y ASENTAMIENTO A CAUSA DE COMPACTACIÓN INSUFICIENTE O MEJORA DEL SUBSUELO, ASÍ COMO POR TRABAJOS DE HINCADO NO ADECUADOS O DEFICIENTES.
•LAS PÉRDIDAS, DAÑOS O RESPONSABILIDADES CAUSADOS POR EL HECHO DE QUE EL ASEGURADO NO MANTENGA LAS INSTALACIONES DE RESERVA EN ADECUADAS CONDICIONES DE OPERACIÓN.
•LAS PÉRDIDAS, DAÑOS O RESPONSABILIDADES CAUSADOS POR EL HECHO DE QUE LAS INSTALACIONES DE RESERVA NO HAYAN SIDO PUESTAS EN MARCHA EN INTERVALOS REGULARES PARA ASEGURAR SU CONDICIÓN ADECUADA DE OPERACIÓN.
•LAS PÉRDIDAS, DAÑOS O RESPONSABILIDADES QUE SE PRODUZCAN CUANDO EN CASO DE FALLA O INTERRUPCIÓN DEL SISTEMA ORIGINAL NO SE HAYA SUSTITUIDO AUTOMÁTICAMENTE LA OPERACIÓN.
•LAS PÉRDIDAS, DAÑOS O RESPONSABILIDADES QUE SE PRODUZCAN CUANDO EN EL DISEÑO Y EJECUCIÓN DEL PROYECTO NO SE HAYAN TOMADO LAS MEDIDAS ADECUADAS DE SEGURIDAD. SE ENTIENDEN POR MEDIDAS ADECUADAS DE SEGURIDAD QUE LOS VALORES DE PRECIPITACIONES, AVENIDA E INUNDACIÓN QUE PUEDAN DEDUCIRSE DE LAS ESTADÍSTICAS OFICIALES DE LOS SERVICIOS METEOROLÓGICOS LOCALES CON RESPECTO A LA LOCALIDAD ASEGURADA Y A CUALQUIER FECHA DENTRO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO, TENGAN EN CUENTA UN PERÍODO DE RECURRENCIA DE 20 AÑOS.

3. DEFINICIÓN:
INSTALACIONES DE RESERVA: PARA LOS FINES DEL PRESENTE ENDOSO SE ENTENDERÁ POR INSTALACIONES DE RESERVA LAS BOMBAS DE RESERVA Y SUMINISTRO DE ENERGÍA DE RESPALDO QUE SE MANTENGAN EN EL SITIO EN TODO MOMENTO.

TODAS LAS DEMÁS CONDICIONES GENERALES Y/O PARTICULARES NO MODIFICADAS POR EL PRESENTE ANEXO CONTINÚAN VIGENTES.

COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL ASEGURADO POR DAÑOS MATERIALES Y POR LESIONES CORPORALES

1. AMPARO:

TOMADOR	POLIZA DE SEGURO DE	POLIZA / ENDOSO
PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA	TODO RIESGO CONSTRUCCION Y/O MONTAJE	1510 / 5
CL 104 14 A 45 OF 401 BOGOTÁ, D.C. BOGOTA	LUGAR Y FECHA DE EMISION - VIGENCIA BOGOTÁ, D.C., 25/04/2023. VIGENCIA INICIACION - LAS 0HS DEL 25/04/2023, VIGENCIA DE TERMINACION - LAS 0HS DEL 11/01/2024.	
NIT: 8130081201 Teléf. 2150482	NUMERO DE FACTURA	12 - 0001510 / 005

CONDICIONES PARTICULARES

EL OTORGAMIENTO DE ESTA COBERTURA DEJA SIN EFECTO LA EXCLUSION 2.25 CONSIGNADA EN LA CLAUSULA 2 DE LAS CONDICIONES GENERALES.

DE ACUERDO CON EL LÍMITE INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, LA ASEGURADORA INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO AQUELLAS SUMAS POR LA CUALES EL ASEGURADO TENGA LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DE PAGAR POR LOS PERJUICIOS CAUSADOS A TERCEROS COMO RESULTADO DE UN EVENTO ASEGURADO, TAL COMO SE DEFINE A CONTINUACIÓN.

2.EVENTO ASEGURADO

SOLO SE CONSIDERARÁ COMO UN EVENTO ASEGURADO LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE LOS SIGUIENTES HECHOS:

•MUERTE ACCIDENTAL, LESIÓN FÍSICA O ENFERMEDAD DE TERCEROS O

•PÉRDIDA ACCIDENTAL DE, O DAÑO ACCIDENTAL CAUSADO A BIENES MATERIALES TANGIBLES PERTENECIENTES A TERCEROS.

PARA QUE OPERE LA COBERTURA, LOS HECHOS INDICADOS ANTERIORMENTE DEBEN SER CAUSADOS POR TRABAJOS DE CONSTRUCCIÓN, MONTAJE Y PRUEBAS DE LOS BIENES ASEGURADOS QUE SE DETALLAN EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y QUE OCURRAN EN EL SITIO, O EN LA VECINDAD INMEDIATA DEL SITIO, DURANTE EL PERÍODO DE SEGURO.

3.EXCLUSIONES

QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE, EN ADICIÓN A LOS TÉRMINOS, EXCLUSIONES, CLÁUSULAS Y CONDICIONES CONTENIDOS EN LA PÓLIZA O EN SUS ENDOSOS, OPERARÁN LAS SIGUIENTES EXCLUSIONES:

3.1 LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE SE INCURRA COMO CONSECUENCIA DE UN DAÑO CAUSADO A LOS BIENES CUBIERTOS POR LA COBERTURA PRINCIPAL O POR CUALQUIERA DE SUS ENDOSOS, O POR CUALQUIER BIEN QUE ESTÉ BAJO CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO, O SOBRE LOS QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE TRABAJANDO.

3.2 LA RESPONSABILIDAD QUE SURJA COMO RESULTADO DE CUALQUIER PÉRDIDA O DAÑO QUE SE LE CAUSE A CUALQUIER PROPIEDAD, TERRENO O EDIFICIO, POR LA VIBRACIÓN O POR LA REMOCIÓN O DEBILITAMIENTO DE CUALQUIER SOPORTE, FUNDACIÓN, BASE O ELEMENTO PORTANTE.

3.3 LA RESPONSABILIDAD QUE SURJA COMO RESULTADO DE CUALQUIER PÉRDIDA O DAÑO QUE SE PROVOQUE A CUALQUIER TIPO DE SERVICIOS SUBTERRÁNEOS, TALES COMO POR EJEMPLO (PERO NO LIMITADOS A) CABLES, TUBERÍAS E INSTALACIONES SUBTERRÁNEAS.

3.4 LA RESPONSABILIDAD QUE SURJA COMO RESULTADO DE LA PROPIEDAD O POSESIÓN DE, O EL USO POR O EN NOMBRE DEL ASEGURADO, DE CUALQUIER EMBARCACIÓN FLOTANTE O AERONAVE O VEHICULO AEREO NO TRIPULADO O DE CUALQUIER VEHÍCULO HABILITADO PARA CIRCULAR EN VÍAS PÚBLICAS EN GENERAL, EXCEPTO CUANDO ESTÉ SIENDO USADO COMO HERRAMIENTA DE TRABAJO DENTRO DEL PREDIO ASEGURADO.

3.5 LA RESPONSABILIDAD QUE SURJA COMO RESULTADO DEL FALLECIMIENTO O LESIÓN FÍSICA O ENFERMEDAD DEL ASEGURADO, SUS REPRESENTANTES O DE LOS EMPLEADOS O TRABAJADORES DEL ASEGURADO.

3.6 RECLAMACIONES PARA EXIGIR EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO O INDEMNIZACIÓN POR INCUMPLIMIENTO DEL MISMO.

TOMADOR	POLIZA DE SEGURO DE	POLIZA / ENDOSO
PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA	TODO RIESGO CONSTRUCCION Y/O MONTAJE	1510 / 5
CL 104 14 A 45 OF 401 BOGOTÁ, D.C. BOGOTA	LUGAR Y FECHA DE EMISION - VIGENCIA BOGOTÁ, D.C., 25/04/2023. VIGENCIA INICIACION - LAS 0HS DEL 25/04/2023, VIGENCIA DE TERMINACION - LAS 0HS DEL 11/01/2024.	
NIT: 8130081201 Teléf. 2150482	NUMERO DE FACTURA	12 - 0001510 / 005

CONDICIONES PARTICULARES

3.7 LA RESPONSABILIDAD QUE SURJA COMO RESULTADO DE PRODUCTOS.
3.8 RECLAMACIONES DERIVADAS DE CUALQUIER ACUERDO CONTRACTUAL O DE GARANTÍA EXPRESA, QUE EXCEDA EL ALCANCE DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD LEGAL.
3.9 RESPONSABILIDAD POR PÉRDIDAS CONSECUENCIALES.
3.10 LUCRO CESANTE DE LA VÍCTIMA.
3.11 RESPONSABILIDAD QUE SURJA COMO RESULTADO DE CONTAMINACIÓN.
3.12 RESPONSABILIDAD POR MULTAS, SANCIONES, PENALIZACIONES, DAÑOS Y PERJUICIOS PUNITIVOS, EJEMPLARIZANTES O NO COMPENSATORIOS.
3.13 LA RESPONSABILIDAD QUE SURJA O SE DERIVE DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES (POR EJEMPLO, POR ARQUITECTOS, INGENIEROS, DISEÑADORES, PROMOTORES, AGENTES DE VENTA, ETC.) INDEPENDIENTEMENTE DE SI FUERON PRESTADOS DENTRO O FUERA DEL SITIO.
3.14 RESPONSABILIDAD DECENAL, RESPONSABILIDAD POR DEFECTOS INTRÍNSECOS O INHERENTES, VICIOS PROPIOS Y VICIOS OCULTOS.
3.15 RESPONSABILIDADES QUE DEBAN ESTAR CUBIERTAS POR LEY O POR SEGUROS OBLIGATORIOS.
3.16 RECLAMACIONES SUJETAS A LEGISLACIONES Y/O JURISDICCIONES DIFERENTES A LA COLOMBIANA.
3.17 RESPONSABILIDADES RELACIONADAS O DERIVADAS DE, O POR EL USO, O EMPLEO, O MANEJO DE ASBESTOS, PINTURA DE PLOMO, MOHO TÓXICO, DIOXINA, BIFENILOS POLICLORADOS.
3.18 LA RESPONSABILIDAD QUE SURJA POR NO IMPLEMENTAR PROTECCIONES PARA EVITAR DAÑOS POR CAÍDA DE MATERIAL Y OBJETOS A LAS PROPIEDADES DE TERCEROS.
3.19 RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA.
3.20 RESPONSABILIDAD PATRONAL O RIESGOS DEL TRABAJO.
3.21 RESPONSABILIDAD POR TRABAJOS CON EXPLOSIVOS.
3.22 RESPONSABILIDAD CIVIL POR VEHÍCULOS PROPIOS Y NO PROPIOS.

4. LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN

4.1 LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA ASEGURADORA POR TODAS LAS INDEMNIZACIONES QUE SE DERIVEN DE CUALQUIER EVENTO ASEGURADO NO PODRÁ SUPERAR EL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN POR EVENTO ASEGURADO QUE APARECE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.
4.2 LA RESPONSABILIDAD TOTAL DE LA ASEGURADORA POR TODOS LOS EVENTOS ASEGURADOS EN CONJUNTO NO PODRÁ SUPERAR EL LÍMITE AGREGADO VIGENCIA CORRESPONDIENTE AL PERÍODO DE SEGURO, TAL COMO SE INDICA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.
4.3 TODOS LOS COSTOS Y GASTOS, INCLUIDOS LOS COSTOS DE DEFENSA LEGAL E INTERESES EN QUE SE INCURRA POR LA INDEMNIZACIÓN DE UN EVENTO ASEGURADO, DISMINUYEN EL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN ACORDADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

5. COSTOS DE DEFENSA

EN CASO DE PRESENTARSE RECLAMACIÓN INDEMNIZABLE CUBIERTA BAJO ESTA SECCIÓN, LA ASEGURADORA INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO TODOS LOS COSTOS DE DEFENSA LEGAL QUE ESTE ASUMA CON EL CONSENTIMIENTO PREVIO Y ESCRITO DE LA ASEGURADORA.

TOMADOR	POLIZA DE SEGURO DE	POLIZA / ENDOSO
PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA	TODO RIESGO CONSTRUCCION Y/O MONTAJE	1510 / 5
CL 104 14 A 45 OF 401 BOGOTÁ, D.C. BOGOTA	LUGAR Y FECHA DE EMISION - VIGENCIA BOGOTÁ, D.C., 25/04/2023. VIGENCIA INICIACION - LAS 0HS DEL 25/04/2023, VIGENCIA DE TERMINACION - LAS 0HS DEL 11/01/2024.	
NIT: 8130081201 Teléf. 2150482	NUMERO DE FACTURA	12 - 0001510 / 005

CONDICIONES PARTICULARES

6. OBLIGACIONES Y PROCEDIMIENTOS

ADICIONALMENTE A LAS OBLIGACIONES QUE SE ESTIPULAN EN LA SECCIÓN DE CONDICIONES GENERALES DE LA PRESENTE PÓLIZA, SE APLICARÁ LO SIGUIENTE:

6.1. EL ASEGURADO SE OBLIGA A INFORMAR A LA ASEGURADORA, EN DETALLE Y SIN DEMORA, TAN PRONTO COMO SEA RAZONABLEMENTE PRACTICABLE DESPUÉS DE HABERSE ENTERADO DE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES ACONTECIMIENTOS, Y CONFIRMARLO POR ESCRITO, Y DE SER NECESARIO, TAMBIÉN POR TELÉFONO, CORREO ELECTRÓNICO O POR MENSAJE DE TEXTO:

6.1.1. TODO EVENTO ASEGURADO, ASÍ COMO TAMBIÉN CUALQUIER CIRCUNSTANCIA QUE PUDIERA DAR LUGAR A UN EVENTO ASEGURADO.

6.1.2. LA FORMULACIÓN DE UNA RECLAMACIÓN DE INDEMNIZACIÓN.

6.1.3. EL DILIGENCIAMIENTO DE UNA ORDEN PENAL O JUDICIAL O EL INICIO DE ACCIONES PENALES, ADMINISTRATIVAS O DISCIPLINARIAS, CONTRA EL ASEGURADO.

6.1.4 TODAS LAS ACCIONES ADELANTADAS POR TERCEROS CON EL FIN DE OBTENER UN DICTAMEN O UNA SENTENCIA JUDICIAL, RESPECTO DE RECLAMACIONES, CON EL ÁNIMO DE LOGRAR UNA INDEMNIZACIÓN.

6.2. EL ASEGURADO DEBE COLABORAR CON LA ASEGURADORA EN LA INVESTIGACIÓN Y LIQUIDACIÓN O DEFENSA DE LA RECLAMACIÓN. EN PARTICULAR, EL ASEGURADO DEBERÁ CUMPLIR CON LO SIGUIENTE:

6.2.1. EL ASEGURADO DEBE OTORGAR AL ABOGADO (ABOGADO DEFENSOR, ASESOR LEGAL) NOMBRADO DE MUTUO ACUERDO CON LA ASEGURADORA, UN PODER GENERAL, ASÍ COMO SUMINISTRARLE TODA LA INFORMACIÓN QUE LE REQUIERA, Y CONFIARLE LA TRAMITACIÓN DEL PROCESO.

6.2.2. EL ASEGURADO NO DEBE RECONOCER, NI CONVENIR, NI CELEBRAR O ACORDAR CUALQUIER TIPO DE LIQUIDACIÓN, RESPECTO DE O RELACIONADA CON CUALQUIER TIPO DE RECLAMACIÓN, NI TOTAL, NI PARCIALMENTE, SIN EL PREVIO CONSENTIMIENTO DE LA ASEGURADORA.

6.3. LA ASEGURADORA ESTARÁ AUTORIZADA A EMITIR EN NOMBRE DEL ASEGURADO, TODAS LAS DECLARACIONES QUE JUZGUE OPORTUNAS O CONVENIENTES, EN EL CONTEXTO DE SU OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR.

7. DEFINICIONES APLICABLES

ACCIDENTAL: SIGNIFICA NO INTENCIONADO E INESPERADO.

COSTOS DE DEFENSA LEGAL: SE REFIERE A GASTOS Y COSTOS JUDICIALES RAZONABLES.

EMPLEADOS: SE REFIERE A

- TODA PERSONA NATURAL DIRECTAMENTE EMPLEADA POR EL ASEGURADO.
- MAESTRO MAYOR O CAPATAZ DE OBRAS O PROVEEDORES Y PERSONAS SUMINISTRADAS POR ELLOS.
- PERSONAS NATURALES EMPLEADAS POR CONTRATISTAS O SUBCONTRATISTAS ÚNICAMENTE COMO DE MANO DE OBRA.
- TRABAJADORES AUTÓNOMOS, CHOFERES Y/U OPERARIOS DE PLANTA, CONTRATADOS POR EL ASEGURADO, INCLUIDOS LOS CHOFERES Y/U OPERARIOS SUMINISTRADOS POR CUALQUIER EMPRESA DE CONTRATACIÓN DE PLANTA, QUE REVISTAN EL CARÁCTER DE EMPLEADOS DEL ASEGURADO DE CONFORMIDAD CON LOS TÉRMINOS DE CUALQUIER ACUERDO CONTRACTUAL DE PLANTA.

TOMADOR	POLIZA DE SEGURO DE	POLIZA / ENDOSO
PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA	TODO RIESGO CONSTRUCCION Y/O MONTAJE	1510 / 5
CL 104 14 A 45 OF 401 BOGOTÁ, D.C. BOGOTA	LUGAR Y FECHA DE EMISION - VIGENCIA	
	BOGOTÁ, D.C., 25/04/2023. VIGENCIA INICIACION - LAS 0HS DEL 25/04/2023, VIGENCIA DE TERMINACION - LAS 0HS DEL 11/01/2024.	
NIT: 8130081201 Teléf. 2150482	NUMERO DE FACTURA	12 - 0001510 / 005

CONDICIONES PARTICULARES

• APRENDICES O PERSONAS QUE SE ENCUENTRAN GANANDO EXPERIENCIA LABORAL O PASANTES O QUE ESTÉN SIENDO CAPACITADAS.
• CUALQUIER OTRA PERSONA CONTRATADA O SOLICITADA EN PRÉSTAMO POR ALGUNO DE LOS ASEGURADOS.
• TRABAJADORES VOLUNTARIOS QUE ESTÉN TRABAJANDO BAJO LA DIRECCIÓN O CONTROL DEL ASEGURADO, EN RELACIÓN CON LA EJECUCIÓN DE CUALQUIER ACTIVIDAD CONTEMPLADA DENTRO DE UN CONTRATO ASEGURADO.

TODAS LAS DEMÁS CONDICIONES GENERALES Y/O PARTICULARES NO MODIFICADAS POR EL PRESENTE ANEXO CONTINÚAN VIGENTES.

COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA

1. AMPARO

HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, LA COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL SE APLICARÁ A CADA UNA DE LAS PARTES MENCIONADAS COMO ASEGURADAS EN LA CARÁTULA, EN LA MISMA FORMA QUE SI A CADA UNA DE ELLAS SE HUBIERA EXTENDIDO UNA PÓLIZA POR SEPARADO.

2. EXCLUSIONES:

EL ASEGURADOR NO INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO, CON BASE EN ESTE ANEXO, POR LO SIGUIENTE:
2.1 LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE SE INCURRA COMO CONSECUENCIA DE UN DAÑO CAUSADO A LOS BIENES CUBIERTOS O AMPARABLES POR LA COBERTURA PRINCIPAL O POR CUALQUIERA DE SUS ENDOSOS, AUNQUE NO EXISTA UNA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR POR HABERSE ACORDADO UN DEDUCIBLE O UN LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN.
2.2 RESPONSABILIDAD POR LESIONES CORPORALES, FATALES O NO, O ENFERMEDADES A EMPLEADOS O TRABAJADORES QUE ESTÉN ASEGURADOS O HUBIERAN PODIDO ASEGURARSE POR EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL.
SIN EMBARGO, LA RESPONSABILIDAD TOTAL DEL ASEGURADOR CON RESPECTO A LAS PARTES ASEGURADAS NO EXCEDERÁ, EN TOTAL, PARA UN ACCIDENTE O UNA SERIE DE ACCIDENTES PROVENIENTES DE UN SOLO Y MISMO EVENTO, DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

EL OTORGAMIENTO DE ESTA COBERTURA DEJA SIN EFECTO LA EXCLUSIÓN 3.19 DE LA COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL ASEGURADO POR DAÑOS MATERIALES Y POR LESIONES CORPORALES.

TODAS LAS DEMÁS CONDICIONES GENERALES Y/O PARTICULARES NO MODIFICADAS POR EL PRESENTE ANEXO CONTINÚAN VIGENTES.

TOMADOR	POLIZA DE SEGURO DE	POLIZA / ENDOSO
PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA	TODO RIESGO CONSTRUCCION Y/O MONTAJE	1510 / 5
CL 104 14 A 45 OF 401 BOGOTÁ, D.C. BOGOTA	LUGAR Y FECHA DE EMISION - VIGENCIA	
	BOGOTÁ, D.C., 25/04/2023. VIGENCIA INICIACION - LAS 0HS DEL 25/04/2023, VIGENCIA DE TERMINACION - LAS 0HS DEL 11/01/2024.	
NIT: 8130081201 Teléf. 2150482	NUMERO DE FACTURA	12 - 0001510 / 005

CONDICIONES PARTICULARES

CONDICIONES ESPECIALES RELATIVAS A CABLES SUBTERRÁNEOS, TUBERÍAS Y DEMÁS INSTALACIONES

1. AMPARO:
LA ASEGURADORA INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO POR RESPONSABILIDAD QUE RESULTE DE PÉRDIDA O DAÑO A SERVICIOS SUBTERRÁNEOS (TALES COMO CABLES, ALAMBRES, TUBERÍAS), SIEMPRE Y CUANDO ANTES DEL COMIENZO DE LA OBRA, EL ASEGURADO SE HAYA INFORMADO CON LAS AUTORIDADES PERTINENTES SOBRE LA POSICIÓN ACTUALIZADA Y EXACTA DE TODOS LOS SERVICIOS SUBTERRÁNEOS Y HAYA TOMADO TODAS LAS PRECAUCIONES RAZONABLES PARA PREVENIR PÉRDIDAS O DAÑOS A TALES BIENES.

2. EXCLUSIONES
- PÉRDIDAS CONSECUENCIALES
- LUCRO CESANTE
- MULTAS CONVENCIONALES

3. LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN
LA INDEMNIZACIÓN ESTARÁ LIMITADA A LOS COSTOS DE REPARACIÓN EFECTIVOS Y NO SE EXTENDERÁ A NINGUNA PÉRDIDA CONSECUENCIAL, LUCRO CESANTE Y/O MULTAS CONVENCIONALES.

EL OTORGAMIENTO DE LA PRESENTE COBERTURA DEJA SIN EFECTOS LA EXCLUSIÓN 3.3 DE LA COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL ASEGURADO POR DAÑOS MATERIALES Y POR LESIONES CORPORALES.

TODAS LAS DEMÁS CONDICIONES GENERALES Y/O PARTICULARES NO MODIFICADAS POR EL PRESENTE ANEXO CONTINÚAN VIGENTES.

COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DE DAÑOS A CAUSA DE VIBRACIÓN, ELIMINACIÓN O DEBILITAMIENTO DE ELEMENTOS PORTANTES

1. AMPARO:
HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, ESTE SEGURO SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD QUE SE DERIVA DE DAÑOS A CAUSA DE VIBRACIÓN, ELIMINACIÓN O DEBILITAMIENTO DE ELEMENTOS PORTANTES.

TOMADOR	POLIZA DE SEGURO DE	POLIZA / ENDOSO
PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA	TODO RIESGO CONSTRUCCION Y/O MONTAJE	1510 / 5
CL 104 14 A 45 OF 401 BOGOTÁ, D.C. BOGOTA	LUGAR Y FECHA DE EMISION - VIGENCIA BOGOTÁ, D.C., 25/04/2023. VIGENCIA INICIACION - LAS 0HS DEL 25/04/2023, VIGENCIA DE TERMINACION - LAS 0HS DEL 11/01/2024.	
NIT: 8130081201 Teléf. 2150482	NUMERO DE FACTURA	12 - 0001510 / 005

CONDICIONES PARTICULARES

PARA ELLO RIGEN LAS SIGUIENTES CONDICIONES PREVIAS:
1.1 EN CASO DE RESPONSABILIDAD POR PÉRDIDAS O DAÑOS EN PROPIEDAD, TERRENOS O EDIFICIOS, EL ASEGURADOR INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO TALES DAÑOS O PÉRDIDAS SÓLO CUANDO TENGAN POR CONSECUENCIA EL COLAPSO TOTAL O PARCIAL.
1.2 EN CASO DE RESPONSABILIDAD POR PÉRDIDAS O DAÑOS EN PROPIEDAD, TERRENOS O EDIFICIOS, EL ASEGURADOR INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO TALES DAÑOS O PÉRDIDAS SÓLO SUJETO A QUE LA REFERIDA PROPIEDAD, LOS TERRENOS O EDIFICIOS SE ENCONTRARAN EN ESTADO SEGURO ANTES DE COMENZAR LAS OBRAS CIVILES Y CUANDO SE HAYAN ENCAMINADO LAS NECESARIAS MEDIDAS DE SEGURIDAD.
1.3 ANTES DE COMENZAR LAS OBRAS CIVILES, EL ASEGURADO ELABORARÁ POR SU PROPIA CUENTA UN INFORME SOBRE EL ESTADO EN QUE SE ENCUENTRA LA PROPIEDAD, LOS TERRENOS O LOS EDIFICIOS QUE POSIBLEMENTE SE HALLAN AMENAZADOS. PARA ESTO, EL ASEGURADO DEBERÁ REALIZAR LAS RESPECTIVAS ACTAS DE VECINDADES QUE HACEN PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA Y QUE DEBERÁN SER ENTREGADAS A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS ANTES DE INICIADA LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA. LAS ACTAS DE VECINDADES DEBEN ESTAR FIRMADAS POR PARTE DEL ASEGURADO Y ESTÁN SUJETAS A LA APROBACIÓN POR PARTE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS. LA NO RECEPCIÓN DE LAS ACTAS EN LAS CONDICIONES PREVISTAS, SU AUSENCIA TOTAL O PARCIAL O SU NO APROBACIÓN POR PARTE DE LA COMPAÑÍA IMPLICAN EL NO OTORGAMIENTO DE ESTA COBERTURA.

2. EXCLUSIONES
EL ASEGURADOR NO INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO EN CASO DE RESPONSABILIDAD POR:
2.1. CUALQUIER PÉRDIDA O DAÑO QUE SEA PREVISIBLE, TOMANDO EN CONSIDERACIÓN EL TIPO O LA NATURALEZA DE LA OBRA DE CONSTRUCCIÓN Y/O MONTAJE, O SU MÉTODO CONSTRUCTIVO
2.2. CUALQUIER DAÑO SUPERFICIAL, QUE NO PERJUDIQUE LA ESTABILIDAD DE LA PROPIEDAD, TERRENO O EDIFICACIONES, NI PONGA EN PELIGRO A SUS USUARIOS, Y
2.3 CUALQUIER COSTOS POR CONCEPTO DE PREVENCIÓN DE PÉRDIDAS O DE MEDIDAS DE AMINORACIÓN DE DAÑOS QUE LLEGUEN A SER NECESARIOS DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO

3. DEFINICIONES:
COLAPSO TOTAL O PARCIAL: SE REFIERE A SITUACIONES EN LAS QUE UNO O VARIOS ELEMENTOS ESTRUCTURALES DE UNA EDIFICACIÓN SUFREN UNA FALLA TOTAL O PARCIAL, ES DECIR, PRESENTAN DAÑOS QUE AFECTAN SU CAPACIDAD DE RESISTIR NUEVAS SOLICITACIONES. LA INESTABILIDAD O FALTA DE EQUILIBRIO GLOBAL DE LA ESTRUCTURA ES UN EJEMPLO DE COLAPSO TOTAL. LA FALLA POR FATIGA DE ALGÚN ELEMENTO ESTRUCTURAL ES UN EJEMPLO DE COLAPSO PARCIAL.
LO ANTERIOR INDICA QUE LOS DAÑOS EN ACABADOS O ELEMENTOS NO ESTRUCTURALES NO CONSTITUYEN COLAPSO TOTAL O PARCIAL.
SOLICITACIONES: SON FUERZAS U OTRAS ACCIONES QUE AFECTAN LA ESTRUCTURA DEBIDO AL PESO PROPIO DE LA MISMA, DE SUS OCUPANTES Y SUS CONTENIDOS, ASÍ COMO DEBIDO A EFECTOS AMBIENTALES TALES COMO VIENTO O SISMO.

EL OTORGAMIENTO DE ESTA COBERTURA DEJA SIN EFECTOS LA EXCLUSIÓN 3.2 DE LA COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL

TOMADOR	POLIZA DE SEGURO DE	POLIZA / ENDOSO
PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA	TODO RIESGO CONSTRUCCION Y/O MONTAJE	1510 / 5
CL 104 14 A 45 OF 401 BOGOTÁ, D.C. BOGOTA	LUGAR Y FECHA DE EMISION - VIGENCIA BOGOTÁ, D.C., 25/04/2023. VIGENCIA INICIACION - LAS 0HS DEL 25/04/2023, VIGENCIA DE TERMINACION - LAS 0HS DEL 11/01/2024.	
NIT: 8130081201 Teléf. 2150482	NUMERO DE FACTURA	12 - 0001510 / 005

CONDICIONES PARTICULARES

EXTRACONTRACTUAL DEL ASEGURADO POR DAÑOS MATERIALES Y POR LESIONES CORPORALES.

TODAS LAS DEMÁS CONDICIONES GENERALES Y/O PARTICULARES NO MODIFICADAS POR EL PRESENTE ANEXO CONTINÚAN VIGENTES.

CLÁUSULA DE DEBERES PROFESIONALES

DE PRESENTARSE UNA RECLAMACIÓN INDEMNIZABLE, QUE SEA CONSECUENCIA DE UN INCUMPLIMIENTO DE DEBERES PROFESIONALES POR PARTE DE CONSULTORES PROFESIONALES POR NEGLIGENCIA O ERROR U OMISIÓN EN EL DISEÑO O EN LA FABRICACIÓN FUERA DEL SITIO DEL PROYECTO POR PARTE DE UN PROVEEDOR, LA ASEGURADORA INDEMNIZARÁ SEGÚN LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA, MANTENIENDO LOS DERECHOS DE SUBROGACIÓN CONTRA LOS RESPONSABLES DICHOS CONSULTORES O PROVEEDORES.

CLÁUSULA ANTICIPO INDEMNIZACIÓN

LA COMPAÑÍA ANTICIPARÁ HASTA EL 50% DEL VALOR DE LA RECLAMACIÓN DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES PARTICULARES, UNA VEZ SE HAYA DEMOSTRADO DE LA OCURRENCIA Y CUANTÍA DEL SINIESTRO POR PARTE DEL ASEGURADO.

ACTOS DE AUTORIDAD

SE DEJA EXPRESAMENTE ESTIPULADO QUE LOS ACTOS DE AUTORIDAD COMPETENTE ESTÁN CUBIERTOS CON EL FIN DE PREVENIR LA EXTENSIÓN Y AMINORACIÓN DE LAS CONSECUENCIAS DE UN SINIESTRO.

TODAS LAS DEMÁS CONDICIONES GENERALES Y/O PARTICULARES NO MODIFICADAS POR EL PRESENTE ANEXO CONTINÚAN VIGENTES.

AMPLIACIÓN AVISO DE SINIESTRO

NO OBSTANTE LO ESTABLECIDO EN EL CONDICIONADO GENERAL DE LA PÓLIZA Y EN EL ARTÍCULO 1075 DEL CODIGO DE COMERCIO COLOMBIANO, LA COMPAÑIA ACEPTA AMPLIAR LOS DÍAS PARA AVISO DEL SINIESTRO POR PARTE DEL ASEGURADO A 30 DIAS, EXCEPTO PARA HUELGA, MOTIN, ASONADA, CONMOCIÓN CIVIL O POPULAR, ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS, SABOTAJE, TERRORISMO,

TOMADOR	POLIZA DE SEGURO DE	POLIZA / ENDOSO
PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA	TODO RIESGO CONSTRUCCION Y/O MONTAJE	1510 / 5
CL 104 14 A 45 OF 401 BOGOTÁ, D.C. BOGOTA	LUGAR Y FECHA DE EMISION - VIGENCIA BOGOTÁ, D.C., 25/04/2023. VIGENCIA INICIACION - LAS 0HS DEL 25/04/2023, VIGENCIA DE TERMINACION - LAS 0HS DEL 11/01/2024.	
NIT: 8130081201 Teléf. 2150482	NUMERO DE FACTURA	12 - 0001510 / 005

CONDICIONES PARTICULARES

QUE SE MANTIENE EN 10 DÍAS

CLÁUSULA DE AMPLIACION DE TERMINOS DE REVOCACION

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO, EL CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA ARRIBA CITADA, Y CON SUJECIÓN A LAS DEMÁS CONDICIONES CONTENIDAS EN ELLA O EN SUS ANEXOS, LA COMPAÑÍA, HACIENDO USO DE LA FACULTAD PREVISTA EN EL ARTÍCULO 1162 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, CONVIENE EN MODIFICAR EN FAVOR DEL ASEGURADO EL TÉRMINO DE REVOCACIÓN PREVISTO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA POR EL SIGUIENTE TEXTO.

LA COMPAÑÍA PODRÁ REVOCAR ESTA PÓLIZA O ALGUNO DE SUS AMPAROS ADICIONALES EN CUALQUIER TIEMPO, PERO DEBERÁ DAR AVISO AL ASEGURADO POR ESCRITO SOBRE ESTA DETERMINACIÓN CON UNA ANTICIPACIÓN DE 30 DÍAS CALENDARIO, Y DE 7 DÍAS EN CASO DE HUELGA, MOTIN ASONADA, CONMOCIÓN CIVIL O POPULAR, ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS, SABOTAJE, TERRORISMO, RESPONSABILIDAD CIVIL.

ADEMÁS, DEVOLVERÁ AL ASEGURADO LA PROPORCIÓN DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE AL TIEMPO QUE FALTE PARA EL VENCIMIENTO DE LA PÓLIZA LIQUIDADA A PRORRATA. SI LA CANCELACIÓN ES POR PARTE DEL ASEGURADO LA LIQUIDACIÓN DE LA PRIMA SE HARÁ A CORTO PLAZO.

CLAÚSULA DESIGNACIÓN DE AJUSTADORES

PARA EFECTOS DEL SEGURO OTORGADO POR ÉSTA PÓLIZA, LA COMPAÑÍA CONVIENE EN CASO DE SINIESTRO, AMPARADO POR LA PÓLIZA, QUE REQUIERA LA DESIGNACIÓN DE UN PERITO AJUSTADOR, EFECTUARA SU CONTRATACIÓN DE COMÚN ACUERDO CON EL ASEGURADO, SEGÚN TERNA PROPUESTA POR LA ASEGURADORA.

CLÁUSULA 72 HORAS

POR "EVENTO SINIESTRAL" SE ENTIENDEN TODOS LOS SINIESTROS INDIVIDUALES CAUSADOS DIRECTAMENTE POR UN SÓLO Y MISMO

TOMADOR	POLIZA DE SEGURO DE	POLIZA / ENDOSO
PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA	TODO RIESGO CONSTRUCCION Y/O MONTAJE	1510 / 5
CL 104 14 A 45 OF 401 BOGOTÁ, D.C. BOGOTA	LUGAR Y FECHA DE EMISION - VIGENCIA BOGOTÁ, D.C., 25/04/2023. VIGENCIA INICIACION - LAS 0HS DEL 25/04/2023, VIGENCIA DE TERMINACION - LAS 0HS DEL 11/01/2024.	
NIT: 8130081201 Teléf. 2150482	NUMERO DE FACTURA	12 - 0001510 / 005

CONDICIONES PARTICULARES

EVENTO CATASTRÓFICO O DE FUERZA MAYOR.

POR EVENTO CATASTRÓFICO O DE FUERZA MAYOR, SE ENTIENDEN TODAS AQUELLAS CIRCUNSTANCIAS QUE ESCAPAN A LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO, CAUSADOS POR UN FENÓMENO NATURAL

TODOS LOS DAÑOS O PÉRDIDAS INDEMNIZABLES CAUSADAS POR UNO O VARIOS EVENTOS CATASTRÓFICOS DE LA MISMA NATURALEZA QUE OCURRAN DENTRO DE UN LAPSO DE SETENTA Y DOS (72) HORAS CONSECUTIVAS, CONTADAS A PARTIR DE LA OCURRENCIA DEL PRIMER EVENTO DE DAÑOS REGISTRADO, SE CONSIDERARÁN COMO UN SÓLO "EVENTO SINIESTRAL", A CUYO EFECTO TENDRÁ LA APLICACIÓN DE UN SÓLO DEDUCIBLE, EN LA CUANTÍA MENCIONADA EN LA "PARTE DESCRIPTIVA" DE LA PRESENTE PÓLIZA.

CUANDO EN UN "EVENTO SINIESTRAL" SE VEAN AFECTADAS VARIAS COBERTURAS DE LA PÓLIZA, SE APLICARÁ UNA SOLA VEZ EL DEDUCIBLE MAYOR.

LA FIJACIÓN DEL INICIO DEL "EVENTO SINIESTRAL", SERÁ FIJADO POR LA COMPAÑÍA, CON BASE EN LOS REPORTES OFICIALES DEL EVENTO CATASTRÓFICO Y DEL PRIMER REGISTRO DE DAÑOS.

ANEXO OBLIGACIONES RELATIVAS AL EQUIPO Y MAQUINARIA DE CONSTRUCCIÓN Y MONTAJE

QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE, SUJETO A LOS TÉRMINOS, EXCLUSIONES, CLÁUSULAS Y CONDICIONES CONTENIDOS EN LA PÓLIZA O EN ELLA ANEXOS, EL ASEGURADOR SÓLO INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO LAS PÉRDIDAS, DAÑOS O RESPONSABILIDADES DIRECTA O INDIRECTAMENTE CAUSADOS AL EQUIPO Y MAQUINARIA DE CONSTRUCCIÓN POR AVENIDA E INUNDACIÓN, SI DICHO EQUIPO Y MAQUINARIA DE CONSTRUCCIÓN SON COLOCADOS, DESPUÉS DE EJECUTAR LOS TRABAJOS DE CONSTRUCCIÓN O EN CASO DE CUALQUIER OTRA INTERRUPCIÓN, EN UN ÁREA NO AFECTADA POR AVENIDAS CON UN PERÍODO DE RECURRENCIA DE, POR LO MENOS, 20 AÑOS.

TODAS LAS DEMÁS CONDICIONES GENERALES Y/O PARTICULARES NO MODIFICADAS POR EL PRESENTE ANEXO CONTINÚAN VIGENTES.

ANEXO CONDICIONES ESPECIALES PARA LA COBERTURA DEL TENDIDO DE TUBERÍAS DE AGUA Y DESAGÜES

QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE, SUJETO A LOS TÉRMINOS, EXCLUSIONES, CLÁUSULAS Y CONDICIONES CONTENIDOS EN LA PÓLIZA O EN ELLA ANEXOS, EL ASEGURADOR INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO LAS PÉRDIDAS, DAÑOS O RESPONSABILIDADES DEBIDOS A LA INUNDACIÓN Y AL ENCENAGAMIENTO DE TUBERÍAS, ZANJAS Y POZOS, PERO SÓLO HASTA LA LONGITUD ABIERTA DE LAS MISMAS INDICADA MÁS ABAJO POR SINIESTRO, EN EXCAVACIÓN PARCIAL O TOTAL.

TOMADOR	POLIZA DE SEGURO DE	POLIZA / ENDOSO
PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA	TODO RIESGO CONSTRUCCION Y/O MONTAJE	1510 / 5
CL 104 14 A 45 OF 401 BOGOTÁ, D.C. BOGOTA	LUGAR Y FECHA DE EMISION - VIGENCIA	
	BOGOTÁ, D.C., 25/04/2023. VIGENCIA INICIACION - LAS 0HS DEL 25/04/2023, VIGENCIA DE TERMINACION - LAS 0HS DEL 11/01/2024.	
NIT: 8130081201 Teléf. 2150482	NUMERO DE FACTURA	12 - 0001510 / 005

CONDICIONES PARTICULARES

SIN EMBARGO, SE PAGARÁ UNA INDEMNIZACIÓN ÚNICAMENTE:

1. SI, UNA VEZ TENDIDAS LAS TUBERÍAS, ÉSTAS SON PROTEGIDAS POR MEDIO DEL RELLENO ADECUADO EN FORMA TAL QUE, EN CASO DE INUNDARSE LA ZANJA, NO SUFRA CAMBIO ALGUNO LA COLOCACIÓN DE LAS TUBERÍAS;

2. SI, UNA VEZ TENDIDAS LAS TUBERÍAS, ÉSTAS SON PROTEGIDAS INMEDIATAMENTE CONTRA LA PENETRACIÓN DE AGUA, LODO O SIMILARES;

3. SI, UNA VEZ FINALIZADA LA PRUEBA DE PRESIÓN DE LAS TUBERÍAS, LAS SECCIONES DE LA ZANJA CORRESPONDIENTES HAYAN SIDO RELLENADAS.

LONGITUD MÁXIMA: 100,00 METROS

==========

DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO

PRINCIPAL:
NOMBRE: JOSE FEDERICO USTARIZ GONZALEZ
DIRECCIÓN: CARRERA 11A # 96-51 OFICINA 203 EDIFICIO OFICITY – BOGOTA
TELÉFONO: (+571) 6108161/6108164
MAIL: defensoriaberkley@ustarizabogados.com

SUPLENTE:
NOMBRE: BERTHA GARCÍA MEZA
DIRECCIÓN: CARRERA 11A # 96-51 OFICINA 203 EDIFICIO OFICITY - BOGOTA
TELÉFONO: (+571) 6108161/6108164
MAIL: defensoriaberkley@ustarizabogados.com

HORARIO DE ATENCION: LUNES A VIERNES DE 8:00 A.M. A 5:00 P.M.

==========

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	**NORTE**	**15**	**15-44-101269378**	3

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
24	**04**	**2023**	**12**	**01**	**2023**	**00:00**	**12**	**01**	**2027**	**23:59**	**ANEXO CAUSA PRIMA**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA	**NIT: 813.008.120-1**

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO:
CL 104 NRO. 14 A - 45 OFIC 401	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	2150482

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN
BOGOTA DISTRITO CAPITAL SECRETARIA DE EDUCACION	**NIT: 899.999.061-9**

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO
Avenida El Dorado No. 66-63	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	3241000

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

GARANTIZAR LOS AMPAROS DEL CONTRATO No. CO1.PCCNTR.4077644 CUYO OBJETO ES ADELANTAR OBRAS DE ADECUACION, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FISICAS DE LA SECRETARIA DE EDUCACION DEL DISTRITO, ASI COMO LA EJECUCION DE OBRAS MENORES, QUE PERMITAN A TRAVES DE LA ATENCION DE EMERGENCIAS Y DE NECESIDADES FISICAS PRIORITARIAS, GARANTIZAR EL FUNCIONAMIENTO Y LA PRESTACION DEL SERVICIO DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LAS SEDES ADMINISTRATIVAS.

GRUPO No. 7

- EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA TENDRA UNA VIGENCIA DE DOS(2) AÑOS A PARTIR DE RECIBO A SATISFACCION DE LA OBRA

AMPAROS

RIESGO: CONSTRUCCION DE OBRAS CIVILES

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL	SUMA ASEG/ANTERIOR
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	12/01/2023	13/07/2024	$3,878,308,354.40	$2,614,808,355.00
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	12/01/2023	12/01/2027	$1,939,154,177.20	$1,307,404,178.00
ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA	**SI AMPARA 2 AÑOS, 0 MESES Y 1 DÍAS ***		$3,878,308,354.40	$2,614,808,355.00

ACLARACIONES

* ESTE AMPARO INICIA VIGENCIA UNA VEZ SE HA FINALIZADO LA EJECUCION DEL CONTRATO Y/O CON LA FIRMA DEL ACTA DE ENTREGA A SATISFACCION DEL MISMO

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO QUE HACE PARTE INTREGRAL DE LA PRESENTE POLIZA SE AJUSTAN LOS VALORES ASEGURADOS DE LAS GARANTIAS AMPARADAS SEGUN MODIFICACION No. 1 EN LA CUAL SE ADICIONO LA SUMA DE $ 6,317,500,000 VR TOTRAL DEL CONTRATO $19.391.541.772

LAS DEMAS CONDICIONES Y TERMINOS NO MODIFICADOS CONTINUAN VIGENTES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ **11,567,775.00	$ *******8,000.00	$ ***2,199,397.00	$ ********13,775,172.00	$ ****9,695,770,886.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
AGENCIA COLOCADORA DE SEGUROS Y SER	113284	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 7 80-28 - TELEFONO: 2121808 - BOGOTA, D.C.

15-44-101269378

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela A. Zarante B. - Secretaria General

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	NORTE	15	15-44-101269378	3

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
24	04	2023	12	01	2023	00:00	12	01	2027	23:59	ANEXO CAUSA PRIMA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA		**NIT: 813.008.120-1**
DIRECCIÓN: CL 104 NRO. 14 A - 45 OFIC 401	**CIUDAD:** BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	**TELÉFONO:**	2150482

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	BOGOTA DISTRITO CAPITAL SECRETARIA DE EDUCACION		**NIT: 899.999.061-9**
DIRECCIÓN: Avenida El Dorado No. 66-63	**CIUDAD:** BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	**TELÉFONO:**	3241000

ADICIONAL:

TEXTO ACLARATORIO

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 7 80-28 - TELEFONO: 2121808 - BOGOTA, D.C.

15-44-101269378

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela A. Zarante B. - Secretaria General

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

YENNYFERNANDEZ

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACION POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Hacemos constar, que la póliza Nº 101269378, anexo 3, no expirara por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015 el cual regula las garantías ante entidades estatales

Dado en BOGOTA, D.C. a los 24 días del mes de ABRIL de 2023

15-44-101269378

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela A. Zarante B. - Secretaria General

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

RCE CONTRATOS

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	**NORTE**	**15**	**15-40-101082433**	3

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
24	**04**	**2023**	**12**	**01**	**2023**	**00:00**	**12**	**01**	**2024**	**23:59**	**ANEXO CAUSA PRIMA**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA		**NIT: 813.008.120-1**
DIRECCIÓN: CL 104 NRO. 14 A - 45 OFIC 401	CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO:	2150482

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO:		IDENTIFICACIÓN	
	BOGOTA DISTRITO CAPITAL SECRETARIA DE EDUCACION		**NIT: 899.999.061-9**
DIRECCIÓN: Avenida El Dorado No. 66-63	CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO	3241000
BENEFICIARIO: 899999061 - BOGOTA DISTRITO CAPITAL SECRETARIA DE EDUCACION	ADICIONAL:		

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN E-RCE-002A REDIS 04-09 / E-RCE-001A, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DEL CONTRATO No. CO1.PCCNTR.4077644 CUYO OBJETO ES ADELANTAR OBRAS DE ADECUACION, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FISICAS DE LA SECRETARIA DE EDUCACION DEL DISTRITO, ASI COMO LA EJECUCION DE OBRAS MENORES, QUE PERMITAN A TRAVES DE LA ATENCION DE EMERGENCIAS Y DE NECESIDADES FISICAS PRIORITARIAS, GARANTIZAR EL FUNCIONAMIENTO Y LA PRESTACION DEL SERVICIO DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LAS SEDES ADMINISTRATIVAS.
-GRUPO No. 7

- BENEFICIARIOS: TERCEROS AFECTADOS Y SECRETARIA DE EDUCACION NIT. 899.999.061-9

AMPAROS

RIESGO: CONSTRUCCION DE OBRAS CIVILES

AMPAROS	DEDUCIBLE	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG ACTUAL	SUMA ASEG ANTERIOR
PREDIOS LABORES Y OPERACIONES	**10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA**	**12/01/2023**	**12/01/2024**	**$969,577,088.60**	**$653,702,088.60**
DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE	**10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA**	**12/01/2023**	**12/01/2024**	**$969,577,088.60**	**$653,702,088.60**
PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES	**10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA**	**12/01/2023**	**12/01/2024**	**$969,577,088.60**	**$653,702,088.60**

ACLARACIONES

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO QUE HACE PARTE INTREGRAL DE LA PRESENTE POLIZA SE AJUSTAN LOS VALORES ASEGURADOS DE LAS GARANTIAS AMPARADAS SEGUN MODIFICACION No. 1 EN LA CUAL SE ADICIONO LA SUMA DE $ 6,317,500,000 VR TOTRAL DEL CONTRATO $19.391.541.772

LAS DEMAS CONDICIONES Y TERMINOS NO MODIFICADOS CONTINUAN VIGENTES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ *****569,007.00	$ *******3,000.00	$ *****108,681.00	$ **********680,689.00	$ ******969,577,088.60	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
AGENCIA COLOCADORA DE SEGUROS Y SER	113284	100.00			

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.
QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.
NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN
PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 7 80-28 - TELEFONO: 2121808 - BOGOTA, D.C.

15-40-101082433

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela A. Zarante B. - Secretaria General

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

RCE CONTRATOS

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	NORTE	15	15-40-101082433	3

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
24	04	2023	12	01	2023	00:00	12	01	2024	23:59	ANEXO CAUSA PRIMA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA		**NIT: 813.008.120-1**

DIRECCIÓN:		CIUDAD:		TELÉFONO:	
	CL 104 NRO. 14 A - 45 OFIC 401		BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL		2150482

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO:		IDENTIFICACIÓN	
	BOGOTA DISTRITO CAPITAL SECRETARIA DE EDUCACION		**NIT: 899.999.061-9**

DIRECCIÓN:		CIUDAD:		TELÉFONO:	
	Avenida El Dorado No. 66-63		BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL		3241000

BENEFICIARIO: 899999061 - BOGOTA DISTRITO CAPITAL SECRETARIA DE EDUCACION

AMPAROS	DEDUCIBLE	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG ACTUAL	SUMA ASEG ANTERIOR
CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA	12/01/2023	12/01/2024	$969,577,088.60	$653,702,088.60
RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA	12/01/2023	12/01/2024	$969,577,088.60	$653,702,088.60
VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA	12/01/2023	12/01/2024	$969,577,088.60	$653,702,088.60

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO. QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 7 80-28 - TELEFONO: 2121808 - BOGOTA, D.C.

15-40-101082433

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela A. Zarante B. - Secretaria General

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

YENNYFERNANDEZ

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

RCE CONTRATOS

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	NORTE	15	15-40-101082433	3

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
24	04	2023	12	01	2023	00:00	12	01	2024	23:59	ANEXO CAUSA PRIMA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA			**NIT: 813.008.120-1**
DIRECCIÓN: CL 104 NRO. 14 A - 45 OFIC 401	**CIUDAD:** BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	**TELÉFONO:**	2150482

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO:		IDENTIFICACIÓN	
BOGOTA DISTRITO CAPITAL SECRETARIA DE EDUCACION			**NIT: 899.999.061-9**
DIRECCIÓN: Avenida El Dorado No. 66-63	**CIUDAD:** BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	**TELÉFONO:**	3241000

BENEFICIARIO: 899999061 - BOGOTA DISTRITO CAPITAL SECRETARIA DE EDUCACION

TEXTO ACLARATORIO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO. QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 7 80-28 - TELEFONO: 2121808 - BOGOTA, D.C.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

15-40-101082433

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela A. Zarante B. - Secretaria General

FIRMA TOMADOR

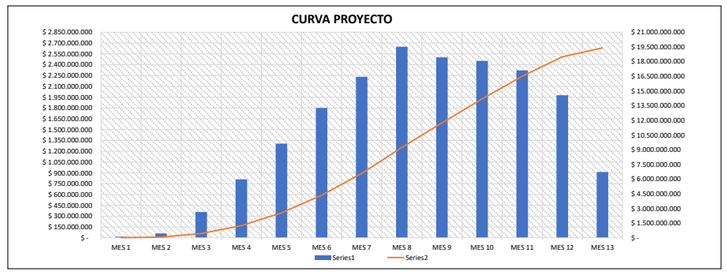
YENNYFERNANDEZ 3

Anexo TEC-10 – Flujo de inversión y programaciones contrato de obra

FLUJO DE INVERSIÓN RECURSOS CONTRATO CO1PCCNTR4077644 "ADELANTAR OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FISICAS DE LA SECRETARIA DE EDUCACION DEL DISTRITO, ASI COMO LA EJECUCION DE OBRAS MENORES, QUE PERMITAN A TRAVES DE LA ATENCION DE EMERGENCIAS Y DE NECESIDADES FISICAS PRIORITARIAS, GARANTIZAR EL FUNCIONAMIENTO Y LA PRESTACION DEL SERVICIO DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LAS SEDES ADMINISTRATIVAS"

	AÑO 2023																		AÑO 2023												AÑO 2023						AÑO 2024							
	ENE 15 -ENE 31			FEBRERO			MARZO			ABRIL			MAYO			JUNIO			JULIO			AGOSTO			SEPTIEMBRE			OCTUBRE			NOVIEMBRE			DICIEMBRE			ENERO			FEBRERO			MARZO			TOTAL	
COLEGIO ALEMANIA UNIFICADA	$ 6.401.435,48	0,4%		$ 27.699.757,11	1,7%		$ 113.051.289,52	7%		$ 155.951.358,56	10%		$ 261.224.046,66	16%		$ 345.300.067,09	21%		$ 493.944.067,03	30%		$ 231.243.252,66	14%		$ 502.348,00	0,03%																			$ 1.635.317,622	100,00%
COLEGIO ENTRE NUBES SEDE D	$ 3.198.141,08	0,3%		$ 10.168.659,30	0,8%		$ 62.499.691,11	5%		$ 173.087.625,39	14%		$ 260.073.740,01	21%		$ 248.523.520,24	20%		$ 248.218.848,36	20%		$ 207.581.661,54	17%		$ 10.859.525,76	1%																			$ 1.224.211.413	100,00%
COLEGIO JOSE JOAQUIN CASTRO				$ 2.557.646,64	0,2%		$ 23.794.225,79	2%		$ 66.966.150,25	6%		$ 55.918.928,66	5%		$ 294.762.761,72	25%		$ 195.799.863,36	17%		$ 178.114.271,28	15%		$ 224.980.621,99	19%		$ 115.535.379,80	10%		$ 4.686.972,68	0,4%													$ 1.163.116.822	100,00%
COLEGIO JOSE CARBONEL	$ 6.079.315,81	0,4%		$ 14.590.357,95	1,0%		$ 64.652.848,94	4%		$ 165.920.942,72	11%		$ 268.171.915,08	18%		$ 234.641.125,92	16%		$ 316.951.748,65	21%		$ 314.428.419,31	21%		$ 122.117.143,87	8%																			$ 1.507.553.818	100,00%
COLEGIO RAFAEL NUÑEZ																				0%		$ 31.149.100,00	3%		$ 156.781.245,00	15%		$ 110.507.942,86	11%		$ 271.089.440,97	26%		$ 319.863.128,74	31%		$ 150.922.226,43	15%								$ 1.040.313.084	100,00%
COLEGIO LA VICTORIA																$ 12.150.035,00	40%		$ 18.377.895,00	60%																									$ 30.527.930,00	100,00%
COLEGIO SAN ISIDRO							$ 1.407.090,60	2%		$ 43.537.438,99	47%		$ 40.007.687,95	43%		$ 4.193.823,47	4,51%		$ 3.874.250,53	4%																									$ 93.020.291,54	100,00%
COLEGIO EL RODEO							$ -	0%		$ 19.574.566,89	50%					$ 11.744.740,13	30,00%		$ 7.829.826,75	20%																									$ 39.149.133,77	100,00%
COLEGIO NUEVA DELHI							$ 15.652.951,96	4%		$ 58.698.569,86	15%		$ 117.397.139,72	30%		$ 93.917.711,77	24%		$ 66.525.045,84	17%		$ 39.132.379,91	10%																									$ 391.323.799,05	100,00%
COLEGIO ENTRE NUBES SEDE B																									$ 108.706.796,60	20%		$ 108.706.796,60	20%		$ 168.495.534,73	31%		$ 81.530.097,45	15%		$ 76.094.757,62	14%								$ 543.533.983,00	100,00%
COLEGIO JOSE FELÍX RESTREPO																			$ 16.471.075,80	1%		$ 159.530.581,92	12%		$ 202.824.797,08	15%		$ 285.884.303,20	22%		$ 292.472.733,52	22%		$ 292.472.733,52	22%		$ 79.765.290,96	6%								$ 1.329.421.516,00	100,00%
COLEGIO MORALBA SEDE B																												$ 121.453.817,25	25%		$ 121.453.817,25	30%		$ 121.453.817,25	25%		$ 97.163.053,80	20%								$ 485.815.269,00	100,00%
COLEGIO MORALBA SEDE C										$ 17.331.704,55	2%		$ 38.540.586,56	4%		$ 54.322.120,10	6%		$ 246.819.094,96	28%		$ 311.258.400,45	35%		$ 212.134.840,70	24%		$ 12.661.690,67	1%																	$ 893.068.437,99	100,00%
COLEGIO TOMAS RUEDAS VARGAS																			$ 11.608.625,38	2%		$ 69.651.752,28	12%		$ 87.064.690,35	15%		$ 127.694.879,18	22%		$ 127.694.879,18	22%		$ 69.651.732,28	12%		$ 87.064.690,35	15%								$ 580.431.269,00	100,00%
COLEGIO FRANCISCO MATIZ																			$ 15.910.546,55	1,5%		$ 116.677.341,33	11%		$ 180.319.527,51	17%		$ 238.658.198,18	22,5%		$ 201.533.589,57	19%		$ 148.498.434,42	14%		$ 159.105.465,45	15%								$ 1.060.703.103,00	100,00%
COLEGIO SAN CRISTOBAL				$ 6.352.477,68	10%		$ 25.993.160,66	43%		$ 15.716.104,52	26%		$ 12.539.031,48	21%																																$ 60.600.774,34	100,00%
ALEMANIA UNIFICADA SEDE B																						$ 47.899.159,66	10%		$ 103.781.512,61	22%		$ 99.789.915,97	21%		$ 95.798.319,33	20%		$ 95.798.319,33	20%		$ 31.932.773,10	7%								$ 475.000.000,00	100,00%
PANTALEON GAITAN PEREZ SEDE A																			$ 25.942.033,40	2%		$ 71.942.410,62	7%		$ 382.682.201,51	36%		$ 313.507.811,02	29%		$ 211.347.385,38	20%		$ 50.972.698,07	5%		$ 9.808.153,00	1%								$ 1.066.202.693,00	100,00%
ALTAMIRA SUR ORIENTAL C																						$ 93.442.622,95	16%		$ 121.475.409,84	21%		$ 116.803.278,69	20%		$ 112.131.147,54	20%		$ 112.131.147,54	20%		$ 14.016.393,44	2%								$ 570.000.000,00	100,00%
ALTAMIRA SUR ORIENTAL B										$ 7.343.586,43	4%		$ 54.103.218,95	30%		$ 53.951.334,83	30%		$ 55.788.938,80	31%		$ 7.284.666,00	4%																									$ 178.471.745,01	100,00%
COLEGIO 20 DE JULIO																										0%		$ 178.823.529,41	24%		$ 186.274.509,80	25%		$ 298.039.215,68	39%		$ 96.862.745,11	13%								$ 760.000.000,00	100,00%
SAN CRISTOBAL SUR SEDE B																$ 8.325.803,93	2,2%		$ 87.263.068,83	23%		$ 120.145.158,70	32%		$ 85.861.532,45	23%		$ 70.206.686,10	19%			0%			0%			0%								$ 371.802.250,01	100,00%
COLEGIO JOSE ACEVEDO GOMEZ																$ 3.039.105,00	3,3%		$ 21.765.159,83	23%		$ 67.499.460,67	72%		$ 1.163.734,50	1%			0%			0%													$ 93.467.460,00	100,00%
COLEGIO EL RODEO SEDE B																						$ 53.200.000,00	8%		$ 166.250.000,00	25%		$ 172.900.000,00	26%		$ 146.300.000,00	22%		$ 93.100.000,00	14%		$ 33.250.000,00	5,0%								$ 665.000.000,00	100,00%
JOSE FELIX RESTREPO SEDE C													$ 40.640.302,69	10%		$ 27.129.382,04	6%		$ 94.180.672,69	22%		$ 110.519.930,88	26%		$ 58.160.898,87	14%		$ 52.391.375,83	12%		$ 25.035.075,00	6%		$ 16.022.821,00	4%											$ 424.080.459,00	100,00%
COLEGIO ENTRE NUBES SEDE A										$ 12.061.328,80	10%		$ 24.122.657,60	20%		$ 36.183.986,40	30%		$ 30.153.322,00	25%		$ 18.091.993,20	15%																									$ 120.613.288,00	100,00%
COLEGIO ALPES SEDE C																$ 32.651.405,81	36%		$ 44.896.542,19	49%		$ 13.505.601,71	15%																									$ 91.053.549,71	100,00%
COLEGIO TOMAS RUEDAS VARGAS SEDE A										$ 23.274.678,15	5%		$ 32.584.549,41	7%		$ 139.648.068,90	30%		$ 139.648.068,90	30%		$ 130.338.197,64	28%																									$ 465.493.563,00	100,00%
EMERGENCIAS							$ 49.796.675,30	5%		$ 49.796.675,30	5%		$ 99.593.350,60	10%		$ 199.186.701,20	20%		$ 89.634.015,54	9%		$ 69.715.345,42	7%		$ 99.593.350,60	10%		$ 119.512.020,72	12%		$ 149.390.025,90	15%		$ 69.715.345,42	7%													$ 995.933.505,99	100,00%
SALDO ADICIONES																						$ 186.536.698,61	18%		$ 176.173.548,69	17%		$ 207.262.998,45	20%		$ 207.262.998,45	20%		$ 207.262.998,45	20%		$ 76.106.513,06	5%								$ 1.036.314.992,27	100,00%
TOTAL PROYECTO	**$ 15.678.892,37**	**0,1%**		**$ 61.368.898,68**	**0,3%**		**$ 356.847.933,88**	**2%**		**$ 809.260.730,40**	**4%**		**$ 1.304.917.155,36**	**7%**		**$ 1.799.671.693,55**	**9%**		**$ 2.231.602.710,39**	**12%**		**$ 2.648.888.406,73**	**14%**		**$ 2.501.433.725,92**	**13%**		**$ 2.452.300.623,93**	**13%**		**$ 2.320.966.429,30**	**12%**		**$ 1.976.512.509,15**	**10%**		**$ 912.092.062,32**	**5%**		**$ -**	**0%**		**$ -**	**0%**		**$ 19.391.541.772**	**100,00%**

MESES	COSTO	ACUMULADO
MES 1	$ 15.678.892	$ 15.678.892
MES 2	$ 61.368.899	$ 77.047.791
MES 3	$ 356.847.934	$ 433.895.725
MES 4	$ 809.260.730	$ 1.243.156.455
MES 5	$ 1.304.917.155	$ 2.548.073.611
MES 6	$ 1.799.671.694	$ 4.347.745.304
MES 7	$ 2.231.602.710	$ 6.579.348.015
MES 8	$ 2.648.888.407	$ 9.228.236.421
MES 9	$ 2.501.433.726	$ 11.729.670.147
MES 10	$ 2.452.300.624	$ 14.181.970.771
MES 11	$ 2.320.966.429	$ 16.502.937.201
MES 12	$ 1.976.512.509	$ 18.479.449.710
MES 13	$ 912.092.062	$ 19.391.541.772



Anexo TEC-11 – Estado de Avance de obra

ESTADO DE AVANCE MENSUAL DE OBRA FEBRERO - SEPTIEMBRE 2023

ITEM	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	CANT TOTAL	VR. UNITARIO	VR TOTAL EN OBRA
1	DEMOLICIÓN DE VIVIENDAS				
1.1.1	REPLANTEO	M2	1326,33	$3.214,00	$4.262.824,62
1.1.2	LOCALIZACIÓN Y REPLANTEO TOPOGRÁFICO	M2	1068,03	$5.246,00	$5.602.885,38
1.1.3	CERRAMIENTO EN LONA CON PARALES DE MADERA ANCLADOS AL PISO (AMARRE EN ALAMBRE H = 3.0 M)	M	845,32	$35.487,00	$29.997.870,84
1.1.4	CERRAMIENTO EN TEJA DE ZINC CALIBRE 35 ALTURA = 2.4 M	M	192,47	$119.743,00	$23.046.935,21
1.2.1	DEMOLICIÓN DE ESTRUCTURAS EN CONCRETO (INCLUYE CARGUE Y RETIRO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN A SITIOS AUTORIZADOS Y ANDAMIOS CERTIFICADOS)	M3	7,15	$287.812,00	$2.057.855,80
1.2.10	DEMOLICION PLACA CONTRAPISO 0.15 M (INCLUYE CARGUE Y RETIRO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN A SITIOS AUTORIZADOS)	M2	48,63	$35.711,00	$1.736.625,93
1.2.11	DEMOLICIÓN ALFAJÍA EN CONCRETO E = 15 CM, H = 15 CM (INCLUYE CARGUE Y RETIRO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN A SITIOS AUTORIZADOS)	M	104,71	$17.691,00	$1.852.424,61
1.2.13	DEMOLICION DE ALISTADO DE PISO E=0.04 A 0.06 M (INCLUYE CARGUE Y RETIRO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCION A SITIOS AUTORIZADOS)	M2	1633,61	$22.073,00	$36.058.673,53
1.2.14	DEMOLICIÓN DE ACABADO Y ALISTADO DE PISO E = 0.08 a 0.12 CM, Y GUARDAESCOBA, (INCLUYE CARGUE Y RETIRO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN A SITIOS AUTORIZADOS)	M2	4771,16	$30.593,00	$145.964.097,88
1.2.15	DEMOLICIÓN DE MURO EN MAMPOSTERIA CON ACABADOS E = 0.15 M, (INCLUYE CARGUE Y RETIRO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN A SITIOS AUTORIZADOS)	M2	971,19	$24.734,00	$24.021.413,46
1.2.16	DEMOLICION MUROS PANELES PREFABRICADOS (INCLUYE CARGUE Y RETIRO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN A SITIOS AUTORIZADOS)	M2	315,95	$14.119,00	$4.460.898,05
1.2.18	DEMOLICIÓN DE PAÑETE DE MUROS, (INCLUYE CARGUE Y RETIRO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN A SITIOS AUTORIZADOS)	M2	457,40	$14.752,00	$6.747.564,80
1.2.2	DEMOLICIÓN DE VIGA EN CONCRETO, (INCLUYE CARGUE Y RETIRO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN A SITIOS AUTORIZADOS Y ANDAMIOS CERTIFIFCADOS)	M3	12,80	$269.502,00	$3.449.625,60
1.2.20	DEMOLICIÓN DE ENCHAPE DE MUROS Y PEGA, (INCLUYE CARGUE Y RETIRO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN A SITIOS AUTORIZADOS)	M2	1260,71	$8.895,00	$11.214.015,45
1.2.21	DEMOLICION DE FACHALETA EN ESPACATO SOBRE FACHADA, (INCLUYE DEMOLICION DE PEGA Y PAÑETE E MÀX. 5CM - ALTURA ENTRE 2 M Y 8 M - CARGUE Y RETIRO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN A SITIOS AUTORIZADOS Y ANDAMIOS CERTIFICADOS)	M2	30,00	$38.235,00	$1.147.050,00
1.2.22	DEMOLICION PAVIMENTO ASFALTICO (INCLUYE CARGUE Y RETIRO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN A SITIOS AUTORIZADOS)	M3	74,77	$209.476,00	$15.662.520,52
1.2.23	DEMOLICIÓN DE LAVAMANOS, LAVADEROS, BAÑERAS, ORINALES, POYOS, PREFABRICADOS,ETC (INCLUYE CARGUE Y RETIRO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN A SITIOS AUTORIZADOS)	UN	15,00	$13.976,00	$209.640,00
1.2.24	DEMOLICION Y/O DESMONTE DE CERRAMIENTO EXISTENTE COMPUESTO POR MALLA ESLABONADA, ANTEPECHO EN LADRILLO, VIGA DE CIMENTACION Y COLUMNETA DE CONFINAMIENTO EN CONCRETO, PARAL GALVANIZADO Y CONCERTINA; (INCLUYE CARGUE Y RETIRO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN A SITIOS AUTORIZADOS)	M2	197,90	$79.510,00	$15.735.029,00
1.2.26	DEMOLICION DE ENCOROZADO DE CUBIERTA (INCLUYE CARGUE Y RETIRO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN A SITIOS AUTORIZADOS Y ANDAMIOS CERTIFICADOS)	M	470,33	$19.026,00	$8.948.498,58
1.2.28	DESMONTE DE PUERTAS EXISTENTES TODO TAMAÑO MADERA - METÁLICAS, INCLUIDO MARCO, (INCLUYE CARGUE Y RETIRO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN A SITIOS AUTORIZADOS)	M2	384,61	$26.290,00	$10.111.396,90
1.2.29	DESMONTE DE VENTANAS TODO TAMAÑO METÁLICAS - MADERA, INCLUIDO REJAS. (INCLUYE CARGUE Y RETIRO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN A SITIOS AUTORIZADOS)	M2	918,37	$13.976,00	$12.835.139,12
1.2.3	DEMOLICIÓN COLUMNA EXISTENTE EN CONCRETO DE DIMENSIONES DE 30 X 30 X 3 M HASTA 3.40 M (INCLUYE CARGUE Y RETIRO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN A SITIOS AUTORIZADOS Y ANDAMIOS CERTIFICADOS)	M	45,40	$87.846,00	$3.988.208,40
1.2.30	DESMONTE Y DESCONEXIÓN DE APARATOS SANITARIOS Y EQUIPOS COMO LAVAPLATOS, LAVAMANOS, SANITARIOS, ESTUFAS, ETC., (INCLUYE CARGUE Y RETIRO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN A SITIOS AUTORIZADOS)	UN	241,00	$14.855,00	$3.580.055,00
1.2.31	DESMONTE RETIRO DE TUBERÍAS HIDROSANITARIAS EXISTENTES DE 6", 4", 3", 2". (INCLUYE EXCAVACIÓN, CARGUE Y RETIRO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN A SITIOS AUTORIZADOS)	M	606,57	$16.847,00	$10.218.884,79
1.2.32	DESMONTE DE TANQUE ELEVADO (INCLUYE DESCONEXIÓN, ACCESORIOS DE TAPONAMIENTO, ANDAMIO CERTIFICADO, DISPOSICIÓN Y RETIRO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN A SITIOS AUTORIZADOS)	UN	11,00	$105.668,00	$1.162.348,00
1.2.33	DESMONTE DE TODO TIPO DE CUBIERTA EXISTENTE, INCLUYE ANDAMIOS CERTIFICADOS Y EL DESMONTE DE LA ESTRUCTURA METÁLICA O DE MADERA, LOS AMARRES, CERCHAS, CORREAS Y/O PERFILERÍA METÁLICA, INSTALACIONES ELÉCTRICAS O TUBERÍAS ADOSADAS, CANALES Y BAJANTES ETC., (INCLUYE CARGUE Y RETIRO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN A SITIOS AUTORIZADOS)	M2	5002,73	$29.147,00	$145.814.571,31
1.2.34	DESMONTE DE TODO TIPO DE CIELORASO EXISTENTE (DURASTIC, MADERA, DRY WALL, PLÁSTICO, INCLUYE ANDAMIO CERTIFICADO, CARGUE Y RETIRO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN A SITIOS AUTORIZADOS)	M2	735,24	$22.712,00	$16.698.770,88
1.2.35	DESMONTE DE DIVISIÓN SENCILLA O DOBLE INDIFERENTE AL MATERIAL (INCLUYE CARGUE Y RETIRO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN A SITIOS AUTORIZADOS)	M2	56,04	$18.957,00	$1.062.350,28
1.2.36	DESMONTE DE BARANDA METALICA ALTURA NO MAYOR A 1.20 M (INCLUYE CARGUE Y RETIRO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN A SITIOS AUTORIZADOS)	M	88,05	$15.273,00	$1.344.787,65
1.2.37	DESMONTE DE JUEGO INFANTIL INDIFERENTE AL MATERIAL (INCLUYE CARGUE Y RETIRO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN A SITIOS AUTORIZADOS Y RELLENO DE SUELO)	UN	3,00	$72.326,00	$216.978,00
1.2.4	DEMOLICIÓN DE PLACA DE CONTRAPISO REFORZADA HASTA E= 0.20 M, (INCLUYE ALISTADO Y ACABADO EXISTENTE, CARGUE Y RETIRO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN A SITIOS AUTORIZADOS)	M2	150,10	$66.789,00	$10.025.028,90
1.2.40	DESMONTE, RETIRO Y RESINTALACION DE LOSETA DE CONCRETO DE 40X40	M2	67,03	$15.062,00	$1.009.605,86
1.2.41	DESMONTE DE SALIDAS ELÉCTRICAS EXISTENTES HASTA 4 M DE CABLEADO (INCLUYE DESMONTE DE TUBERÍAS, CABLEADO Y APARATOS)	UN	390,00	$8.614,00	$3.359.460,00
1.2.42	DESMONTE DE CANALETA METÁLICA TROQUELADA	M	41,40	$8.901,00	$368.501,40
1.2.43	DESMONTE DE TABLERO ELECTRICO	UN	2,00	$147.375,00	$294.750,00
1.2.44	DESMONTE DE LAMPARAS (INCLUYE ANDAMIOS CERTIFICADOS)	UN	317,00	$5.050,00	$1.600.850,00
1.2.45	DESMONTE DE RED ELECTRICA (INCLUYE CARGUE Y RETIRO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN A SITIOS AUTORIZADOS Y ANDAMIOS AUTORIZADOS)	M	87,58	$7.203,00	$630.838,74
1.2.46	DESMONTE Y REINSTALACIÓN DE TUBERIA DE RED ELECTRICA EMT (INCLUYE ANDAMIOS CERTIFICADOS)	M	110,09	$21.189,00	$2.332.697,01
1.2.47	DESMONTE Y REINSTALACIÓN DE TUBERÍA DE RED ELÉCTRICA PVC (INCLUYE ANDAMIOS CERTIFICADOS)	M	4,92	$16.950,00	$83.394,00
1.2.48	DESMONTE Y MONTAJE DE CABLE UTP Y SALIDAS DE VOZ Y DATOS EXISTENTES (INCLUYE ANDAMIOS CERTIFICADOS)	M	4,92	$5.657,00	$27.832,44
1.2.5	DEMOLICIÓN DE PLACA DE ENTREPISO ALIGERADA O MACIZA E= 0.20 M EXISTENTE, EN CONCRETO REFORZADO, (INCLUYE CARGUE Y RETIRO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN A SITIOS AUTORIZADOS)	M2	4,00	$57.003,00	$228.012,00
1.2.50	DESMONTE CANCHA MULTIPLE (INCLUYE CARGUE Y RETIRO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN A SITIOS AUTORIZADOS)	UN	3,00	$254.834,00	$764.502,00
1.2.51	DESMONTE DE MUEBLES EXISTENTES ALTOS Y BAJOS, DE CLOSETS O GABINETES EN MADERA Y/O METÁLICOS, (INCLUYE CARGUE Y RETIRO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN A SITIOS AUTORIZADOS)	M2	111,07	$16.847,00	$1.871.196,29

ESTADO DE AVANCE MENSUAL DE OBRA FEBRERO - SEPTIEMBRE 2023

ITEM	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	CANT TOTAL	VR. UNITARIO	VR TOTAL EN OBRA
1	DEMOLICIÓN DE VIVIENDAS				
1.2.52	RETIRO DE MANTO DE ALUMINIO SOBRE CUBIERTAS, (INCLUYE CARGUE Y RETIRO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN A SITIOS AUTORIZADOS)	M2	764,00	$20.942,00	$15.999.688,00
1.2.6	DEMOLICION PLACA MACIZA H = 0.10 (INCLUYE CARGUE Y RETIRO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN A SITIOS AUTORIZADOS)	M2	1229,84	$41.589,00	$51.147.815,76
1.2.7	DEMOLICION PLACA MACIZA H = 0.15 M (INCLUYE CARGUE Y RETIRO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN A SITIOS AUTORIZADOS)	M2	436,14	$55.738,00	$24.309.571,32
1.2.8	DEMOLICION PLACA MACIZA H = 0.30 M (INCLUYE CARGUE Y RETIRO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN A SITIOS AUTORIZADOS)	M2	7,90	$88.051,00	$695.602,90
1.2.9	DEMOLICION MURO EN GAVION EXISTENTE	M3	11,36	$125.024,00	$1.420.272,64
1.3.1	MANTENIMIENTO DE CUBIERTA TERMO ACÚSTICA O TIPO SÁNDWICH, INCLUYE CAMBIO DE TORNILLOS EN MAL ESTADO, LIMPIEZA Y SELLO DE GOTERAS Y ANDAMIOS CERTIFICADOS	M2	10,00	$47.528,00	$475.280,00
1.3.2	DIAGNOSTICO Y MANTENIMIENTO MENOR DE CUBIERTA (INCLUYE REVISION DE AMARRES, FIJACION DE FLANCHES, FISURAS EN TEJAS Y ANDAMIOS CERTIFICADOS). NO INCLIUYE CAMBIO DE TEJAS	M2	80,00	$13.955,00	$1.116.400,00
1.3.3	MANTENIMIENTO CERRAMIENTO METÁLICO. (INCLUYE SOLDADURAS Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS EN MAL ESTADO; NO INCLUYE PINTURA)	M2	7,82	$50.153,00	$392.196,46
1.3.6	CORTE, MANTENIMIENTO Y PINTURA DE PUERTAS METALICAS EN LAMINA COLDROLLED 0.90 X 2.10 M INCLUYE DESMONTE, TRASLADO, ACOPIO, CORTE, SOLDADURA DE PLATINAS, PINTURA Y REINSTALACIÓN	UN	28,00	$143.398,00	$4.015.144,00
1.3.7	MANTENIMIENTO TAPAS Y MARCOS (DESDE 0.60 M X 0.60M HASTA 1.00 X 1.00 M) PARA CAJAS DE INSPECCION EXISTENTES. INCLUYE PULIDA Y RETIRO DE OXIDO, DEMOLICIÓN DE CONCRETO, APLICACIÓN DE ANTICORROSIVO, ESMALTE Y FUNDIDA EN CONCRETO 2500 PSI	UN	4,00	$95.707,00	$382.828,00
1.3.9	MANTENIMIENTO DE TABLERO DE CIRCUITOS EXISTENTES INCLUYE LIMPIEZA DE TABLERO, ORGANIZACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE CIRCUITOS, CAMBIO DE APARATOS.	UN	2,00	$386.684,00	$773.368,00
1.4.1	PERFORACION REGATAS EN MUROS, PISOS Y/O CIELO RASO, ANCHO <= 15 CM, PROFUNDIDAD <= 10 CM. (INCLUYE CORTE CON PULIDORA, ANDAMIO CERTIFICADO, CARGUE Y RETIRO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN A SITIOS AUTORIZADOS, TRANSPORTE, RESANE Y ACABADO DE LA SUPERFICIE AFECTADA)	M	428,22	$13.295,00	$5.693.184,90
1.4.10	LIMPIEZA DE CANALES Y BAJANTES	M	203,00	$4.183,00	$849.149,00
1.4.2	CORTE Y REGATAS EN CONCRETO PARA INSTALACION TUBERIA	M	69,53	$12.139,00	$844.024,67
1.4.3	CORTE EN CONCRETO CON PULIDORA, ESPESOR DE 3 MM, PROFUNDIDAD DE 2 A 3 CM (INCLUYE CARGUE Y RETIRO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN A SITIOS AUTORIZADOS)	M	753,59	$13.991,00	$10.543.477,69
1.4.5	PICADO DE MEMBRANA Y PLACA EN TERRAZAS, PARA MEJORAMIENTO DE ADHERENCIA CON EL PENDIENTADO NUEVO	M2	140,59	$10.050,00	$1.412.929,50
1.4.6	PICADO DE MUROS DE MAMPOSTERÍA. (INCLUYE CARGUE Y RETIRO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN A SITIOS AUTORIZADOS)	M2	2538,01	$11.119,00	$28.220.133,19
1.4.7	TRASIEGO CARRETILLA UNICAMENTE PARA PROYECTOS ESPECIALES AVALADOS POR LA INTERVENTORIA A UNA DISTANCIA DE 0 - 100 M.	M3	423,26	$24.097,00	$10.199.296,22
11.1.1	SUMINISTRO E INSTALACIÓN LAVAMANOS DE INCRUSTAR COLOR BLANCO, (INCLUYE VÁLVULA DE CONTROL, SIFÓN COMPLETO TIPO BOTELLA Y GRIFERÍA TIPO PUSH)	UN	3,00	$643.799,00	$1.931.397,00
11.1.10	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE SANITARIO DE TANQUE MOVILIDAD REDUCIDA (NO INCLUYE ACCESORIOS)	UN	1,00	$776.124,00	$776.124,00
11.1.12	SUMINISTRO E INSTALACION LAVAMANOS, INCLUYE LOS ACCESORIOS	UN	3,00	$368.021,00	$1.104.063,00
11.1.18	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE GRIFERÍA DE LAVAMANOS (INCLUYE GRIFERÍA TIPO PUSH, ACOPLE Y SIFÓN)	UN	73,00	$314.931,00	$22.989.963,00
11.1.2	SUMINISTRO E INSTALACIÓN LAVAMANOS DE PEDESTAL COLOR BLANCO, (INCLUYE VÁLVULA DE CONTROL, SIFÓN COMPLETO TIPO BOTELLA, GRIFERÍA TIPO PUSH Y SELLANTE)	UN	2,00	$571.740,00	$1.143.480,00
11.1.23	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE TAPA REGISTRO DE 20 X 20 PLASTICA	UN	10,00	$30.416,00	$304.160,00
11.1.27	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE REJILLA CON SOSCO DE 4" A 3"	UN	15,00	$24.930,00	$373.950,00
11.1.5	SUMINISTRO E INSTALACIÓN SANITARIO LÍNEA ADULTO COLOR BLANCO, (INCLUYE VÁLVULA DE CONTROL Y DESCARGA TIPO PUSH, BRIDA DE 4" Y SELLANTE)	UN	20,00	$876.642,00	$17.532.840,00
11.1.6	SUMINISTRO E INSTALACION DE SANITARIO, INCLUYE LOS ACCESORIOS	UN	53,00	$815.320,00	$43.211.960,00
11.1.8	SUMINISTRO E INSTALACIÓN ORINAL LÍNEA ADULTO COLOR BLANCO, (INCLUYE GRIFERÍA TIPO PUSH)	UN	18,00	$691.694,00	$12.450.492,00
12.1.13	SUMINISTRO E INSTALACIÓN BARRA ABATIBLE A MURO EN ACERO INOXIDABLE - MOVILIDAD REDUCIDA	UN	1,00	$572.872,00	$572.872,00
12.1.15	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE BARRA DE SEGURIDAD DE 18" FIJA	UN	1,00	$191.083,00	$191.083,00
12.1.2	SUMINISTRO E INSTALACION DE MESA DE TRABAJO, LÍNEA MODULAR MUEBLE EN CERO INOX CON ENTREPAÑO EN ACERO INOX. CON SALPICADERO DE 10 CM PATAS EN TUBO DE ACERO INOX CON NIVELADOR EN ACERO INOX. INCLUYE INSTALACIÓN.	UN	1,00	$1.458.531,00	$1.458.531,00
12.1.28	CERRAMIENTO PERIMETRAL EN MALLA PREONDULADA CALIBRE 10 HUECO 2", ÁNGULO 1" X 1/8" PISA MALLA EN ÁNGULO DE 3/4" X 1/4", PARALES DE 2 1/2" X 2 1/2" EN 3MM CON SUJETADORES DE VARILLA DE 5/8".	M2	192,21	$345.589,00	$66.425.661,69
12.1.29	PASAMANOS TUBO REDONDO NEGRO DE 1-1/2"	M	33,65	$137.627,00	$4.631.148,55
12.1.38	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DIVISIÓN DE BAÑO EN ACERO INOXIDABLE CALIBRE 20 PARA ORINAL	UN	17,00	$909.300,00	$15.458.100,00
12.1.8	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DIVISIÓN PUERTAS Y PANELES EN ACERO CALIBRE 20, DIVISIONES PARA BAÑO INSTITUCIONAL, REF. 304 ANTIÁCIDO, ENTAMBORADAS	M2	209,77	$1.070.819,00	$224.625.701,63
13.1.1	PAÑETE MURO 1:4, INCLUYE FILOS Y DILATACIONES (INCLUYE ANDAMIO CERTIFICADO)	M2	1633,98	$33.514,00	$54.761.205,72
13.1.10	ESTUCO SOBRE PAÑETE (INCLUYE ANDAMIOS CERTIFICADOS)	M2	15,27	$9.173,00	$140.071,71
13.1.11	ESTUCO FILOS SOBRE PAÑETE (INCLUYE ANDAMIOS CERTIFICADOS) INFERIORES A ,60CM	M	16,60	$5.468,00	$90.768,80
13.1.12	PAÑETE MURO 1:4 INCLUYE FILOS Y DILATACIONES (A=0.6 M) (INCLUYE ANDAMIOS CERTIFICADOS)	M	368,29	$19.688,00	$7.250.893,52
13.1.2	PAÑETE LISO SOBRE MURO 1:4 E = 20 A 50 CM	M	584,81	$15.287,00	$8.939.990,47
13.1.3	PAÑETE MURO 1:4 IMPERMEABILIZADO, INCLUYE FILOS Y DILATACIONES (INCLUYE ANDAMIO CERTIFICADO)	M2	902,13	$47.070,00	$42.463.259,10
13.1.4	PAÑETE LISO BAJO PLACA 1:4 (INCLUYE ANDAMIO CERTIFICADO)	M2	76,65	$33.656,00	$2.579.732,40
13.1.6	PAÑETE MURO 1:3 IMPERMEABILIZADO, INCLUYE FILOS Y DILATACIONES (INCLUYE ANDAMIO CERTIFICADO)	M2	1578,90	$49.415,00	$78.021.343,50
13.1.7	PAÑETE LISO EN MORTERO 1:4 BAJO PLACA DE ENTREPISO. (INCLUYE ESTUCO PLÁSTICO Y ANDAMIOS CERTIFICADOS)	M2	162,59	$41.619,00	$6.766.833,21
13.1.9	ESTUCO IMPERMEABILIZADO SOBRE PAÑETE (INCLUYE ANDAMIOS CERTIFICADOS)	M2	268,39	$10.853,00	$2.912.836,67

ESTADO DE AVANCE MENSUAL DE OBRA FEBRERO - SEPTIEMBRE 2023

ITEM	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	CANT TOTAL	VR. UNITARIO	VR TOTAL EN OBRA
1	DEMOLICIÓN DE VIVIENDAS				
13.2.1	VINILO TIPO 1 A TRES MANOS (INCLUYE ANDAMIOS CERTIFICADOS)	M2	217,86	$17.731,00	$3.862.875,66
13.2.2	PINTURA VINILO SOBRE MUROS INTERIORES 3 MANOS - (HASTA 60 CM)	M	46,80	$12.362,00	$578.541,60
13.2.3	PINTURA EPOXICA A 3 MANOS, INCLUYE ANDAMIO CERTIFICADO	M2	113,15	$27.495,00	$3.111.059,25
13.2.4	PINTURA TIPO KORASA O SIMILAR PARA FACHADA A 2 MANOS (INCLUYE ANDAMIOS CERTIFICADOS)	M2	1138,78	$20.116,00	$22.907.698,48
13.2.5	PINTURA TIPO KORASA O SIMILAR PARA FACHADA A DOS MANOS (A = 0.6 M) (INCLUYE ANDAMIOS CERTIFICADOS)	M	288,56	$13.513,00	$3.899.311,28
13.2.8	PINTURA EN ESMALTE (DOS MANOS) (INCLUYE ANDAMIOS CERTIFICADOS)	M2	4995,21	$29.038,00	$145.050.907,98
13.2.9	PINTURA EN ESMALTE (DOS MANOS) (A = 0.6 M) (INCLUYE ANDAMIOS CERTIFICADOS)	M	282,22	$12.052,00	$3.401.315,44
13.4.1	ESMALTE SOBRE PUERTAS Y MARCOS METÁLICAS DOS CARAS	M2	3,66	$21.992,00	$80.490,72
13.4.2	ESMALTE SOBRE VENTANERÍA Y REJAS DE SEGURIDAD METÁLICA	M2	20,31	$19.625,00	$398.583,75
13.4.3	ESMALTE SOBRE CERCHAS, PUENTE Y ESTRUCTURA METÁLICA DE CUBIERTA (INCLUYE ANDAMIOS CERTIFICADOS)	M	5831,10	$23.831,00	$138.960.944,10
14.1.1	CIELO RASO BLANCO PVC SISTEMA 200GS COLOR BLANCO (INCLUYE SUMINISTRO E INSTALACION, ACCESORIOS, INSTALACIÓN DE LÁMPARA, SOPORTES ETC.) ESPESOR (7 MM - 10 MM) (INCLUYE ANDAMIOS CERTIFICADOS)	M2	76,93	$109.324,00	$8.410.295,32
14.1.2	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE CIELO RASO FALSO EN PANEL SUPERBOARD DE 6 MM - INCLUYE ESTRUCTURA METÁLICA MASILLA Y ANDAMIOS CERTIFICADOS	M2	291,32	$148.567,00	$43.280.538,44
14.1.4	SUMINISTRO E INSTALACIÓN TAPALUCES DE CUBIERTA EN LÁMINA DE SUPERBOARD 6 MM UNA CARA. INCLUYE ESTRUCTURA METÁLICA DE SOPORTE Y ANDAMIO CERTIFICADO	M	518,42	$56.645,00	$29.365.900,90
14.1.6	CIELO RASO PLANO EN DRYWALL - UNA CARA, PARA TAPONAMIENTO DE LUCES EN AREA DE ESTRUCTURA DE CUBIERTA - (ALTURA HASTA 60 CM)	M	1,20	$63.761,00	$76.513,20
15.1.2	SUMINISTRO E INSTALACIÓN CERRADURA DE SOBREPONER	UN	1,00	$183.168,00	$183.168,00
15.1.3	SUMINISTRO E INSTALACIÓN CERRADURA AUXILIAR DE SEGUIRIDAD	UN	3,00	$187.225,00	$561.675,00
15.2.1	SUMINISTRO E INSTALACIÓN ESPEJOS BISELADOS 1.5 DE E =4 MM	M2	3,81	$80.404,00	$306.339,24
15.2.11	INSTALACIÓN DE VIDRIO LAMINADO 3 + 3 DIMENSIONES 1.00 M. X 1.00 M.	M2	2,76	$117.570,00	$324.493,20
15.2.3	SUMINISTRO E INSTALACIÓN VIDRIOS INCOLOROS DE 4 MM CON PELÍCULA DE SEGURIDAD EN AMBAS CARAS	M2	27,28	$78.367,00	$2.137.851,76
15.2.9	SUMINISTRO E INSTALACIÓN VINILO ADHESIVO TIPO SANBLASTING CORTADO EN PLOTTER INSTALADO	M2	39,43	$109.991,00	$4.336.945,13
16.1.2	ANDEN EN CONCRETO 2500 PSI, H=0,10 M, FUNDIDO EN SITIO, INCLUYE BORDILLO.	M2	38,25	$105.127,00	$4.021.107,75
16.1.8	MINI CANCHA MÚLTIPLE DE 15 X 9 M PAVIMENTO ASFALTICO MD 10 60-70 EN OBRA	M2	1068,03	$177.054,00	$189.098.983,62
17.1.1	FLANCHE EN LÁMINA GALVANIZADA CALIBRE 26 DESARROLLO 25 CM INCLUYE ANDAMIO CERTIFICADO	M	187,73	$46.601,00	$8.748.405,73
17.1.16	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE CUBIERTA EN TEJA TERMOACUSTICA UPVC 2MM BLANCO TIPO ECOROOF O SIMILAR (INCLUIDO ESTRUCTURA DE REFUERZOS SI REQUIERE, ACCESORIOS DE INSTALACIÓN, ANDAMIO CERTIFICADO , HERRAMIENTAS Y EQUIPOS)	M2	875,52	$181.142,00	$158.593.443,84
17.1.17	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE TEJA TRASLUCIDA OPAL PC 37 TIPO ECOROOF O SIMILAR	M2	369,07	$74.730,00	$27.580.601,10
17.1.18	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE CABALLETE PARA TEJA TIPO ECOROOF O SIMILAR DIMENSIÒN: LONGITUD ENTRE 1,07 Y 1,13	M	38,62	$91.671,00	$3.540.334,02
17.1.2	FLANCHE EN LÁMINA GALVANIZADA CALIBRE 20 DESARROLLO 0.25 INCLUYE ANDAMIO CERTIFICADO	M	84,41	$51.252,00	$4.326.181,32
17.1.21	IMPERMEABILIZACIÓN INTERNA PARA TANQUE DE AGUA POTABLE, CON MORTERO DE REVESTIMIENTO CON BASE DE CEMENTO, MODIFICADO CON POLIMEROS, DE UN SOLO COMPONENTE, PARA APLICACIONES DE BAJO ESPESOR.	M2	1,00	$52.793,00	$52.793,00
17.1.22	TRATAMIENTO DE FISURAS MEDIANTE UN SELLADOR ELASTOMERICO MONOCOMPONENTE A BASE DE POLIURETANO (INCLUYE IMPRIMANTE DE ALTA ADHERENCIA CON EL CONCRETO EXISTENTE)	M	101,96	$29.970,00	$3.055.741,20
17.1.24	LAMINA POLICARBONATO CON PROTECCIÓN UV, CALIBRE 8 MM, TRASLÚCIDO BLANCO INCLUYE SUMINISTRO E INSTALACIÓN, ASÍ COMO LOS ACCESORIOS NECESARIOS PARA SU CORRECTA INSTALACIÓN	M2	117,05	$208.001,00	$24.346.517,05
17.1.26	TEJA TRASLUCIDA EN FIBRA ACOPLADA A CUBIERTA TIPO SANDWICH (INCLUYE SUMINISTRO E INSTALACIÓN Y ANDAMIO CERTIFICADO)	M	49,20	$143.299,00	$7.050.310,80
17.1.29	SUMINISTRO E INSTALACION DE CUBIERTA MODULAR TIPO SANDWICH (ANCHO = 300 A 400 mm.) CON AISLANTE DE FIBRA DE VIDRIO, POLIURETANO CON UN ESPESOR ENTRE 30 mm.y 40 mm. ó LANA MINERAL DE ROCA ENTRE 25 A 50 mm. - SEGUN REQUERIMIENTO DE OBRA - PANEL METALICO INFERIOR Y SUPERIOR EN ALUZINC CALIBRE 26 PINTADOS DOS (2) CARAS CON PINTURA POLIESTER LIBRE DE ACEITES - FIJACION CON CLIPS INVISIBLES EN LAMINA GALVANIZADA CALIBRE 22 (INCLUYE TAPAS DE BORDE DE CUBIERTA Y LOS ACCESORIOS NECESARIOS PARA SU CORRECTA INSTALACION Y FUNCIONAMIENTO. SE PAGARA SEUN LOS METROS CUADRADOS REALMENTE INSTALADOS).	M2	2044,77	$249.672,00	$510.521.815,44
17.1.3	FLANCHE LAMINA GALVANIZADA CL. 20 - DESARROLLO 80 CM INCLUYE ANDAMIO CERTIFICADO	M	22,40	$93.790,00	$2.100.896,00
17.1.30	SUMINISTRO E INSTALACION DE CABALLETES PARA CUBIERTA MODULAR TIPO SANDWICH	M	22,50	$104.344,00	$2.347.740,00
17.1.32	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE MANTO ASFÁLTICO CON FOIL DE ALUMINIO.	M2	212,43	$54.645,00	$11.608.237,35
17.1.33	SUMINISTRO E INSTALACION DE EMULSION ASFALTICA O SIMILAR	M2	2165,59	$13.293,00	$28.787.187,87
17.1.35	SUMINISTRO E INSTALACION DE CINTA WATHER STOP CANTIDAD ESTIMADA 90 M	M	115,65	$29.634,00	$3.427.172,10
17.1.4	CANAL DE ALTA CAPACIDAD, INCLUYE ACCESORIOS (INCLUYE ANDAMIOS CERTIFICADOS)	M	44,80	$68.982,00	$3.090.393,60
17.1.44	SEI DE VIGA CANAL GALVANIZADA (INCLUYE LOS ACCESORIOS NECESARIOS PARA SU CORRECTA INSTALACION Y FUNCIONAMIENTO. SE PAGARÁ SEGUN LOS METROS LINEALES REALMENTE INSTALADOS). Ds = 100 CM - CAL 20	M	110,17	$122.570,00	$13.503.536,90
17.1.45	INSTALACIÓN DE PLATINA DE 2"X1/8" SOBRE CORREAS PARA FIJACIÓN DE TEJA TERMOACUSTICA	M	174,00	$20.651,00	$3.593.274,00
17.1.46	INSTALACIÓN DE CANAL EXISTENTE, INCLUYEN SOPORTES METÁLICOS, ANCLAJES Y DEMÁS TEMAS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO.	M	1,00	$67.681,00	$67.681,00
17.1.48	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE IMPERMEABILIZANTE PARA CUBIERTAS Y TERRAZAS CON TECNOLOGÍA DFX Y FIBRAS 3 MANOS.	M2	28,14	$30.553,00	$859.761,42
17.1.5	BAJANTE EN PVC BLANCO (INCLUYE ANDAMIOS CERTIFICADOS)	M	54,53	$63.518,00	$3.463.636,54

ESTADO DE AVANCE MENSUAL DE OBRA FEBRERO - SEPTIEMBRE 2023

ITEM	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	CANT TOTAL	VR. UNITARIO	VR TOTAL EN OBRA
1	DEMOLICIÓN DE VIVIENDAS				
17.1.7	MANTO ASFALTICO IMPERMEABILIZANTE (IMPERMEABILIZACIÓN Y REPARACIÓN DE HUMEDAD)	M2	814,10	$58.058,00	$47.265.017,80
2.1.1	EXCAVACIÓN MANUAL EN MATERIAL COMÚN, (INCLUYE CARGUE Y RETIRO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN A SITIOS AUTORIZADOS)	M3	365,36	$75.122,00	$27.446.573,92
2.1.10	SUMINISTRO E INSTALACION DE SUBBASE GRANULAR B-400 (SUMINISTRO, EXTENDIDO, NIVELACIÓN, HUMEDECIMIENTO Y COMPACTACIÓN).	M3	12,33	$182.488,00	$2.250.077,04
2.1.13	BASE GRANULAR CLASE C (BG_C) CON RECICLADO (SUMINISTRO, EXTENDIDO, NIVELACIÓN, HUMEDECIMIENTO Y COMPACTACIÓN CON VIBROCOMPACTADOR)	M3	385,02	$235.772,00	$90.776.935,44
2.1.14	SUMINISTRO E INSTALACION DE RAJON DE 20 CM	M3	3,17	$66.725,00	$211.518,25
2.1.3	EXCAVACIÓN MANUAL EN RECEBO COMPACTADO, (INCLUYE CARGUE Y RETIRO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN A SITIOS AUTORIZADOS)	M3	84,80	$103.834,00	$8.805.123,20
2.1.4	EXCAVACIÓN MECÁNICA (INCLUYE CARGUE Y RETIRO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN A SITIOS AUTORIZADOS)	M3	320,41	$63.253,00	$20.266.893,73
2.1.5	EXCAVACIONES EN ZANJAS PARA INSTALACIÓN DE TUBERÍAS, ANCHO<= 1.00 M PROFUNDIDAD <= 1.20 M (INCLUYE CARGUE Y RETIRO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN A SITIOS AUTORIZADOS)	M	170,77	$47.538,00	$8.118.064,26
2.1.7	RELLENO CON MATERIAL SELECCIONADO	M3	53,98	$17.227,00	$929.913,46
2.1.8	RELLENO EN RECEBO COMUN COMPACTADO	M3	67,74	$95.735,00	$6.485.088,90
2.1.9	RELLENO SUBBASE GRANULAR B-200 (SUMINISTRO, EXTENDIDO, NIVELACIÓN, HUMEDECIMIENTO Y COMPACTACIÓN).	M3	195,37	$166.881,00	$32.603.540,97
2.2.1	CONCRETO CICLÓPEO - 40 % DE CONCRETO F´C = 3000 PSI CONCRETOS PARA CIMENTACIÓN	M3	13,20	$381.594,00	$5.037.040,80
2.2.10	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE VIGA CINTA DE CONFINAMIENTO 12 X 20 CM EN CONCRETO DE 3000PSI. NO INCLUYE REFUERZO	M	82,07	$92.085,00	$7.557.415,95
2.2.12	VIGUETA EN CONCRETO DE 3000 PSI. DIMENSIONES 20X15CM. NO INCLUYE REFUERZO	M	14,77	$87.891,00	$1.298.150,07
2.2.13	COLUMNETAS Y VIGUETAS EN CONCRETO DE 3000 PSI DE 20 X 15 CM (INCLUYE FORMALETA, NO INCLUYE ACERO)	M	75,21	$65.195,00	$4.903.315,95
2.2.14	COLUMNETAS DE CONFINAMIENTO EN CONCRETO DE 3000 PSI DE 10 X 12 CM (NO INCLUYE ACERO)	M	29,29	$46.685,00	$1.367.403,65
2.2.15	COLUMNETA EN CONCRETO 3000 PSI DE 15 X 15CM (NO INCLUYE ACERO)	M	15,00	$63.204,00	$948.060,00
2.2.16	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE COLUMNA DE CONFINAMIENTO 20 X 15 CM. EN CONCRETO DE 3000 PSI NO INCLUYE REFUERZO	M	85,48	$103.871,00	$8.878.893,08
2.2.17	ESCALERA MACIZA EN CONCRETO 3000 PSI (INCLUYE FORMALETA, VIBRADO, CURADO Y DESMOLDEANTE. NO INCLUYE ACERO)	M3	3,52	$1.169.151,00	$4.115.411,52
2.2.2	CONCRETO CORRIENTE GRAVA COMÚN 3000 PSI MEZCLADO EN SITIO (NO INCLUYE ACERO)	M3	1,35	$533.407,00	$720.099,45
2.2.21	RAMPA EN CONCRETO 3000 PSI E = 0.15 M (INCLUYE FORMALETA, INSTALACIÓN Y TODO LO REQUERIDO PARA SU CORRECTA EJECUCIÓN Y RECIBO A SATISFACCIÓN NO INLUYE REFUERZO).	M2	61,62	$147.733,00	$9.103.307,46
2.2.24	PLACA CONTRAPISO DE 10 CM - CONCRETO 3000 PSI. INCLUYE CORTE Y DILATACION	M2	1093,64	$88.610,00	$96.907.440,40
2.2.25	PLACA CONTRAPISO DE 12 CM - CONCRETO 3000 PSI. INCLUYE CORTE Y DILATACION	M2	636,00	$106.851,00	$67.957.236,00
2.2.26	PLACA CONTRAPISO DE 15 CM - CONCRETO 3000 PSI. INCLUYE CORTE Y DILATACION (NO INCLUYE ACERO)	M2	137,32	$123.091,00	$16.902.856,12
2.2.30	PEDESTALES EN CONCRETO 3000 PSI (INCLUYE FORMALETA, VIBRADO Y DESMOLDANTE. NO INCLUYE ACERO).	M3	0,09	$995.283,00	$89.575,47
2.2.31	PUENTE DE ADHERENCIA CON ADHESIVO EPÓXICO DE DOS COMPONENTES DE CONCRETO FRESCO A ENDURECIDO – INCLUYE ESCARIFICADO DE SUPERFICIE	M2	2,86	$92.856,00	$265.568,16
2.2.36	RECALCE DE ESCALERAS ESPESOR PROMEDIO 0.07 M, CONCRETO 3500 PSI (INCLUYE MALLA ELECTROSOLDADA).	M	7,82	$90.134,00	$704.847,88
2.2.4	ZAPATA EN CONCRETO 3000 PSI (INCLUYE FORMALETA, VIBRADO. NO INCLUYE ACERO)	M3	4,58	$771.060,00	$3.531.454,80
2.2.6	VIGA DE AMARRE EN CONCRETO 3000 PSI DE 25 X 15 CM (NO INCLUYE ACERO)	M	56,89	$85.110,00	$4.841.907,90
2.2.8	VIGA 30 X 40 EN CONCRETO 3000 PSI (INCLUYE FORMALETA, VIBRADO, NO INCLUYE ACERO)	M	45,83	$204.028,00	$9.350.603,24
2.3.11	CUNETA TRAPEZOIDAL 3000 PSI RFZO. H:20 - B:30 - b:20 (INC. BASE EN RECEBO)	M	24,40	$108.627,00	$2.650.498,80
2.3.12	CUNETA EN CONCRETO DE 3.000 PSI, ANCHO 0M PROFUNDIDAD 0.30 M (NO INCLUYE REFUERZO)	M	46,60	$130.732,00	$6.092.111,20
2.3.14	ALFAJÍA EN CONCRETO 2500 PSI 0.25 X 0.10 (NO INCLUYE ACERO)	M	67,20	$57.112,00	$3.837.926,40
2.3.15	SUMINISTRO E INSTALACION SARDINEL PREFABRICADO EN CONCRETO, INCLUYE EXCAVACIÓN Y RECEBO (A-10 H=0.40 M)	M	24,00	$66.713,00	$1.601.112,00
2.3.2	MESÓN EN CONCRETO E = 0.10 M HASTA 0.6 M DE ANCHO ENCHAPADO EN GRANITO PULIDO.	M	2,08	$118.930,00	$247.374,40
2.3.20	PERFORACIÓN NÚCLEO 2" E = 0.10 M	UN	58,00	$51.624,00	$2.994.192,00
2.3.22	PERFORACIÓN NÚCLEO 4" E = 0.10 M	UN	43,00	$130.976,00	$5.631.968,00
2.3.6	CARCAMO EN CONCRETO 3000 PSI (INTERIOR 60 x 20 CM)	M	4,00	$229.553,00	$918.212,00
2.3.7	CÁRCAMO PREFABRICADO EN CONCRETO (25 X 40 CM) CON REJILLA PEATONAL.	M	6,50	$298.749,00	$1.941.868,50
2.4.1	SUMINISTRO E INSTALACION ACERO DE REFUERZO DE 60000 PSI	KG	2881,21	$8.323,00	$23.980.310,83
2.4.2	SUMINISTRO E INSTALACION MALLA ELECTRO SOLDADA 5 MM, DE 0.15 X 0.15 M	KG	2383,84	$9.118,00	$21.735.853,12
2.4.3	SUMINISTRO E INSTALACION MALLA ELECTRO SOLDADA 6 MM, DE 0.15 X 0.15 M	KG	2553,07	$9.118,00	$23.278.892,26
2.5.1	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE COLUMNETAS METÁLICAS DE 100 X 100 X 4 MM. ALTURA 2.50 M (INCLUYE ANCLAJES A PLACA EXISTENTE Y PLATINA DE ANCLAJE)	UN	21,62	$578.817,00	$12.514.023,54
2.5.2	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE ESTRUCTURA METÁLICA (APLICA PARA TODO TIPO DE ESTRUCTURA)	KG	55456,97	$16.204,00	$898.624.741,88
2.5.5	SUMINISTRO E INSTALACION DE PLATINA MAQUINADA DE 400 X 250 X 5 mm, (INCLUYEN CORTES, PERFORACIONES Y 4 ANCLAJES MECANICOS DE 5/8"x3-1/2") - INCLUYEN CARTELAS DE SOPORTE	UN	193,00	$207.360,00	$40.020.480,00
20.1.1	ASEO GENERAL FINAL Y LIMPIEZA	M2	2716,75	$7.689,00	$20.889.090,75

ESTADO DE AVANCE MENSUAL DE OBRA FEBRERO - SEPTIEMBRE 2023

ITEM	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	CANT TOTAL	VR. UNITARIO	VR TOTAL EN OBRA
1	DEMOLICIÓN DE VIVIENDAS				
20.1.2	DISPOSICIÓN FINAL TEJA EN ASBESTO	KG	20496,80	$1.893,00	$38.800.442,40
20.1.5	PROTECCIÓN PROVISIONAL DE ELEMENTOS Y SUPERFICIES EXISTENTES CON CARTÓN CORRUGADO, PLÁSTICO O SIMILAR. (INCLUYE RETIRO Y DISPOSICION).	M2	445,66	$6.331,00	$2.821.473,46
21.1.1	TALA DE ARBOLES CLASE I (H<5M) INCLUYE PROCESO DE APLICACIÓN DE INHIBIDOR DE CRECIMIENTO Y/O DESTOCONAMIENTO	UN	3,00	$325.900,00	$977.700,00
21.1.2	TALA DE ARBOLES CLASE II (5M<H<10M) INCLUYE PROCESO DE APLICACIÓN DE INHIBIDOR DE CRECIMIENTO Y/O DESTOCONAMIENTO	UN	9,00	$897.593,00	$8.078.337,00
21.1.3	TALA DE ARBOLES CLASE III (10M<H<20M) INCLUYE PROCESO DE APLICACIÓN DE INHIBIDOR DE CRECIMIENTO Y/O DESTOCONAMIENTO	UN	2,00	$897.593,00	$1.795.186,00
21.1.5	PODA DE ARBOLES CLASE II (5M<H<10M) INCLUYE EL RETIRO Y DISPOSICION FINAL DEL MATERIAL VEGETAL SOBRANTE.	UN	1,00	$395.393,00	$395.393,00
21.1.6	PODA DE ARBOLES CLASE III (10M<H<20M) INCLUYE EL RETIRO Y DISPOSICION FINAL DEL MATERIAL VEGETAL SOBRANTE.	UN	5,00	$681.989,00	$3.409.945,00
21.1.7	PODA DE CESPED.	M2	4298,09	$2.086,00	$8.965.815,74
21.1.8	PODA ENREDADERAS Y EUGENIAS.	M	94,00	$15.636,00	$1.469.784,00
3.1.1	MURO DIVISORIO BLOQUE ESTRIADO No 5	M2	110,15	$48.459,00	$5.337.758,85
3.1.15	PAÑETE LISO 1:3 SOBRE MUROS EN AREA DE CULATAS (HASTA 30 CM)	M	83,24	$17.020,00	$1.416.744,80
3.1.18	LAVADO Y PREPARACION DE SUPERFICIES A LA VISTA	M2	79,76	$12.754,00	$1.017.259,04
3.1.2	MURO DIVISORIO BLOQUE ESTRIADO No 4	M2	239,98	$44.660,00	$10.717.506,80
3.1.20	IMPERMEABILIZANTE DE PAREDES Y PISO CONM MORTERO MONO COMPONENTE FLEXIBLE E IMPERMEABLE A PRESIÓN DIRECTA E INDIRECTA PARA HORMIGÓN Y MAMPOSTERÍA. DOS MANOS. O SIMILAR	M2	8,68	$118.980,00	$1.032.746,40
3.1.22	REEMBOQUILLADO DE MURO EN LADRILLO A LA VISTA O ADOQUIN CON MORTERO 1:3 IMPERMEABILIZADO	M2	2589,09	$17.942,00	$46.453.452,78
3.1.3	MURO EN LADRILLO TOLETE LIVIANO RUGOSO	M2	5,60	$121.073,00	$678.008,80
3.1.4	MURO LADRILLO ESTRUCTURAL PORTANTE 30 X 12 CM INCLUYE CONCRETO FLUIDO DE 3000 PSI (NO INCLUYE ACERO)	M2	47,84	$116.368,00	$5.567.045,12
3.1.5	MURO BLOQUE HUECO No.4 (HASTA 30 CM)	M	120,50	$29.143,00	$3.511.731,50
3.1.6	MURO LADRILLO PRENSADO MACIZO	M2	9,66	$121.498,00	$1.173.670,68
3.1.8	MAMPOSTERÍA ESTRUCTURAL E = 0.15 M (A LA VISTA DOS CARAS)	M2	47,59	$141.230,00	$6.721.135,70
3.2.4	REMATE LINEAL CUBIERTA EN LADRILLO TOLETE (2 HILERAS)	M	26,73	$31.259,00	$835.553,07
3.2.5	ALFAJÍA EN LADRILLO MACIZO PRENSADO	M	5,80	$61.190,00	$354.902,00
3.3.1	ANCLAJES VARILLA 3/8" L=0.25M (INCLUYE PERFORACIÓN, PUENTE DE ADHERENCIA, INSTALACIÓN, Y TODO LO REQUERIDO PARA LA CORRECTA EJECUCIÓN Y RECIBO A SATISFACCIÓN)	UN	321,00	$13.185,00	$4.232.385,00
3.3.2	SUMINISTRO E INSTALACION ANCLAJE EPÓXICO 3/8" (INCLUYE PERFORACIÓN 10 A 15 CM Y EPÓXICO)	UN	387,00	$16.814,00	$6.507.018,00
3.3.3	ANCLAJES VARILLA 5/8" L=0.25M (INCLUYE PERFORACIÓN, PUENTE DE ADHERENCIA, INSTALACIÓN, Y TODO LO REQUERIDO PARA LA CORRECTA EJECUCIÓN Y RECIBO A SATISFACCIÓN)	UN	76,00	$22.495,00	$1.709.620,00
3.3.5	ANCLAJE PARA SUJECIÓN DE ELEMENTOS EN CONCRETO Y EPOXICO PARA Ø 1/2" - 10 cm. DE PROFUNDIDAD ESTÁNDAR (PERFORACIÓN - LIMPIEZA - EPÓXICO)	UN	441,00	$14.923,00	$6.581.043,00
3.3.6	DOVELAS MAMPOSTERIA ESTRUCTURAL, GROUTING 3000 PSI	M	14,00	$4.027,00	$56.378,00
3.3.7	JUNTA DE POLIESTIRENO EXPANDIDO AISLAMIENTO 1 CM	M2	24,49	$45.821,00	$1.122.156,29
4.1.24	SUMINISTRO E INSTALACION TUBERIA PVC ALCANTARILLADO 4" INCLUYE ACCESORIOS	M	40,03	$73.322,00	$2.935.079,66
4.10.1	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE FILTRO ZANJA DE 0.3 X 0.3 M INCLUYE GEOTEXTIL NT-2000, GRAVA 1" Y PASES PVC LONGITUD MAX 0.3 M CADA 3 M (INCLUYE CARGUE Y RETIRO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN A SITIOS AUTORIZADOS)	M	32,50	$93.929,00	$3.052.692,50
4.10.3	FILTRO FRANCES DE 0.40 X 0.60 M BAJO CIMENTACION DE EDIFICIOS Y MUROS DE CONTENCION	M	9,00	$120.257,00	$1.082.313,00
4.10.4	SUMINISTRO E INSTALACION INSTALACIÓN DE TUBERIA DE DRENAJE 4"	M	32,50	$164.705,00	$5.352.912,50
4.10.6	SUMINISTRO E INSTALACION DE GEOTEXTIL NT 2000	M2	325,60	$12.196,00	$3.971.017,60
4.10.8	SUMINISTRO E INSTALACIÓN GEOTEXTIL TEJIDO 2400	M2	196,82	$14.393,00	$2.832.830,26
4.11.19	SUMINISTRO E INSTALACION LLAVE MANGUERA 1/2"	UN	2,00	$68.277,00	$136.554,00
4.11.20	SONDEO DE UNIDADES SANITARIAS INCLUYE DESMONTE Y MONTAJE DE APARATOS	UN	4,00	$152.056,00	$608.224,00
4.11.21	SONDEO Y REVISIÓN DE DESAGUES	M	84,80	$3.809,00	$323.003,20
4.11.23	SUSPENSIÓN DE SALIDA HIDRÁULICA(INCLUYE CARGUE Y RETIRO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN A SITIOS AUTORIZADOS)	UN	34,00	$7.266,00	$247.044,00
4.11.34	SUMINISTRO E INSTALACIÓN VÁLVULA DE BOLA 2" CIERRE RÁPIDO ROSCADA	UN	1,00	$225.478,00	$225.478,00
4.11.43	SUMINISTRO E INSTALACIÓN SOPORTE TIPO PERA 3" METÁLICA, INCLUYE ANDAMIOS CERTIFICADOS	UN	12,00	$10.739,00	$128.868,00
4.11.47	SUMINISTRO, TRANSPORTE E INSTALACIÓN DE SOPORTE TIPO PERA 4". METÁLICA, INCLUYE ANDAMIOS CERTIFICADOS	UN	4,00	$17.273,00	$69.092,00
4.11.8	SUMINISTRO E INSTALACION DE TANQUE ALMACENAMIENTO DE 2000 LTS	UN	4,00	$1.387.430,00	$5.549.720,00
4.2.1	SUMINISTRO E INSTALACION TUBERIA PVC-S 6" INCLUYE ACCESORIOS	M	0,70	$123.773,00	$86.641,10
4.2.10	SUMINISTRO E INSTALACIÓN ACCESORIOS PVC-S 1-1/2"	UN	1,00	$11.521,00	$11.521,00
4.2.11	SUMINISTRO E INSTALACION TUBERIA PVCL 4" INCLUYE ACCESORIOS	M	1,40	$61.914,00	$86.679,60

ESTADO DE AVANCE MENSUAL DE OBRA FEBRERO - SEPTIEMBRE 2023

ITEM	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	CANT TOTAL	VR. UNITARIO	VR TOTAL EN OBRA
1	DEMOLICIÓN DE VIVIENDAS				
4.2.12	SUMINISTRO E INSTALACION TUBERIA PVCL 3" INCLUYE ACCESORIOS	M	32,75	$50.956,00	$1.668.809,00
4.2.13	SUMINISTRO E INSTALACION TUBERIA PVCL 2" INCLUYE ACCESORIOS	M	21,55	$31.190,00	$672.144,50
4.2.15	SUMINISTRO E INSTALACION SIFON DE PISO 3" INCLUYE ACCESORIOS	UN	22,00	$98.926,00	$2.176.372,00
4.2.16	SUMINISTRO E INSTALACION SIFON DE PISO 2" INCLUYE ACCESORIOS	UN	13,00	$69.430,00	$902.590,00
4.2.2	SUMINISTRO E INSTALACION ACCESORIOS PVCS 6"	UN	6,00	$151.420,00	$908.520,00
4.2.3	SUMINISTRO E INSTALACION TUBERIA PVCS 4" INCLUYE ACCESORIOS	M	233,63	$68.639,00	$16.036.129,57
4.2.4	SUMINISTRO E INSTALACIÓN ACCESORIOS PVC-S 4"	UN	201,00	$34.900,00	$7.014.900,00
4.2.5	SUMINISTRO E INSTALACION TUBERIA PVCS 3" INCLUYE ACCESORIOS	M	114,81	$63.540,00	$7.295.027,40
4.2.6	SUMINISTRO E INSTALACIÓN ACCESORIOS PVC-S 3"	UN	79,00	$23.130,00	$1.827.270,00
4.2.7	SUMINISTRO E INSTALACION TUBERIA PVCS 2" INCLUYE ACCESORIOS	M	255,75	$36.988,00	$9.459.681,00
4.2.8	SUMINISTRO E INSTALACIÓN ACCESORIOS PVC-S 2"	UN	281,00	$17.686,00	$4.969.766,00
4.2.9	SUMINISTRO E INSTALACION TUBERIA PVCS 1-1/2" INCLUYE ACCESORIOS	M	0,55	$30.779,00	$16.928,45
4.3.10	SUMINISTRO E INSTALACION ACCESORIO PVCP DE 1-1/2 "	UN	11,00	$15.770,00	$173.470,00
4.3.11	SUMINISTRO E INSTALACION TUBERIA PVCP RDE 21 DE 1-1/4" INCLUYE ACCESORIOS	M	65,42	$18.435,00	$1.206.017,70
4.3.12	SUMINISTRO E INSTALACION ACCESORIO PVCP DE 1-1/4 "	UN	71,00	$11.465,00	$814.015,00
4.3.13	SUMINISTRO E INSTALACION TUBERIA PVCP RDE 21 DE 1" INCLUYE ACCESORIOS	M	92,63	$16.515,00	$1.529.784,45
4.3.14	SUMINISTRO E INSTALACION ACCESORIO PVCP DE 1"	UN	15,00	$7.839,00	$117.585,00
4.3.15	SUMINISTRO E INSTALACION TUBERIA PVCP RDE 11 DE 3/4" INCLUYE ACCESORIOS	M	215,59	$14.617,00	$3.151.279,03
4.3.16	SUMINISTRO E INSTALACION ACCESORIO PVCP DE 3/4'	UN	151,00	$5.428,00	$819.628,00
4.3.17	SUMINISTRO E INSTALACION TUBERIA PVCP RDE 9 DE 1/2" INCLUYE ACCESORIOS	M	143,89	$12.147,00	$1.747.831,83
4.3.18	SUMINISTRO E INSTALACION ACCESORIO PVCP DE 1/2"	UN	293,00	$4.362,00	$1.278.066,00
4.3.34	SUMINISTRO E INSTALACION ACCESORIO GALVANIZADO 1/2"	UN	154,00	$10.095,00	$1.554.630,00
4.3.4	SUMINISTRO E INSTALACION ACCESORIO PVCP DE 3"	UN	2,00	$70.026,00	$140.052,00
4.3.7	SUMINISTRO E INSTALACION TUBERIA PVCP RDE 21 DE 2" INCLUYE ACCESORIOS	M	44,09	$38.707,00	$1.706.591,63
4.3.8	SUMINISTRO E INSTALACION ACCESORIO PVCP DE 2"	UN	2,00	$19.968,00	$39.936,00
4.3.9	SUMINISTRO E INSTALACION TUBERIA PVCP RDE 21 DE 1-1/2 " INCLUYE ACCESORIOS	M	11,45	$27.228,00	$311.760,60
4.6.1	SUMINISTRO E INSTALACION PUNTO AGUA FRIA SANITARIO TANQUE 1/2"	UN	22,00	$45.476,00	$1.000.472,00
4.6.2	SUMINISTRO E INSTALACION PUNTO AGUA FRIA LAVAMANOS 1/2"	UN	88,00	$45.476,00	$4.001.888,00
4.6.5	SUMINISTRO E INSTALACION PUNTO SANITARIO 4"	UN	45,00	$138.402,00	$6.228.090,00
4.6.6	SUMINISTRO E INSTALACION PUNTO SANITARIO 2"	UN	89,00	$71.948,00	$6.403.372,00
4.6.7	REUBICACIÓN DE PUNTO HIDRAULICO AGUA FRIA DE 1/2" A 3/4"	UN	4,00	$51.056,00	$204.224,00
4.7.10	SUMINISTRO E INSTALACION REGISTRO VALVULA DE BOLA 1-1/2"	UN	1,00	$144.329,00	$144.329,00
4.7.11	SUMINISTRO E INSTALACION REGISTRO VALVULA DE BOLA 1-1/4"	UN	6,00	$119.577,00	$717.462,00
4.7.12	SUMINISTRO E INSTALACION REGISTRO VALVULA DE BOLA 1"	UN	3,00	$67.233,00	$201.699,00
4.7.13	SUMINISTRO E INSTALACION REGISTRO VALVULA DE BOLA 3/4"	UN	15,00	$61.419,00	$921.285,00
4.7.14	SUMINISTRO E INSTALACION REGISTRO VALVULA DE BOLA 1/2"	UN	4,00	$47.668,00	$190.672,00
4.7.20	SUMINISTRO E INSTALACION CHEQUE HIDRO 1"	UN	1,00	$101.953,00	$101.953,00
4.7.25	SUMINISTRO E INSTALACION CHEQUE CORTINA SELLO MECÁNICO 2"	UN	1,00	$365.295,00	$365.295,00
4.7.26	SUMINISTRO E INSTALACION CHEQUE CORTINA SELLO MECÁNICO 1-1/2"	UN	1,00	$296.550,00	$296.550,00
4.7.28	SUMINISTRO E INSTALACION CHEQUE CORTINA SELLO MECÁNICO 1"	UN	1,00	$129.720,00	$129.720,00
4.7.34	SUMINISTRO E INSTALACION VALVULA FLOTADOR MÉCANICO 1/2"	UN	3,00	$137.457,00	$412.371,00
4.7.6	SUMINISTRO E INSTALACION REGISTRO CORTINA 1-1/4"	UN	1,00	$229.660,00	$229.660,00
4.7.8	SUMINISTRO E INSTALACION REGISTRO CORTINA 3/4"	UN	17,00	$117.294,00	$1.993.998,00
4.8.1	CAJA DE INSPECCION 60 X 60 CM, INCLUYE TAPA PREFABRICADA	UN	4,00	$512.895,00	$2.051.580,00
4.8.3	CAJA DE INSPECCION 80 X 80. INCLUYE TAPA PREFABRICADA	UN	4,00	$703.121,00	$2.812.484,00
4.8.7	LIMPIEZA DE CAJAS DE INSPECCIÓN	UN	3,00	$32.763,00	$98.289,00

ESTADO DE AVANCE MENSUAL DE OBRA FEBRERO - SEPTIEMBRE 2023

ITEM	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	CANT TOTAL	VR. UNITARIO	VR TOTAL EN OBRA
1	DEMOLICIÓN DE VIVIENDAS				
4.8.8	RENIVELACION DE CAJAS DE INSPECCION	UN	9,00	$63.300,00	$569.700,00
5.1.1	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE INTERRUPTOR SENCILLO TIPO INSTITUCIONAL, CON APARATO, CABLE DE COBRE ASILADO CALIBRE N°12 THHN Y TUBERÍA PVC Ø3/4" HASTA 4M. INCLUYE CAJA, CONECTORES, SOPORTES, ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CONEXIÓN E INSTALACIÓN.	UN	3,00	$151.761,00	$455.283,00
5.1.100	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE CANALETA METÁLICA DE 4 X 8 CM TROQUELADA	M	2,42	$28.558,00	$69.110,36
5.1.11	SALIDA PARA TOMACORRIENTE DOBLE NORMAL TIPO INSTITUCIONAL 5-15R, CON CABLE DE COBRE ASILADO CALIBRE 1N°12 (F) + 1N°12 (N) + 1N°12 (T) AWG THHN Y TUBERÍA PVC Ø3/4" HASTA 4M. INCLUYE APARATO, CONECTORES, SOPORTES, ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CONEXIÓN E INSTALACIÓN.	UN	7,00	$151.225,00	$1.058.575,00
5.1.112	SUMINISTRO E INSTALACION DE TABLERO ELECTRICO MONOFASICO DE 4 CIRCUITOS	UN	1,00	$107.674,00	$107.674,00
5.1.12	SALIDA PARA TOMACORRIENTE DOBLE NORMAL TIPO INSTITUCIONAL 5-15R, CON CABLE DE COBRE ASILADO CALIBRE 1N°12 (F) + 1N°12 (N) + 1N°12 (T) AWG THHN Y TUBERÍA EMT Ø3/4" HASTA 4M. INCLUYE APARATO, CONECTORES, SOPORTES, ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CONEXIÓN E INSTALACIÓN.	UN	82,00	$236.023,00	$19.353.886,00
5.1.19	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE TABLERO PRINCIPAL DE DISTRIBUCIÓN TIPO PANEL DE 12 CIRCUITOS CON ESPACIO PARA TOTALIZADOR PUERTA Y CHAPA, BARRAJES DE NEUTRO Y PUESTA A TIERRA	UN	2,00	$549.101,00	$1.098.202,00
5.1.25	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE INTERRUPTOR TERMOMAGNÉTICO REGULABLE TIPO INDUSTRIAL DE 3X20A 50 KA	UN	2,00	$535.891,00	$1.071.782,00
5.1.3	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE INTERRUPTOR DOBLE TIPO INSTITUCIONAL, CON APARATO, CABLE DE COBRE ASILADO CALIBRE N°12 THHN Y TUBERÍA PVC Ø3/4" HASTA 4M. INCLUYE CAJA, CONECTORES, SOPORTES, ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CONEXIÓN E INSTALACIÓN	UN	1,00	$157.951,00	$157.951,00
5.1.30	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE INTERRUPTOR TERMOMAGNÉTICO REGULABLE TIPO INDUSTRIAL DE 3X75A 50 KA	UN	1,00	$524.350,00	$524.350,00
5.1.31	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE INTERRUPTOR TERMOMAGNÉTICO REGULABLE TIPO INDUSTRIAL DE 3X80A 50 KA	UN	5,00	$543.544,00	$2.717.720,00
5.1.33	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE INTERRUPTOR TERMOMAGNÉTICO TIPO ENCHUFABLE DE 1X20A 10 KA	UN	4,00	$22.532,00	$90.128,00
5.1.35	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE INTERRUPTOR TERMOMAGNÉTICO TIPO ENCHUFABLE DE 2X20A 10 KA	UN	7,00	$73.271,00	$512.897,00
5.1.38	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE INTERRUPTOR TERMOMAGNÉTICO TIPO ENCHUFABLE DE 3X30A 10 KA	UN	1,00	$151.902,00	$151.902,00
5.1.39	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE CAJA DE PASO METÁLICA 15X15X10CM CON PUERTA Y CERRADURA.	UN	1,00	$34.595,00	$34.595,00
5.1.40	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE CAJA DE PASO METÁLICA 20X20X10CM CON PUERTA Y CERRADURA.	UN	2,00	$47.008,00	$94.016,00
5.1.41	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE CAJA DE PASO METÁLICA 30X30X15CM CON PUERTA Y CERRADURA.	UN	1,00	$77.547,00	$77.547,00
5.1.42	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE TUBERÍA PVC CONDUIT DE 1/2" INSTALADO EMBEBIDO EN MURO. INCLUYE TUBERÍA, CURVAS, UNIONES, TERMINALES Y ACCESORIOS REQUERIDOS PARA LA INSTALACIÓN.	M	7,70	$12.842,00	$98.883,40
5.1.5	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE INTERRUPTOR SENCILLO TIPO INSTITUCIONAL, CON APARATO, CABLE DE COBRE ASILADO CALIBRE N°12 THHN Y TUBERÍA EMT Ø3/4" HASTA 4M. INCLUYE CAJA, CONECTORES, SOPORTES, ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CONEXIÓN E INSTALACIÓN.	UN	50,00	$217.607,00	$10.880.350,00
5.1.50	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE TUBERÍA METÁLICA GALVANIZADA EMT CONDUIT DE 3/4". INCLUYE SOPORTES, ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA INSTALACIÓN.	M	535,21	$44.450,00	$23.790.084,50
5.1.53	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE TUBERÍA METÁLICA GALVANIZADA EMT CONDUIT DE 1-1/2". INCLUYE SOPORTES, ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA INSTALACIÓN.	M	11,65	$52.213,00	$608.281,45
5.1.56	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE ACOMETIDA EN CABLE DE COBRE 1N°12 (F) + 1N°12 (N) + 1N°12 (T) AWG THHN	M	602,05	$18.904,00	$11.381.153,20
5.1.57	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE ACOMETIDA EN CABLE DE COBRE 1N°10 (F) + 1N°10 (N) + 1N°12 (T) AWG THHN	M	2,20	$22.657,00	$49.845,40
5.1.60	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE ACOMETIDA EN CABLE DE COBRE 3N°10 (F) + 1N°10 (N) + 1N°12 (T) AWG THHN	M	16,25	$36.727,00	$596.813,75
5.1.61	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE ACOMETIDA EN CABLE DE COBRE 3N°8 (F) + 1N°8 (N) + 1N°10 (T) AWG THHN	M	42,90	$52.260,00	$2.241.954,00
5.1.62	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE ACOMETIDA EN CABLE DE COBRE 3N°6 (F) + 1N°6 (N) + 1N°8 (T) AWG THHN	M	36,25	$74.857,00	$2.713.566,25
5.1.64	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE ACOMETIDA EN CABLE DE COBRE 3N°2 (F) + 1N°2 (N) + 1N°4 (T) AWG THHN	M	90,00	$164.908,00	$14.841.720,00
5.1.7	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE INTERRUPTOR DOBLE TIPO INSTITUCIONAL, CON APARATO, CABLE DE COBRE ASILADO CALIBRE N°12 THHN Y TUBERÍA EMT Ø3/4" HASTA 4M. INCLUYE CAJA, CONECTORES, SOPORTES, ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CONEXIÓN E INSTALACIÓN.	UN	2,00	$230.788,00	$461.576,00
5.1.72	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE SALIDA PARA LUMINARIA, CON CABLE DE COBRE ASILADO CALIBRE 1N°12 (F) + 1N°12 (N) + 1N°12 (T) AWG THHN Y TUBERÍA EMT Ø3/4" HASTA 4M. INCLUYE PRENSA ESTOPA, CAJA RAWELT, CABLE ENCAUCHETADO, CONECTORES, SOPORTES, ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CONEXIÓN E	UN	234,00	$279.362,00	$65.370.708,00
5.1.75	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE LUMINARIA HERMÉTICA 2X32 W FLUORESCENTE TIPO T8. INCLUYE TUBOS FLUORESCENTES, SOPORTES, ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CONEXIÓN E INSTALACIÓN Y ANDAMIOS CERTIFICADOS	UN	3,00	$74.438,00	$223.314,00
5.1.80	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE PANEL LED 120 X 30CM DE SOBREPONER. INCLUYE SOPORTES, ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CONEXIÓN E INSTALACIÓN Y ANDAMIOS CERTIFICADOS	UN	169,00	$204.100,00	$34.492.900,00
5.1.82	SUMINISTRO E INSTALACION DE LUMINARIA TIPO LED HERMÉTICA DE SOBREPONER 24W. INCLUYE SOPORTES, ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CONEXIÓN E INSTALACIÓN Y ANDAMIOS CERTIFICADOS	UN	10,00	$120.543,00	$1.205.430,00
5.1.87	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE LUMINARIA LED TIPO OJO DE BUEY 7W/6500 K	UN	5,00	$50.253,00	$251.265,00
5.1.88	SUMINISTRO E INSTALACION DE LAMPARA TIPO LED 2X18W - HERMETICA. INCLUYE SOPORTES, ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CONEXIÓN E INSTALACIÓN Y ANDAMIOS CERTIFICADOS	UN	61,00	$176.015,00	$10.736.915,00
5.1.89	SUMINISTRO E INSTALACIÓN PANEL LED CIRCULAR DE 18 W 8" INCRUSTAR. INCLUYE SOPORTES, ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA CONEXIÓN E INSTALACIÓN Y ANDAMIOS CERTIFICADOS	UN	4,00	$49.515,00	$198.060,00
5.1.98	SUMINISTRO E INSTALACION DE KIT DE GUAYAS PARA PANEL LED	UN	59,00	$54.765,00	$3.231.135,00
5.1.99	REINSTALACIÓN DE LAMPARAS EXISTENTES	UN	56,00	$24.013,00	$1.344.728,00
7.1.1	ALISTADO DE PISOS EN MORTERO 1:3 E = 0.04	M2	3889,25	$34.918,00	$135.804.831,50
7.1.13	MEDIACAÑA EN MORTERO 1:3 IMPERMEABILIZADO	M	44,38	$16.413,00	$728.408,94
7.1.2	ALISTADO DE PISOS EN MORTERO 1:3 IMPERMEABILIZADO E = 0.04 M	M2	350,74	$43.918,00	$15.403.799,32
7.1.3	ALISTADO DE PASO PARA ESCALERA EN MORTERO 1:3	M	26,20	$16.289,00	$426.771,80
7.1.4	CONCRETO DE LIMPIEZA DE 2000 PSI E = 0.05 M	M2	11,70	$29.456,00	$344.635,20
7.1.5	PULIDA DE MEDIACAÑA EN GRANITO EXISTENTES, INCLUYE FRONTAL (ANCHO < 0.75 M)	M	57,58	$22.479,00	$1.294.340,82

ESTADO DE AVANCE MENSUAL DE OBRA FEBRERO - SEPTIEMBRE 2023

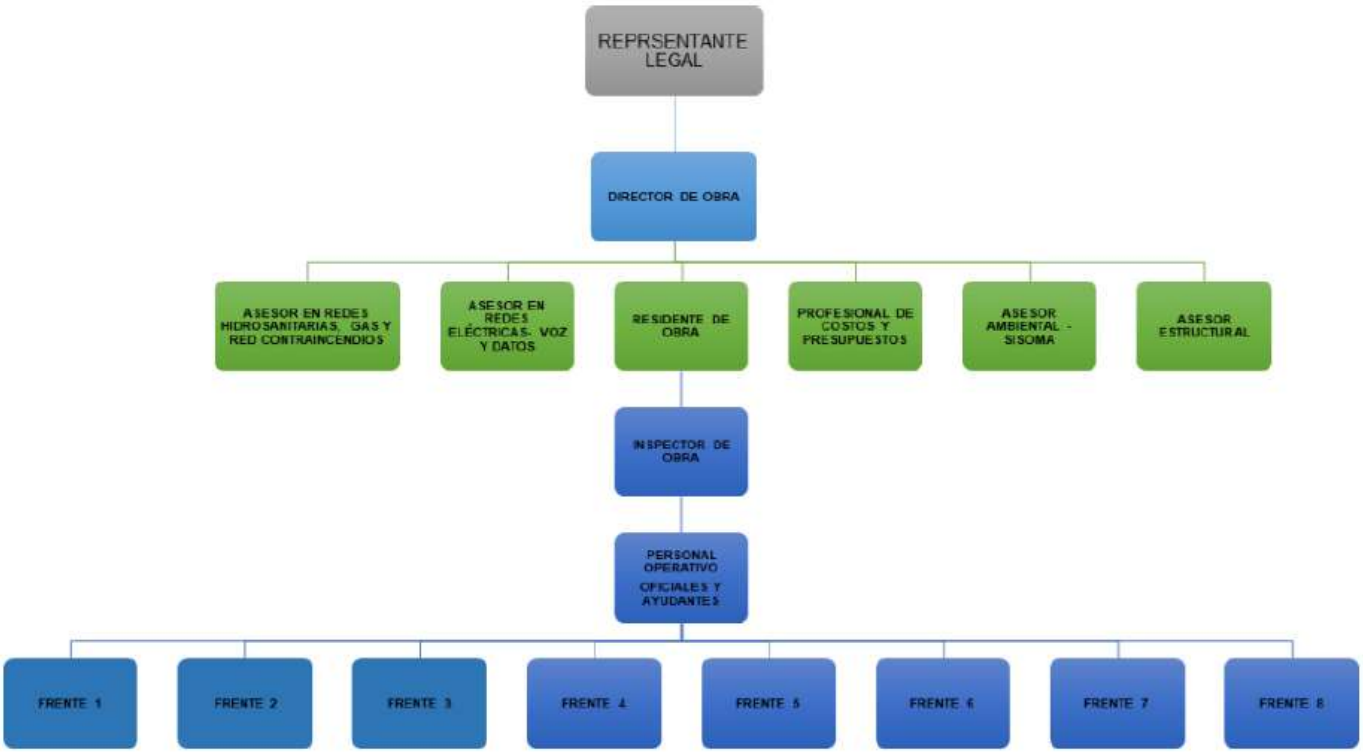
ITEM	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	CANT TOTAL	VR. UNITARIO	VR TOTAL EN OBRA
1	DEMOLICIÓN DE VIVIENDAS				
7.1.6	PENDIENTADO PARA TERRAZAS EN MORTERO 1:3 E = 0.04 CM (PROMEDIO), INCLUYE LATEX PARA MEJORA DE ADHERENCIA CON PISO EXISTENTE	M2	150,59	$65.785,00	$9.906.563,15
7.1.7	MEDIACAÑA EN MORTERO 1:3 IMPERMEABILIZADO	M	119,91	$15.645,00	$1.875.991,95
7.1.8	MEDIACAÑA EN GRANITO H = 0.10 M	M	293,08	$58.864,00	$17.251.861,12
7.1.9	ALISTADO DE PISO EN MORTERO 1:3 E = 2 CM	M2	53,36	$19.070,00	$1.017.575,20
7.2.1	SUMINISTRO E INSTALACIÓN BALDOSA GRANITO 33 X 33 PULIDO, INCLUYE GUARDAESCOBA BISELADO	M2	703,21	$151.031,00	$106.206.509,51
7.2.10	SUMINISTRO E INSTALACIÓN GUARDA ESCOBA MEDIACAÑA EN GRAVILLA LAVADO MONA, INCLUYE DILATACIÓN EN BRONCE	M	10,48	$54.120,00	$567.177,60
7.2.12	SUMINISTRO E INSTALACIÓN PISO EN GRANITO BLANCO SIN PULIR, ANCHO = 0.50M, INCLUYE DILATACIONES EN BRONCE	M2	5,85	$80.800,00	$472.680,00
7.2.13	SUMINISTRO E INSTALACIÓN PISO TABLÓN DE 33 X 33. INCLUYE GUARDAESCOBA	M2	96,59	$84.330,00	$8.145.434,70
7.2.21	SUMINISTRO E INSTALACIÓN PISO CERAMICA ANTIDESLIZANTE, TIPO MIKONOS O SIMILARES FORMATO 33 X 33 (COLORES VARIOS)	M2	337,40	$61.368,00	$20.705.563,20
7.2.23	SUMINISTRO E INSTALACIÓN ADOQUÍN DE ARCILLA 20 X 10 X 6 CM	M2	91,28	$67.124,00	$6.127.078,72
7.2.26	SUMINISTRO E INSTALACIÓN BORDILLO PREFABRICADO A80	M	81,40	$50.788,00	$4.134.143,20
7.2.27	SUMINISTRO E INSTALACIÓN GUARDA ESCOBA EN PVC	M	24,12	$8.435,00	$203.452,20
7.2.31	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE PISO EN CAUCHO ELABORADO CON LLANTA DE CARRO RECICLADA EPDM CHIPS FUNDIBLE DE 3 CM PARA EXTERIORES	M2	48,45	$547.284,00	$26.515.909,80
7.2.35	SUMINISTRO E INSTALACIÓN PISO EN BALDOSA TIPO PIZARRA 51 X 51 CM, ANTIDESLIZANTE, COLOR MATE.	M2	3,12	$86.626,00	$270.273,12
7.2.36	SUMINISTRO Y APLICACIÓN DE SELLADOR ELÁSTICO, PARA SELLO DE JUNTAS A NIVEL DE PISO. INCLUYE TODOS LOS ELEMENTOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO.	M	20,00	$17.829,00	$356.580,00
7.2.39	WIN DE ALUMINIO	M	74,76	$11.762,00	$879.327,12
7.2.42	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE PINTURA PARA REVESTIMIENTO CANCHA MULTIPLE (BALONCESTO - VOLEYBOL)	M2	18,98	$96.153,00	$1.824.983,94
7.2.43	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE PORCELANATO 60X 60, INCLUYE PEGANTE Y BOQUILLA	M2	2709,13	$112.091,00	$303.669.090,83
7.2.46	GUARDAESCOBA GRANO MARMOL PRENSADO	M	26,55	$31.672,00	$840.891,60
7.2.48	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE GUARDAESCOBAS EN PISO MIKONOS H = 10 CM	M	13,64	$23.445,00	$319.789,80
7.2.5	SUMINISTRO E INSTALACIÓN GUARDA ESCOBA EN MEDIA CAÑA GRANITO PULIDO BLANCO, INCLUYE DILATACIÓN EN BRONCE	M	192,73	$73.440,00	$14.154.091,20
7.2.50	RETIRO GUARDAESCOBA EN BALDOSA DE GRANITO H = 8 CM.	M	8,27	$4.518,00	$37.363,86
7.2.54	DEMARCACIÓN CON PINTURA TRÁFICO VEHICULAR CANCHA MÚLTIPLE EN ASFALTO A-MAX=0.10 M (COLORES SEGÚN DETALLE DEMARCACIÓN IDRD)	M	65,72	$5.619,00	$369.280,68
7.2.75	SUMINISTRO E INSTALACION DE ENCHAPE PISO EN TABLON TRADICION EN GRESS	M2	127,67	$82.983,00	$10.594.439,61
7.2.9	SUMIISTRO E INSTALACIÓN DE FRANJA EN GRAVILLA LAVADA MONA ANCHO = 30 CM (INCLUYE ALISTADO DE PISO EN CONCRETO).	M	471,26	$44.370,00	$20.909.806,20
8.1.10	MURO EN SUPERBOARD DE 8 MM INCLUYE ESTRUCTURA METALICA , MASILLA , CINTA Y PRIMERA MANO DE PINTURA , VISTO DOS CARAS E=12 CM	M2	63,14	$121.082,00	$7.645.117,48
8.1.12	SUMINISTRO E INSTALACION MURO EN LÁMINA FIBRO - CEMENTO DOBLE CARA 8 MM (INCLUYE ESTRUCTURA, CINTA, MASILLA Y PRIMERA MANO DE PINTURA).	M2	20,23	$145.470,00	$2.942.858,10
8.1.14	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE MUROS EN SUPER BOARD 8 MM A DOS CARAS EN ALTURA SUPERIOR A 3 M (INCLUYE ANDAMIO CERTIFICADO)	M2	137,74	$136.793,00	$18.841.867,82
8.1.15	SUMINISTRO E INSTALACION DE MURO EN DRY WALL DE 12 MM VISTO UNA CARA.	M2	18,23	$62.442,00	$1.138.317,66
8.1.4	SUMINISTRO E INSTALACION ENCHAPE CERAMICO BRILLANTE 25 X 35CM O APROX	M2	728,07	$69.915,00	$50.903.014,05
8.1.7	SUMINISTRO E INSTALACION ESQUINERO PLÁSTICO	M	10,28	$6.383,00	$65.617,24
8.1.9	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE MUROS EN SUPER BOARD 8 MM A DOS CARAS EN ALTURA SUPERIOR A 3 M (INCLUYE ANDAMIO CERTIFICADO)	M2	14,67	$136.793,00	$2.006.753,31
9.1.13	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE HOJA PARA PUERTA METÁLICA SIN MARCO EN LAMINA COLDROLLED LISA CALIBRE 18 ENTAMBORADA CON REFUERZO INTERNO, BISAGRAS, PASADOR, TERMINADA CON ANTICORROSIVO, PINTADA E INSTALADA - VERIFICAR EN OBRA MEDIDAS, ANGULOS Y # DE HOJAS.	M2	10,45	$634.144,00	$6.626.804,80
9.1.15	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE HOJA PARA PUERTA METÁLICA SIN MARCO EN LÁMINA COLDROLLED LISA CALIBRE 18, ENTAMBORADA CON REFUERZO INTERNO, BISAGRAS, INCLUYE CERRADURA DE SEGURIDAD TIPO CERROJO DOBLE, MANIJA INTERIOR - EXTERIOR Y CON DOS PERSIANAS (SUPERIOR E INFERIOR) DE H= 0,30 X 0,60 M, TERMINADA CON ANTICORROSIVO, PINTADA E INSTALADA - VERIFICAR EN OBRA MEDIDAS, ANGULOS Y # DE HOJAS.	M2	6,61	$808.534,00	$5.344.409,74
9.1.23	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE BARANDA EN TUBERÍA DE AGUA NEGRA, EL TUBO PASAMANOS DE 2" AL IGUAL QUE LOS TUBOS PEDESTALES CON PLATINA DE FIJACION, Y ESCALERILLA VERTICAL EN TUBERIA DE 3/4" CON SEPARACION CADA 9CM PROTEGIDO CON ANTICORROSIVO, PINTADO EN ESMALTE COLOR . INSTALADO. VERIFICAR EN OBRA MEDIDAS Y ANGULOS	M	64,07	$933.761,00	$59.826.067,27
9.1.3	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE PUERTA METÁLICA CON MARCO EN LAMINA COLDROLLED LISA CALIBRE 18 ENTAMBORADA CON REFUERZO INTERNO, BISAGRAS, PASADOR, TERMINADA CON ANTICORROSIVO, PINTADA E INSTALADA - VERIFICAR EN OBRA MEDIDAS, ANGULOS Y # DE HOJAS.	M2	9,00	$561.980,00	$5.057.820,00
9.1.32	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE REJILLA METÁLICA PARA CÁRCAMO EN ÁNGULO DE 1-1/4" x 1/8" (MARCO), PLATINA DE ARRIOSTRAMIENTO EN 1" x 1/8", Y CONTRA MARCO EN ANGULO DE 1" x 3/16", INCLYE ANTICORROSIVO Y PINTURA ESMALTE TIPO ACABADO.	M	24,70	$296.269,00	$7.317.844,30
9.1.36	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE PUERTA DE ACCESO PEATONAL DE CERRAMIENTO CON SOPORTE PRINCIPAL EN TUBO CUADRADO DE 100X100 EN 2MM TUBO PERIMETRAL DE 2" POR 1-1/8", MALLA ONDULADA GALVANIZADA DE 2" PISADORES EN ANGULO, FALLEBAS Y PASADOR EN 3/8".	M2	4,20	$328.591,00	$1.380.082,20
9.1.5	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE PUERTA METÁLICA CON MARCO EN LÁMINA COLDROLLED LISA CALIBRE 18, ENTAMBORADA CON DOBLE ANTI MACHUCON, CON REFUERZO INTERNO, BISAGRAS, INCLUYE CERRADURA DE SEGURIDAD TIPO CERROJO DOBLE, MANIJA INTERIOR - EXTERIOR Y MIRILLA CON VIDRIO Y PELÍCULA DE SEGURIDAD, TERMINADA CON ANTICORROSIVO, PINTADA E INSTALADA - VERIFICAR EN OBRA MEDIDAS, ANGULOS Y # DE HOJAS.	M2	6,47	$691.265,00	$4.472.484,55
9.2.2	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE VENTANA EN ALUMINIO CON REJILLA SUPERIOR, TERMINADA, INCLUYE VIDRIO DE 4 MM INCOLORO CON PELÍCULA DE SEGURIDAD Y HERRAJES. INSTALADA, VERIFICAR EN OBRA MEDIDAS Y ANGULOS. (APLICA COLOR CRUDO O BLANCO)	M2	622,86	$621.907,00	$387.360.994,02

ESTADO DE AVANCE MENSUAL DE OBRA FEBRERO - SEPTIEMBRE 2023

ITEM	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	CANT TOTAL	VR. UNITARIO	VR TOTAL EN OBRA
1	**DEMOLICIÓN DE VIVIENDAS**				
9.2.7	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE REJA METÁLICA EN TUBO CUADRADO DE 3/4", TIPO BANCO, INCLUYE TORNILLOS, TERMINADA CON ANTICORROSIVO, PINTADA E INSTALADA - VERIFICAR MEDIDAS EN OBRA.	M2	124,25	$200.319,00	$24.889.635,75
9.3.1	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE MALLA (ANGEO), INCLUYE ÁNGULO DE ALUMINIO Y TORNILLERÍA	M2	137,52	$47.317,00	$6.507.033,84
9.3.12	CERRAMIENTO CONTRA IMPACTO H=5.00M, (ESTRUCTURA EN TUBO GALVANIZADO. DE 3" E= 3,81MM ASTM A500 Y CAMISA DE REFUERZO DE 4", VARILLA REDONDA DE 3/4" C./.14 EJES. VIGA 40X30 Y PILOTES CONCRETO 3000 PSI) SEGÚN DETALLES IDRD.	M	5,00	$1.624.694,00	$8.123.470,00
9.3.13	CERRAMIENTO CONTRA IMPACTO H=2.50M (ESTRUCTURA EN TUBO GALVANIZADO DE 2-1/2" Y PROTECCION EN VARILLA REDONDA DE 3/4" C./0.14 m EJES. VIGA=30*30 CONCRETO 3000PSI) SEGÚN DETALLES IDRD.	M	10,07	$954.860,00	$9.615.440,20
9.3.14	CERRAMIENTO TIPICO S.E.D. INC. CIMENTACIÓN (S/DISEÑO AJUSTADO 2006 - VER PLANOS E IMÁGENES) INCLUYE EXCAVACION, RETIRO DE SOBRANTES Y LOCALIZACION H= 2.40	M	22,65	$798.922,00	$18.095.583,30
9.3.17	SUMINISTRO E INSTALACION DE LAMINA ACRILICA 2 MM	M2	4,44	$83.838,00	$372.240,72
9.3.19	SUMINISTRO E INSTALACION DE VENTANAS EN ALUMINIO TIPO PERSIANA	M2	15,83	$597.701,00	$9.461.606,83
9.3.3	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE MESÓN EN POLICUARZO, LONGITUD = X ANCHO DE 60 CM INCLUYE ELEMENTOS DE FIJACIÓN, ALTURA 30 CM, CON SALPICADERO	M2	45,92	$923.762,00	$42.419.151,04
9.3.7	REINSTALACION DE TODO TIPO DE VENTANAS O REJAS EXISTENTES	M2	10,99	$36.450,00	$400.585,50
NP 22.1.1	LAVADO Y DESINFECCIÓN DE TANQUE PLÁSTICO DE 1000 LTS	UN	5,00	$724.255,00	$3.621.275,00
NP 22.1.11	SUMINISTRO E INSTALACIÓN ENCHAPE CÉRAMICO 30CM X 60 CM	M2	135,12	$102.689,00	$13.875.337,68
NP 22.1.14	SUMINISTRO SWITCH TP-SG1024	UN	8,00	$837.751,00	$6.702.008,00
NP 22.1.19	VINILO TIPO 2 A 1 MANO (APLICA UNICAMENTE CUNADO SE REQUIERE UNA MANO)	M2	1882,88	$6.661,00	$12.541.863,68
NP 22.1.27	DESCAPOTE MANUAL Y/O MAQUINA H=15CMS (INCLUYE CARGUE Y RETIRO DE RESIDUOS A SITIOS AUTORIZADOS) (ITEM LISTADO SED 1.4.12)	M2	165,44	$10.791,00	$1.785.263,04
NP 22.1.3	REINSTALACIÓN DE CUBIERTA TERMOACÚSTICA UPVC TIPO ECOROOF O SIMILAR	M2	100,20	$26.901,00	$2.695.480,20
NP 22.1.4	CAJA DE INSPECCIÓN 1.10 X 1.10 H:1.7 M (INCLUYE TAPA)	UN	1,00	$1.657.286,00	$1.657.286,00
TOTAL OBRA (EL VALOR UNITARIO CONTINENE EL AIU DEL 28,13%)					**$6.273.424.624,63**

RESUMEN AVANCE DE OBRA	
VALOR CONTRACTUAL PROYECTO	**$19.391.541.772,00**
PORCENTAJE PROGRAMADO	**57,60%**
VALOR PROGRAMADO	**$11.169.528.061**
PORCENTAJE EJECUTADO	**32,35%**
VALOR EJECUTADO A LA FECHA	**$6.273.424.625**

Anexo TEC-12 – Organigrama contratista – PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA


REPRSENTANTE LEGAL
DIRECTOR DE OBRA
ASESOR EN REDES HIDROSANITARIAS, GAS Y RED CONTRAINCENDIOS
ASESOR EN REDES ELÉCTRICAS- VOZ Y DATOS
RESIDENTE DE OBRA
PROFESIONAL DE COSTOS Y PRESUPUESTOS
ASESOR AMBIENTAL - SISOMA
ASESOR ESTRUCTURAL
INSPECTOR DE OBRA
PERSONAL OPERATIVO
OFICIALES Y AYUDANTES
FRENTE 1
FRENTE 2
FRENTE 3
FRENTE 4
FRENTE 5
FRENTE 6
FRENTE 7
FRENTE 8

Anexo TEC-13 – Registro fotográfico

COLEGIO ALEMANIA UNIFICADA SEDE A

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

12	8	2023
DD	MM	AÑO

MENSUAL No.	8	DEL	12	8	2023	AL	12	9	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENT: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA		CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO ALEMANIA UNIFICADA SEDE A

COMPONENTE OBRA



1. Instalación de redes electricas



2. Instalacion de lavamanos y orinales



3. Pica de muros



4. Instalación de redes sanitarias



5. Aplicación de pinturas a paredes



6. Compactación del suelo mediante vibrocompactador

COLEGIO ALEMANIA UNIFICADA SEDE A

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

12	8	2023
DD	MM	AÑO

MENSUAL No.	8	DEL	12	8	2023	AL	12	9	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA	CONTRATO No:	CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS		CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO ALEMANIA UNIFICADA SEDE A



7. Enchapado de baños



8. Instalación de divisiones de baño



9. Instalación de canaletas



10. Pañete de paredes



11. Pintura de vigas metalicas



12.Instalación drywall para pared

COLEGIO ALEMANIA UNIFICADA SEDE A

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

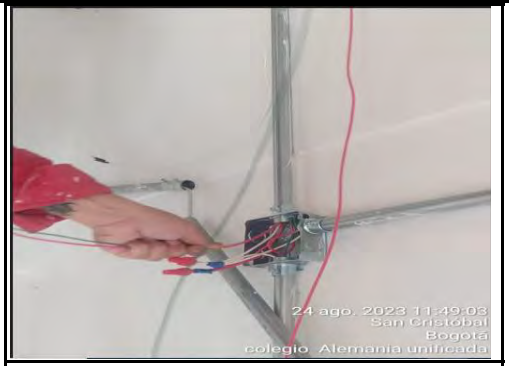
12	8	2023
DD	MM	AÑO

MENSUAL No.	8	DEL	12	8	2023	AL	12	9	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS		CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO ALEMANIA UNIFICADA SEDE A



13.Acometida redes electricas



14. Instalación sanitarios



15. Desmonte puertas

COLEGIO JOSE JOAQUIN CASTRO SEDE A

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

12	8	2023
DD	MM	AÑO

MENSUAL No.	8	DEL	12	8	2023	AL	12	9	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO JOSÉ JOAQUIN CASTRO

COMPONENTE OBRA



1. Panoramica de la cubierta



2. Instalación de la cubierta ecoroof



3. Enchapado de baños e instalación de lavamanos



4.Excavación para colocación de tuberías de agua y desagüe



5. Instalación de platinas y cerchas para la estructura cubierta



6. Vigas de amarre

COLEGIO JOSE JOAQUIN CASTRO SEDE A

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

12	8	2023
DD	MM	AÑO

MENSUAL No.	8	DEL	12	8	2023	AL	12	9	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO	**INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO JOSÉ JOAQUIN CASTRO



7.Demolición de viga canal en concreto



8. Instalación de ventanas



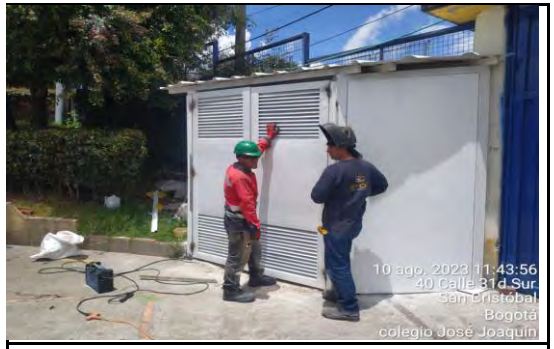
9. Identificación paredes con humedad



10. Ventanas soldadas para instalación exterior



11. Instalación de redes electricas



12. Instalación de la estructura metalica de la cubierta del shut de basuras

COLEGIO JOSE JOAQUIN CASTRO SEDE A

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

12	8	2023
DD	MM	AÑO

MENSUAL No.	8	DEL	12	8	2023	AL	12	9	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO JOSÉ JOAQUIN CASTRO



13. Desmonte de cielo raso



14. Aplicación de pintura a la estructura



15. Fraguado del concreto



16.Abrazadera de canaletas



17.Excavación y limpieza manual de la zona



18. Desentejado

COLEGIO JOSE JOAQUIN CASTRO SEDE A

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

12	8	2023
DD	MM	AÑO

MENSUAL No.	8	DEL	12	8	2023	AL	12	9	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO JOSÉ JOAQUIN CASTRO



19. Emboquillado y enchapado



20. Perforación para instalación de vigas



21. Soldadura de canaletas con vigas



22.Instalación de vigas con cerchas



23. Instalación de columna sobre muro



24. Instalación de tuberias de alcantarillado

COLEGIO TOMAS RUEDA SEDE A

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

12	8	2023
DD	MM	AÑO

MENSUAL No.	8	DEL	12	8	2023	AL	12	9	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

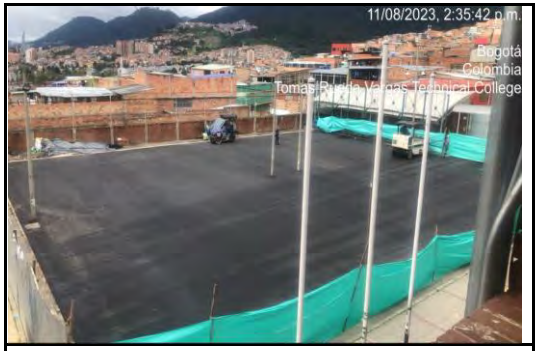
CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA		CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO TOMAS RUEDA SEDE A

COMPONENTE OBRA



1. Pavimentación



2. Pavimentación de asfalto



3. Aplicación de pintura a las vigas



4. Enchapado de baños



5. Mezclado de concreto mediante trompo



6. Corte de baldosas

COLEGIO TOMAS RUEDA SEDE A

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

12	8	2023
DD	MM	AÑO

MENSUAL No.	8	DEL	12	8	2023	AL	12	9	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA		CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4077644

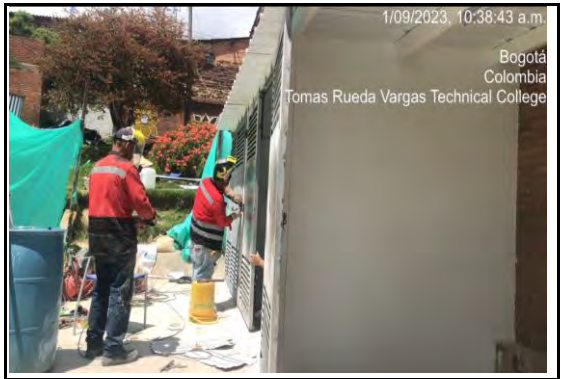
REGISTRO FOTOGRÁFICO TOMAS RUEDA SEDE A



7. Armado de muros falsos



8. Instalación de redes electricas



9. Soldadura de puertas metalicas

COLEGIO RAFAEL NÚÑEZ SEDE B

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

12	8	2023
DD	MM	AÑO

MENSUAL No.	8	DEL	12	8	2023	AL	12	9	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS		CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO RAFAEL NUÑEZ SEDE B

COMPONENTE OBRA



1. Demolición manual de muros



2. Levantamiento de baldosa para sustitución



3. Recolección de escombros provenientes del levantamiento de baldosas



4. Deposito de material RCD



5. Pañete de paredes interiores



6. Instalación de breakers

COLEGIO RAFAEL NÚÑEZ SEDE B

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

12	8	2023
DD	MM	AÑO

MENSUAL No.	8	DEL	12	8	2023	AL	12	9	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO	**INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA		CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO RAFAEL NUÑEZ SEDE B



7. Desmonte de canchas



8. Alisado de pared



9. Fundida de sobrepisos en mortero de las aulas del bloque alianza

COLEGIO RAFAEL NÚÑEZ SEDE B

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

12	8	2023
DD	MM	AÑO

MENSUAL No.	8	DEL	12	8	2023	AL	12	9	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA		CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO RAFAEL NUÑEZ SEDE B



10. Fundida de sobrepisos en mortero de las aulas del bloque alianza



11. Desmonte y retiro de ventanas de la fachada del costado norte del bloque alianza



12. Demolición de los muros de fachada para la ampliacion de las baterias de baños

COLEGIO NUEVA DELHI

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO
							12	8	2023
MENSUAL No.	8	DEL	12	8	2023	AL	12	9	2023

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO	**INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**
CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS

CONTRATO No:	CO1.PCCNTR.4146220
	CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO NUEVA DELHI



1. Instalación puertas/divisiones de baño



2. Impermeabilización de techo



3. Instalación estructura metalica

COLEGIO NUEVA DELHI

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

			DD	MM	AÑO
			12	8	2023
MENSUAL No.	8	DEL	12	8	2023
			DD	MM	AÑO
		AL	12	9	2023
			DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA	CONTRATO No:	CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS		CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO NUEVA DELHI



4. Entejado de estructura metalica



5. Instalación de ventanas



6. Instalación de bases para vigas metalicas



7. Instalación de lavamanos



8. Instalación de puertas



9. Toma de nivel para la instalacion y adecuación de la estructura metalica

COLEGIO NUEVA DELHI

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

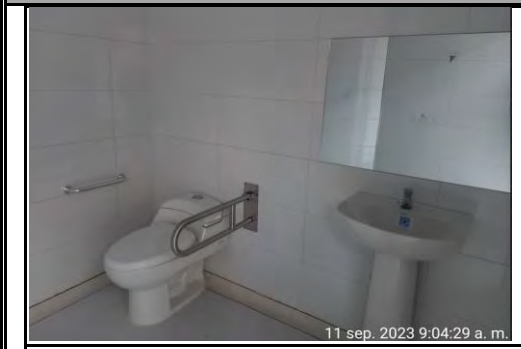
			DD	MM	AÑO
			12	8	2023

MENSUAL No.		DEL	DD	MM	AÑO	AL	DD	MM	AÑO
	8		12	8	2023		12	9	2023

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS		CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO NUEVA DELHI



10. Instalación de apoyaderas en baños de personas minusválidas



11. Instalación de protección para ventanas



12. Aplicación de pintura a las vigas metálicas



13. Soldadura a vigas metalicas



14. Instalación de divisiones para baño



15. Instalación de teja Ecorroof y canal de alta capacidad

COLEGIO ALTAMIRA SEDE B

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

12	8	2023
DD	MM	AÑO

MENSUAL No.	8	DEL	12	8	2023	AL	12	9	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA		CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO ALTAMIRA SEDE B



1. Encofrado de vigas de piso



2. Instalación de geomalla



3. Fraguado del concreto



4. Ensayos al concreto



5. Instalación de vigas



6.Entejado de la estructura

COLEGIO ALTAMIRA SEDE B

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

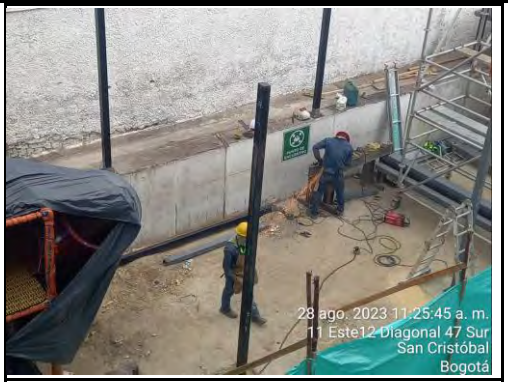
12	8	2023
DD	MM	AÑO

MENSUAL No.	8	DEL	12	8	2023	AL	12	9	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA		CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO ALTAMIRA SEDE B



7. Soldadura de vigas



8.Impermeabilización de tejado



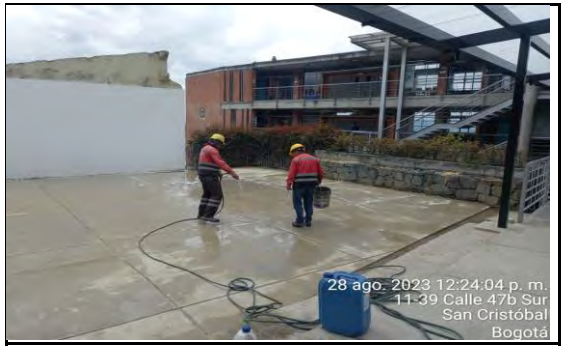
9. Pintura de vigas



10. Instalación estructura metalica



11. Pintura de tejado



12. Curado del concreto

COLEGIO ALTAMIRA SEDE B

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

12	8	2023
DD	MM	AÑO

MENSUAL No.	8	DEL	12	8	2023	AL	12	9	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA		CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO ALTAMIRA SEDE B



13. Desinstalación de cubierta en policarbonato de escalera



14. Demarcación de cancha



15. Construcción de cubierta de zona de juegos y/o parte baja



13. Instalación de bajantes de pergola de puente



14. Construcción de cubierta de zona de juegos y/o parte baja



15. Construcción de cubierta de zona de juegos y/o parte baja

COLEGIO ENTRENUBES SEDE A

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

12	8	2023
DD	MM	AÑO

MENSUAL No.	8	DEL	12	8	2023	AL	12	9	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA		CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO ENTRENUBES SEDE A

COMPONENTE OBRA



1. Acometida de tuberias



2. Excavación manual



3. Apisonado de asfalto



4. Instalación de geomalla



5. Nivelación del terreno



6. Riego de imprimación asfaltica

COLEGIO ENTRENUBES SEDE A

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

12	8	2023
DD	MM	AÑO

MENSUAL No.	8	DEL	12	8	2023	AL	12	9	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENT: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA		CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO ENTRENUBES SEDE A



7. Retiro de material RCD



8. Soldado de rejas



9. Transporte de asfalto en frio para la colocación



10. Acopio de material



11. Instalación de tuberia



12. Compactación de suelo mediante rana compactadora

COLEGIO ENTRENUBES SEDE A

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

						12	8	2023	
						DD	MM	AÑO	
MENSUAL No.	8	DEL	12	8	2023	AL	12	9	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENT: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA		CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO ENTRENUBES SEDE A



13. Zanjeo para tuberias



14. Material de excavación



15. Empalme de tuberia

JOSÉ ACEVEDO Y GOMEZ SEDE B

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

								12	8	2023
								DD	MM	AÑO
MENSUAL No.	8	DEL	12	8	2023	AL	12	9	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO	**INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS		CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO JOSÉ ACEVEDO Y GOMEZ SEDE B

COMPONENTE OBRA



1. Identificación caja de aguas negras



2. Instalación orinales



3. Prueba de estancamiento en la zona de baños



4. Encofrado de vigas de suelo



5. Instalación de enchape de baño



6. Fundida de concreto de placa de contrapiso

JOSÉ ACEVEDO Y GOMEZ SEDE B

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

								12	8	2023	
								DD	MM	AÑO	
MENSUAL No.	8	DEL	12	8	2023	AL	12	9	2023	
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO	

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO	**INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS		CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO JOSÉ ACEVEDO Y GOMEZ SEDE B



7. Nivelación de piso



8.Material RCD



9. Instalación de tuberias en baño



10. Zanjeo para tuberias



11. Instalación geomalla de piso



12. Pañete de caja de aguas negras

JOSÉ ACEVEDO Y GOMEZ SEDE B

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

							12	8	2023	
							DD	MM	AÑO	
MENSUAL No.	8	DEL	12	8	2023	AL	12	9	2023	
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO	

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO	**INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**
CONTRATISTA DE OBRA:	**PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA**
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	**CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS**

CONTRATO No: **CO1.PCCNTR.4146220** / **CO1.PCCNTR.4077644**

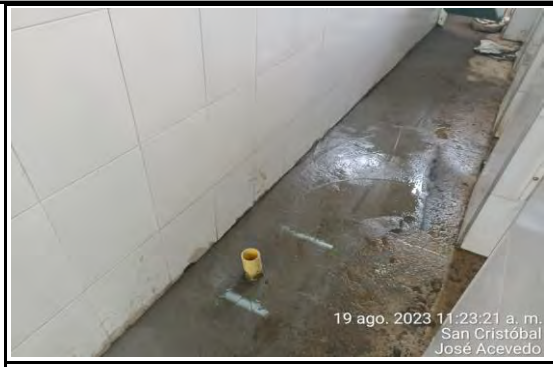
REGISTRO FOTOGRÁFICO JOSÉ ACEVEDO Y GOMEZ SEDE B



13. Reparación vigas de amarre



14. Preparación de cemento para placa de baño



15. Fundida de placa para piso de baños

JOSE FELIX RESTREPO SEDE C

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

			DD	MM	AÑO
			12	8	2023

MENSUAL No.		DEL	DD	MM	AÑO	AL	DD	MM	AÑO
	8		12	8	2023		12	9	2023

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO	**INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA		CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO JOSE FELIX RESTREPO SEDE C

COMPONENTE OBRA



1. Cercamiento de zona para residuos RCD



2.Aplicación de mortero en placa de concreto de cubierta de baño



3. Instalación de vigas metalicas sobre muro



4. Aplicación de pintura sobre tejado



5. Elaboración bordillo de muro



6. Instalación de tuberias para bajantes

JOSE FELIX RESTREPO SEDE C

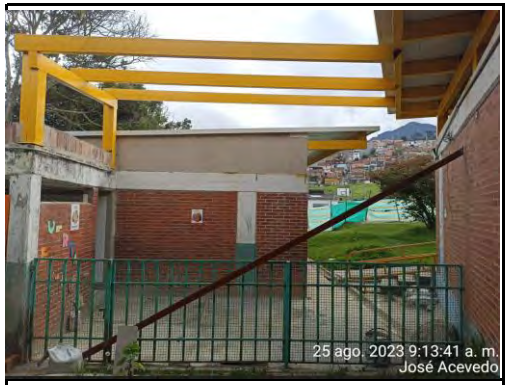
INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

							12	8	2023	
							DD	MM	AÑO	
MENSUAL No.	8	DEL	12	8	2023	AL	12	9	2023	
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO	

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA		CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO JOSE FELIX RESTREPO SEDE C



7. Estructura metalica para tejado



8. Instalación de lavamanos



9. Instalación de tuberias para redes electricas



10. Incorporación de marcos metalicos para ventanas



11. Aplicación de pintura al techo de los baños



12. Instalación de ventanas con rejila

COLEGIO FRANCISCO JAVIER MATIZ SEDE A

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

12	8	2023
DD	MM	AÑO

MENSUAL No.	8	DEL	12	8	2023	AL	12	9	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA		CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO FRANCISCO JAVIER MATIZ SEDE A

COMPONENTE OBRA



1. Demolición manual de muros



2. Deposito de materiales RCD



3. Acopio de vigas metalicas



4. Repellado en muro



5. Instalación de vigas metalicas



6. Soldadura de vigas metalicas a bases

COLEGIO FRANCISCO JAVIER MATIZ SEDE A

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

12	8	2023
DD	MM	AÑO

MENSUAL No.	8	DEL	12	8	2023	AL	12	9	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

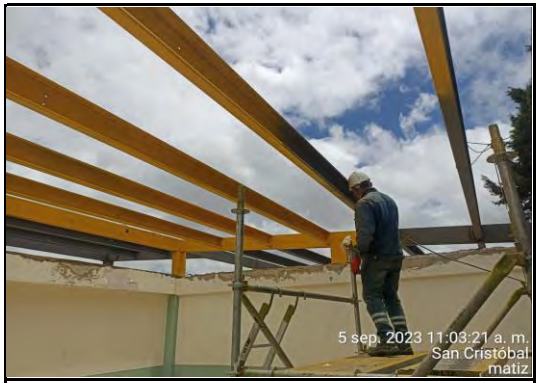
OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENT: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA		CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4077644

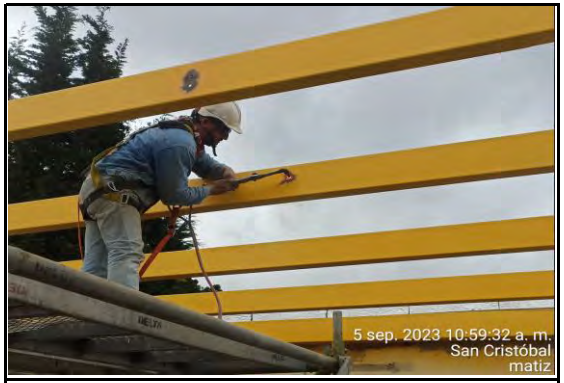
REGISTRO FOTOGRÁFICO FRANCISCO JAVIER MATIZ SEDE A



7.Planeo de suelo mediante vibrocompactadora



8. Aplicación de pintura a vigas metalicas



9. Soldadura sobre vigas metalicas



10. Protección de la arena compactada



11. Pañete de muro



12. Instalación de laminas metalicas

COLEGIO FRANCISCO JAVIER MATIZ SEDE A

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

12	8	2023
DD	MM	AÑO

MENSUAL No.	8	DEL	12	8	2023	AL	12	9	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA		CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO FRANCISCO JAVIER MATIZ SEDE A



13. Acometidas para redes electricas



14. Repellado de muro existente



15. Ensamble de vigas metalicas

COLEGIO JOSE MARIA CARBONEL SEDE A

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

12	8	2023
DD	MM	AÑO

MENSUAL No.	8	DEL	12	8	2023	AL	12	9	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO COLEGIO JOSE MARIA CARBONEL SEDE A

COMPONENTE OBRA



1. Aplicación de pintura a pared exterior



2. Instalación de ventanas



3.Pañete a muros interiores



4. Toma de nivel a escalones



5. Adecuación de portería en muro falso



6. Instalación de lavamanos

COLEGIO JOSE MARIA CARBONEL SEDE A

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

12	8	2023
DD	MM	AÑO

MENSUAL No.	8	DEL	12	8	2023	AL	12	9	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO COLEGIO JOSE MARIA CARBONEL SEDE A



7. Reforzamiento de muro



8. Sostenimiento de muro para puerta



9. Pintura de muros exteriores de aulas



10. Nivelación y construcción de escalera



11. Alisado de pared



12. Reparación de dintel de ventanas exteriores

COLEGIO JOSE MARIA CARBONEL SEDE A

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

12	8	2023
DD	MM	AÑO

MENSUAL No.	8	DEL	12	8	2023	AL	12	9	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO COLEGIO JOSE MARIA CARBONEL SEDE A



13.Soldadura de ventanas para instalación



14. Instalación de puertas para aulas



15. Estucado a muros interiores

COLEGIO MORALBA SEDE C

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

12	8	2023
DD	MM	AÑO

MENSUAL No.	8	DEL	12	8	2023	AL	12	9	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA		CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO MORALBA SEDE C



1. Pañete de muro exterior



2. Demolición manual de muros



3. Demolición de suelo



4. Elaboración de muros



5. Armado de estructura metalica



6. Construcción de caja para tuberias negras

COLEGIO MORALBA SEDE C

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

12	8	2023
DD	MM	AÑO

MENSUAL No.	8	DEL	12	8	2023	AL	12	9	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA		CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO MORALBA SEDE C



7. Cerramiento de la zona de zanjeo para isntalación de tuberias



8. Toma de nivel en muros



9. Acopio de materiales



10. Instalación vigas de amarre



11. Elaboración de muros



12. Soldadura de mallas para ventilación

COLEGIO MORALBA SEDE C

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

12	8	2023
DD	MM	AÑO

MENSUAL No.	8	DEL	12	8	2023	AL	12	9	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS		CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO MORALBA SEDE C



13. Instalación de vigas metalicas sobre muros



14. Soldadura de vigas metalicas



15.Cerramiento de la zona

COLEGIO PANTALEON GAITAN PEREZ SEDE A

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

12	8	2023
DD	MM	AÑO

MENSUAL No.	8	DEL	12	8	2023	AL	12	9	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA		CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO PANTALEON GAITAN PEREZ SEDE A

COMPONENTE OBRA



1. Pañete de muros



2. Demolición de muro



3. Acopio de materiales



4. Levantamiento de pisos en caucho



5. Acabado de pisos en cemento



6. Elaboración de muros

COLEGIO PANTALEON GAITAN PEREZ SEDE A

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

12	8	2023
DD	MM	AÑO

MENSUAL No.	8	DEL	12	8	2023	AL	12	9	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA	CONTRATO No:	CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS		CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO PANTALEON GAITAN PEREZ SEDE A



7. Preparación de cemento



8.Apique de muros



9.Refuerzo de viga



10. Acabado de muro en concreto



11.Toma de nivel para piso en concreto



12.Remoción de bases de parque infantil

COLEGIO PANTALEON GAITAN PEREZ SEDE A

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

12	8	2023
DD	MM	AÑO

MENSUAL No.	8	DEL	12	8	2023	AL	12	9	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS		CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO PANTALEON GAITAN PEREZ SEDE A



13. Demolición y refuerzo de muros internos



14. Identificación tuberia



15. Muro acabo ladrillo a la vista

COLEGIO SAN CRISTOBAL SEDE B

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

12	8	2023
DD	MM	AÑO

MENSUAL No.	8	DEL	12	8	2023	AL	12	9	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

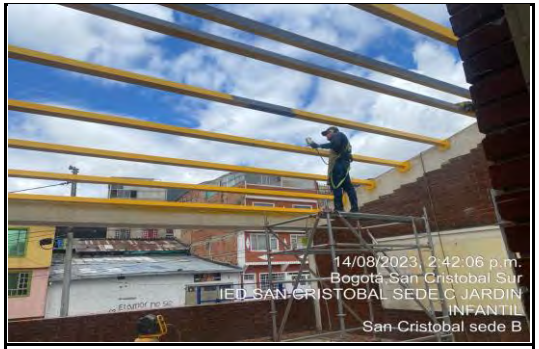
CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA		CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO SAN CRISTOBAL SEDE B

COMPONENTE OBRA



1. Instalación guardaescobas de aulas



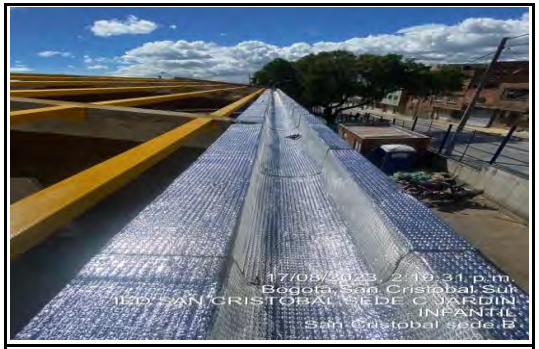
2. Aplicación de pintura a vigas metalicas



3. Soldadura de vigas metalicas a bases/soportes



4. Pintura de canales



5. Impermeabilización de canales



6. Demolición de muros

COLEGIO SAN CRISTOBAL SEDE B

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

12	8	2023
DD	MM	AÑO

MENSUAL No.	8	DEL	12	8	2023	AL	12	9	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA	CONTRATO No:	CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS		CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO SAN CRISTOBAL SEDE B



7. Entejado sobre vigas metalicas



8. Refuerzo de concreto sobre muros



9. Pisos en baldosa



10.Limpieza de residuos generados por el concreto



11. Instalación de ventanas exteriores



12. Enchapado de piso en aulas

COLEGIO SAN CRISTOBAL SEDE B

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

12	8	2023
DD	MM	AÑO

MENSUAL No.	8	DEL	12	8	2023	AL	12	9	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA	CONTRATO No:	CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS		CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO SAN CRISTOBAL SEDE B



13. Colocación de cemento para instalación de baldosa



14. Desechos de RCD



15. Limpieza posterior al emboquillado de piso

EMERGENCIAS

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

12	8	2023
DD	MM	AÑO

MENSUAL No.	8	DEL	12	8	2023	AL	12	9	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA		CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO EMERGENCIAS

COMPONENTE OBRA



1. Cerramiento de la zona de trabajo



2. Cuneta



3. Impermeabilización de tanque



4. Visita de obra shut florentino



5. Identificación zona de instalación de shut



6. Visita obr ashut colegioFlorentino

EMERGENCIAS

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

12	8	2023
DD	MM	AÑO

MENSUAL No.	8	DEL	12	8	2023	AL	12	9	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA		CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO EMERGENCIAS



7. Instalación de breaker



8. Identificación de perillas de manejo de bombas hidraulicas



9. Estado del motor de la bomab hidraulica



10. Zona donde se presenta la tala de arboles



11. Material vegetal picado



12. Acumulación de material vegetal picado

EMERGENCIAS

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

12	8	2023
DD	MM	AÑO

MENSUAL No.	8	DEL	12	8	2023	AL	12	9	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA		CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO EMERGENCIAS



13. Numeración de arboles para posterior tala



14. Medición de los arboles



15. Tocón de árbol resutado de la tala



16. Identificación de las ventanas a desmontar



17. Cubrimiento de la zona de la ventana retirada



18. Estado de la ventana retirada

EMERGENCIAS

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

12	8	2023
DD	MM	AÑO

MENSUAL No.	8	DEL	12	8	2023	AL	12	9	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA		CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO EMERGENCIAS



17. Desmonte de cubierta



18. Estado de los muro de la cubierta



19. Estructura metalica para la disposicion de cubierta



20. Shut de basuras



21. Pañete de paredes interiores del baño



22. Acabados de baño

EMERGENCIAS

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

12	8	2023
DD	MM	AÑO

MENSUAL No.	8	DEL	12	8	2023	AL	12	9	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA		CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4077644

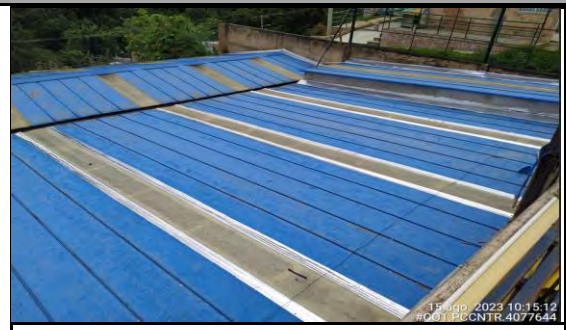
REGISTRO FOTOGRÁFICO EMERGENCIAS



23. Estado actual de la cubierta



24. Flanche cubierta



25. Instalación de cinta entre traslapo de tejas



26. Retiro de fachaleta



27. Cerramiento de zona de trabajo



28. Pinutra de muro perimetral

EMERGENCIAS

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA - REGISTRO FOTOGRÁFICO

12	8	2023
DD	MM	AÑO

MENSUAL No.	8	DEL	12	8	2023	AL	12	9	2023
			DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

OBJETO DE CONTRATO DE INTERVENTO: **INTERVENTORÍA INTEGRAL AL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y SEDES ADMINISTRATIVAS, CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA (GRUPO 07).**

CONTRATISTA DE OBRA:	PROFESIONALES Y ASOCIADOS LTDA		CO1.PCCNTR.4146220
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS	**CONTRATO No:**	CO1.PCCNTR.4077644

REGISTRO FOTOGRÁFICO EMERGENCIAS



29. Instalación y pintura de correas



30. Impermabilización de tanque



31. Instalación de punto electrico de horno

Anexo TEC-14– Certificado de Materiales

ISO/IEC 17025:2017
20-LAB-014

INFORME DE ENSAYOS No. 741-23-02

CARACTERIZACIÓN DE AGREGADOS Y GRANULARES

COMPAÑIA:	CONSTRITURAR S.A.S
DIRECCIÓN:	AV CL 26 # 59-51 LC 5
OBRA:	CANTERA CONSTRITURAR
CONTACTO:	DIANA RODRIGUEZ
SITIO EJECUCION:	LABORATORIO DE ENSAYO JML

ITEM DE ENSAYO

No. DE MUESTRA	0419-23	FECHA DE RECEPCION:	2023-04-19
		FECHA DE ENSAYO:	2023-04-25
*CANTERA:	CONSTRITURAR	FECHA DE EMISION:	2023-05-02
*DESCRIPCION:		B-400	
*LOCALIZACIÓN:		-	

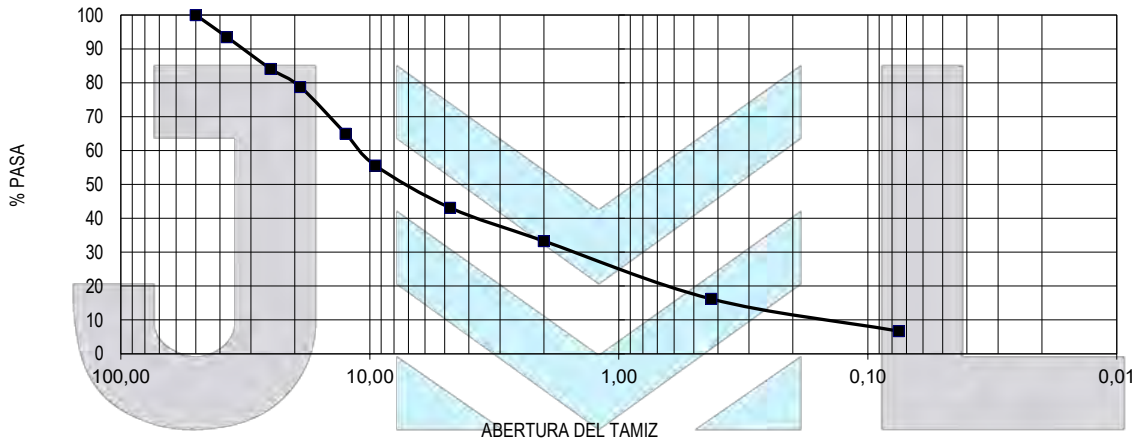
RESULTADOS OBTENIDOS

ANÁLISIS GRANULOMETRICO DE LOS AGREGADOS GRUESO Y FINO
INV E 213:2013

Masa seca total de la muestra (g)	18410,0	**Masa seca inicial después de Lavada / Tamiz Nº 200 (g)**	17176,6

Tamiz	Masa retenida en	% Retenido	% Acumulado	% Pasa	Especificación	
3"	0,0	0,0	0,0	100,0		
2 ½"	0,0	0,0	0,0	100,0		
2"	0,0	0,0	0,0	100,0		
1 ½"	1196,6	6,5	6,5	93,5		
1"	1730,5	9,4	15,9	84,1		
3/4"	981,6	5,3	21,2	78,8		
1/2"	2546,2	13,8	35,1	64,9		
3/8"	1719,1	9,3	44,4	55,6		
Nº4	2301,5	12,5	56,9	43,1		
N°10	1804,1	9,8	66,7	33,3		
N°40	3148,1	17,1	83,8	16,2		
N°200	1748,9	9,5	93,3	6,7		
FONDO	0,0	-	-	-		
Masa seca final	17176,6					

GRADACIÓN



Ensayos e Ingeniería

JML ENSAYOS E INGENIERIA www.jmlingenieria.com
CALLE 78 N° 82- 73 Bogota- Colombia. Tel: 7260786 Cel: 3153390939
gerenciatecnica@jmlingenieria.com

ISO/IEC 17025:2017
20-LAB-014

INFORME DE ENSAYOS No. 741-23-02

CARACTERIZACIÓN DE AGREGADOS Y GRANULARES

COMPAÑIA:	CONSTRITURAR S.A.S
DIRECCIÓN:	AV CL 26 # 59-51 LC 5
OBRA:	CANTERA CONSTRITURAR
CONTACTO:	DIANA RODRIGUEZ
SITIO EJECUCION:	LABORATORIO DE ENSAYO JML

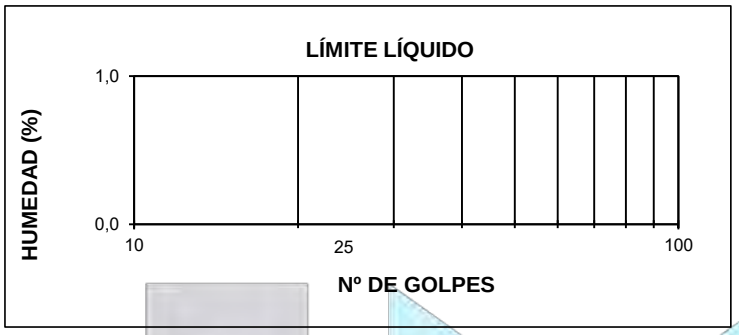
ITEM DE ENSAYO

No. DE MUESTRA	0419-23	FECHA DE RECEPCION:	2023-04-19
		FECHA DE ENSAYO:	2023-04-25
*CANTERA:	CONSTRITURAR	FECHA DE EMISION:	2023-05-02
*DESCRIPCION:		B-400	
*LOCALIZACIÓN:		-	

RESULTADOS OBTENIDOS

DETERMINACIÓN DEL LÍMITE LÍQUIDO INV E 125:2013			
Nº de Golpes			
Recipiente Nº	-	-	-
Masa recipiente + suelo humedo, (g)	-	-	-
Masa recipiente + suelo seco, (g)	-	-	-
Masa recipiente, (g)	-	-	-
Masa del agua, (g)	-	-	-
Masa suelo seco, (g)	-	-	-
Humedad %	-	-	-

LÍMITE PLÁSTICO E ÍNDICE DE PLASTICIDAD INV E 126:2013		
Recipiente Nº	-	-
Masa recipiente + suelo humedo, (g)	-	-
Masa recipiente + suelo seco, (g)	-	-
Masa recipiente, (g)	-	-
Masa del agua, (g)	-	-
Masa suelo seco, (g)	-	-
Humedad %	-	-



MATERIAL QUE PASA EL TAMIZ (N°200) MEDIANTE LAVADO INV E 214:2013	
Masa muestra seca, g	18410,0
Masa muestra seca despues de lavada, g	17176,6
% Pasa tamiz N°200	6,7

HUMEDAD DE AGREGADOS INV E 122:2013	
Recipiente Nº	-
Masa Recipiente + Suelo Húmedo (g)	-
Masa Recipiente + Suelo Seco (g)	-
Masa Recipiente (g)	-
Humedad Natural en %	-

Gravas (%)	56,9
Arenas (%)	36,4
Pasa Tamiz Nº 200 (%)	6,7
Modulo de finura	4,87
Limite liquido	NL
Índice de plasticidad	NP

OBSERVACIONES:

EL PRESENTE INFORME NO PODRA REPRODUCIRSE PARCIALMENTE SIN LA APROBACION DEL LABORATORIO JML ENSAYOS E INGENIERÍA, EXCEPTO CUANDO SE REPRODUCE EN SU TOTALIDAD.
LOS RESULTADOS RELACIONADOS EN ESTE INFORME SOLO SON APLICABLES A LOS ITEMS SOMETIDOS A ENSAYO TAL COMO SE RECEPCIONARON DESDE NUESTROS CLIENTES..
EL LABORATORIO NO SE HACE RESPONSABLE POR LA INFORMACION SUMINISTRADA O CONFIRMADA POR EL CLIENTE, QUE PUEDA AFECTAR LA VALIDEZ DE LOS RESULTADOS.
EL LABORATORIO NO ES RESPONSABLE DEL MUESTREO ASOCIADO A LOS ITEMS DE ENSAYO
** DATOS SUMINISTRADOS POR EL CLIENTE*

REVISÓ Y APROBÓ:

ING. JULIÁN MAZUERA R.
GERENTE TECNICO

JML ENSAYOS E INGENIERIA www.jmlingenieria.com
CALLE 78 N° 82- 73 Bogota- Colombia. Tel: 7260786 Cel: 3153390939
gerenciatecnica@jmlingenieria.com

FIN DE INFORME

ISO/IEC 17025:2017
20-LAB-014

INFORME DE ENSAYOS No. 741-23-02

RELACIÓN DE PESO UNITARIO - HUMEDAD EN LOS SUELOS
ENSAYO MODIFICADO DE COMPACTACION

INV-E-142-2013

COMPAÑIA:	CONSTRITURAR S.A.S
DIRECCIÓN:	AV CL 26 # 59-51 LC 5
OBRA:	CANTERA CONSTRITURAR
CONTACTO:	DIANA RODRIGUEZ
SITIO EJECUCION:	

ITEM DE ENSAYO

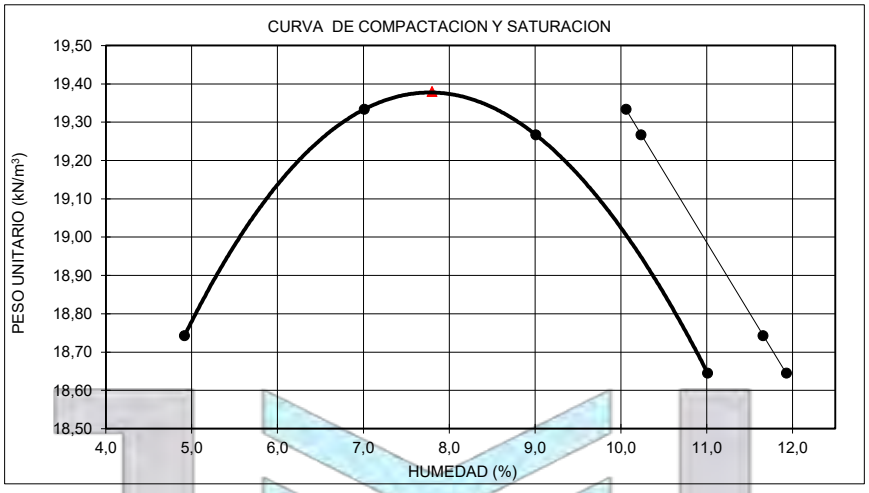
No. DE MUESTRA	0419-23	FECHA DE RECEPCION:	2023-04-19
		FECHA DE ENSAYO:	2023-04-25
*CANTERA:	CONSTRITURAR	FECHA DE EMISION:	2023-05-02
*DESCRIPCION:		B-400	
*LOCALIZACIÓN:		-	

RESULTADOS OBTENIDOS

Número de capas:	5	Número de Golpes.:	56	Preparacion de muestra:	HUMEDA
Tipo de Martillo:	MANUAL	Volumen del Molde cm^3:	2124	Metodo Compactación:	C
Molde Número.:	72				

		1	2	3	4
Masa molde + base + suelo compactado	g	9875	10097	10165	10099
Masa del molde + base	g	5616	5616	5616	5616
Masa humeda compacta	g	4259	4481	4549	4483
Humedad	%	4,9	7,0	9,0	11,0
Humedad de saturacion	%	11,7	10,1	10,2	11,9
Masa seca	g	4059	4187	4173	4038
Densidad humeda	kg/m³	2005	2110	2142	2111
Densidad seca	kg/m³	1911	1971	1965	1901
Peso unitario seco	γd	18,74	19,33	19,27	18,65

Gravedad especifica grueso:	2,37	Densidad maxima de laboratorio	kg/m³	1975
Gravedad especifica fino:	2,49	Peso unitario maximo de laboratorio:	kN/m^3	19,38
Gravedad especifica ponderada:	2,46	Humedad optima	%	7,8
Porcentaje de fraccion (PFG)	21,5	Densidad y Peso unitario maximo corregido	kN/m^3	2049
Porcentaje de fraccion (PFF)	78,5	Humedad corregida	%	4,1



OBSERVACIONES:

EL PRESENTE INFORME NO PODRA REPRODUCIRSE PARCIALMENTE SIN LA APROBACION DEL LABORATORIO JML ENSAYOS E INGENIERIA. EXCEPTO CUANDO SE REPRODUCE EN SU TOTALIDAD.
LOS RESULTADOS RELACIONADOS EN ESTE INFORME SOLO SON APLICABLES A LOS ITEMS SOMETIDOS A ENSAYO TAL COMO SE RECEPCIONARON DESDE NUESTROS CLIENTES.
EL LABORATORIO NO SE HACE RESPONSABLE POR LA INFORMACION SUMINISTRADA O CONFIRMADA POR EL CLIENTE, QUE PUEDA AFECTAR LA VALIDEZ DE LOS RESULTADOS.
EL LABORATORIO NO ES RESPONSABLE DEL MUESTREO ASOCIADO A LOS ITEMS DE ENSAYO
** DATOS SUMINISTRADOS POR EL CLIENTE*

REVISÓ Y APROBÓ:

ING. JULIÁN MAZUERA R.
GERENTE TECNICO

JML ENSAYOS E INGENIERIA www.jmlingenieria.com
CALLE 78 N° 82- 73 Bogota- Colombia. Tel: 7260786 Cel: 3153390939
gerenciatecnica@jmlingenieria.com

FIN DE INFORME

INFORME DE ENSAYOS No. 741-23-02
DETERMINACION DEL CONTENIDO ORGANICO DE UN SUELO MEDIANTE EL ENSAYO DE PERDIDA POR IGNICION
MÉTODO INV E 121:2013

COMPAÑIA:	CONSTRITURAR S.A.S
DIRECCIÓN:	AV CL 26 # 59-51 LC 5
OBRA:	CANTERA CONSTRITURAR
CONTACTO:	DIANA RODRIGUEZ
SITIO EJECUCION:	LABORATORIO DE ENSAYO JML

ITEM DE ENSAYO

No. DE MUESTRA	0419-23	FECHA DE RECEPCION:	2023-04-19
		FECHA DE ENSAYO:	2023-04-25
*CANTERA:	CONSTRITURAR	FECHA DE EMISION:	2023-05-02
*DESCRIPCION:	B-400		
*LOCALIZACIÓN:	-		

RESULTADOS OBTENIDOS

Crisol N°	C	D
Masa del crisol (g)	45,11	45,1
Crisol + masa de la muestra seca (antes) (g)	79,97	79,97
Crisol + masa de la muestra seca (despues) (g)	79,85	79,85
Porcentaje de materia organica (%)	**0,3**	**0,3**

OBSERVACIONES:

EL PRESENTE INFORME NO PODRA REPRODUCIRSE PARCIALMENTE SIN LA APROBACION DEL LABORATORIO JML ENSAYOS E INGENIERÍA, EXCEPTO CUANDO SE REPRODUCE EN SU TOTALIDAD.
LOS RESULTADOS RELACIONADOS EN ESTE INFORME SOLO SON APLICABLES A LOS ITEMS SOMETIDOS A ENSAYO TAL COMO SE RECEPCIONARON DESDE NUESTROS CLIENTES.
EL LABORATORIO NO SE HACE RESPONSABLE POR LA INFORMACION SUMINISTRADA O CONFIRMADA POR EL CLIENTE, QUE PUEDA AFECTAR LA VALIDEZ DE LOS RESULTADOS.
EL LABORATORIO NO ES RESPONSABLE DEL MUESTREO ASOCIADO A LOS ITEMS DE ENSAYO
** DATOS SUMINISTRADOS POR EL CLIENTE*

REVISÓ Y APROBÓ:

ING. JULIÁN MAZUERA R.
GERENTE TECNICO

EMULSIÓN ASFÁLTICA EMULTEXSA

CO03116-V1-15/Feb/15

DEFINICIÓN:

Impermeabilizante asfáltico tipo económico para impermeabilización en frio. - Emulsión asfáltica, fibrosa y polimérica con base agua, para impermeabilizaciones en frío (temperatura ambiente), o para imprimar superficies previa instalación de sistemas asfálticos.

USOS Y PROPIEDADES

- Sistema de impermeabilización en frio con refuerzos dimensionales; para superficies de madera, mortero o concreto.
- Imprimante (Primer) para sistemas asfálticos. Se debe mezclar 1:3 con agua hasta obtener un producto homogéneo.
- Sella poros y capilares en superficies rugosas como el concreto
- Para impermeabilización y protección de culatas en todo tipo de edificaciones.
- Como impermeabilización de fachadas, previa instalación de sistemas flotantes
- Emulsión asfáltica base agua con fibras seleccionadas y con polímeros especiales.
- No emana vapores tóxicos al aplicarse
- Alta flexibilidad y gran adherencia por sus asfaltos encauchetados y su refuerzo en fibras.
- Mayor contenido por unidad de empaque y mayor rendimiento por Kg.

PRESENTACIÓN:

1 galón (4 Kg), 2,5 galones (10Kg),1 Caneca (22 Kg), y 1 Tambor (200 Kg).

RENDIMIENTO:

Como Impermeabilizante: 7 - 9 m^2/Gal/Capa. Aproximadamente dependiendo de la rugosidad de la superficie y del espesor de la capa aplicada
Como Imprimación (dilución 1:3): 20 - 25 m^2 dependiendo de la rugosidad y porosidad de la superficie

MODO DE EMPLEO: (Ver condiciones de soporte)

- Homogenizar el producto antes y durante su aplicación.
- **Como imprimante (dilución 1:3):** Aplicar la dilución del producto con trapero o escoba de cerdas suaves, extendiéndolo uniformemente sobre la superficie y por etapas hasta completar paulatinamente toda el área.
- **Como sistema en frio**: Aplicar directamente el producto con brocha, haragán o llana dentada extendiéndolo uniformemente sobre la superficie hasta completar toda el área. Para mayor duración, deberá colocarse con refuerzos dimensionales (Fibra de Vidrio Texsa o Texsapol) y se deberá proteger con pintura bituminosa de aluminio Texsalum.
- **Para Impermeabilizaciones nuevas** (Como sistema de impermeabilización en frio) Aplique una capa pura de EMULTEXSA y extienda una tela de refuerzo (Fibra de Vidrio ó Fibra Poliéster), asegurando que no queden bolsas de aire o, arrugas y que quede totalmente adherida deje secar (Aprox. 2 hrs), Luego aplique la segunda capa pura de EMULTEXSA y extienda la tela de refuerzo, deje secar (Aprox. 2 hrs). Aplique una tercera capa pura de EMULTEXSA, deje secar (Aprox. 8 días), proteja la impermeabilización de los rayos UV con una capa de TEXSALUM. Para superficies porosas se recomienda imprimar previamente.
- **Para reparaciones y reparcheos** Retirar en su totalidad el sistema de impermeabilización hasta llegar al sustrato, y aplicar el producto siguiendo las indicaciones del punto anterior.
- **Para mantenimiento preventivo del sistema de impermeabilización en frio**. Cada 18 meses aplique una capa pura de EMULTEXSA, deje secar (Aprox. 8 días), proteja la impermeabilización de los rayos UV con una capa de TEXSALUM. Si el sistema se observa craquelado o de laminado considere una reimpermeabilziación genera siguiendo las indicaciones para impermeabilizaciones nuevas.
- Para áreas que estarán sometidas a tráfico peatonal, proteja la impermeabilización con un mortero reforzado o con el uso de prefabricados, asilando la impermeabilización con TELA ASFÁLTICA TEXSA para evitar daños por afectación mecánica.

VENTAJAS:

- Económica.
- Fácil de aplicar, libre de solventes
- Optima resistencia a la intemperie y los cambios de temperatura.
- Excelente poder de adherencia y elasticidad incluso sobre superficies ligeramente húmedas.
- No necesita calentarse.
- No emana vapores tóxicos al aplicarse.
- No contiene disolventes.

ALMACENAMIENTO:

- El producto debe estar protegido de la intemperie y en su envase original (Un año en estantería). Una vez abierto el envase consumir el producto completamente.

PRECAUCIONES:

- En contacto con los ojos, se deberá lavar con abundante agua limpia durante 10 minutos y acudir de inmediato al médico.
- En contacto con la piel, antes de secarse el producto se debe lavar con agua y jabón. Conservar precauciones de higiene.
- Manténgase fuera del alcance de los niños.

TEXSA se reserva el derecho de modificar la información de este documento sin previo aviso y niega toda responsabilidad en caso de irregularidades causadas por el uso incorrecto del producto. Los valores reflejados en la presente ficha técnica corresponden a valores medios obtenidos a partir de pruebas realizadas en ambiente controlado..

CERTIFICADO DE CALIDAD

ACESCO COLOMBIA S.A.S.
Nit. 8600267530
Parque Industrial Malambo S.A., Km 3 Vía Malambo-Sabanagrande,
Atlántico, Colombia.
PBX: 57-5-3718100,
Fax: 57-5-3478030/31/32
www.acesco.com

N. ENTREGA: 8000387983
CLIENTE: HIERROS HB S.A. (FONTIBON)

FECHA 18.04.2023

MATERIAL: 111205 - Metaltub N 1_1/2"-1.50 6000 CERRAMIENTO
NORMA DE CALIDAD: NORMA NTC 1560

LOTE No COLADA No PESO	0009213059 445249 650,748 kg				
PORCENTAJE DE CARBONO	0,060 %				
PORCENTAJE DE MANGANESO	0,230 %				
PORCENTAJE DE FÓSFORO	0,017 %				
PORCENTAJE DE AZUFRE	0,004 %				
PORCENTAJE DE SILICIO	%				

Las propiedades químicas presentadas son las reportadas por el proveedor de origen de la materia prima.

Certificamos que el material aquí descrito ha sido inspeccionado y ensayado conforme a los estándares mencionados. No requiere firma autógrafa ya que los resultados son generados por computador.

CERTIFICADO

N° REGISTRO
F-928876

N.I.T:
800121199

Cliente
HIERROS HB S.A

ESPECIFICACIONES DE BOBINA MADRE

# Lote	% Cx100	% Mnx100	% Px1000	% Sx1000
JP-L33370-1	8.00	87.00	10.00	4.00

TIPO B (SS GR45) - TUB EST RED GR B - OTROS

UND TUBO EST RED 1,50 X 1" (33) X 6000 MM NTC 4526 GR B

# Lote	Fecha Fabricación	Aplastamiento	Diámetro Externo (mm)	Longitud (mm)
JP-R05485	11/3/2022	Cumple	33.02	6008.00

Elongación (%)	Punto de fluencia (MPa)	Resistencia ultima (MPa)
20.06	396.87	448.37

# Lote	Fecha Fabricación	Aplastamiento	Diámetro Externo (mm)	Longitud (mm)
JP-R05486	11/3/2022	Cumple	33.02	6008.00

Elongación (%)	Punto de fluencia (MPa)	Resistencia ultima (MPa)
20.06	396.87	448.37

OBSERVACIONES

*Los datos del presente certificado de calidad, han sido revisados por el área de calidad.
**Los resultados reportados en este informe de ensayos se relacionan únicamente a los materiales ensayados, aquí descritos.
***No se debe reproducir información parcial del certificado de calidad, excepto, si se hace en su totalidad, con la aprobación escrita del laboratorio emisor.

AUTORIZA: Luis Velasquez - Lider De Producto

Luis Velasquez

CERTIFICADO

N° REGISTRO
F-928876

N.I.T:
800121199

Cliente
HIERROS HB S.A

ESPECIFICACIONES DE BOBINA MADRE

# Lote	% Cx100	% Mnx100	% Px1000	% Sx1000
CH-210637403J	15.00	30.00	15.00	10.00

TIPO B (SS GR45) - TUB EST RED GR B - OTROS

UND TUBO EST RED 2,30 X 1 1/2" (48,3) X 6000 MM NTC 4526 GR B

# Lote	Fecha Fabricación	Aplastamiento	Diámetro Externo (mm)	Longitud (mm)
CH-AH170568	19/2/2022	Cumple	48.20	6010.00

Elongación (%)	Punto de fluencia (MPa)	Resistencia ultima (MPa)
25.24	382.48	468.49

OBSERVACIONES

*Los datos del presente certificado de calidad, han sido revisados por el área de calidad.
**Los resultados reportados en este informe de ensayos se relacionan únicamente a los materiales ensayados, aquí descritos.
***No se debe reproducir información parcial del certificado de calidad, excepto, si se hace en su totalidad, con la aprobación escrita del laboratorio emisor.

AUTORIZA: Luis Velasquez - Lider De Producto

Luis Velasquez

CERTIFICADO

N° REGISTRO
F-928876

N.I.T:
800121199

Cliente
HIERROS HB S.A

ESPECIFICACIONES DE BOBINA MADRE

# Lote	% Cx100	% Mnx100	% Px1000	% Sx1000
CH-210731023B	15.00	27.00	17.00	9.00

TIPO B (SS GR45) - TUB EST RED GR B - OTROS

UND TUBO EST RED 2,50 X 4" (114) X 6000 MM NTC 4526 GR B

# Lote	Fecha Fabricación	Aplastamiento	Diámetro Externo (mm)	Longitud (mm)
CH-B148523	27/1/2022	Cumple	114.08	6009.00

Elongación (%)	Punto de fluencia (MPa)	Resistencia ultima (MPa)
23.53	347.40	453.84

# Lote	Fecha Fabricación	Aplastamiento	Diámetro Externo (mm)	Longitud (mm)
CH-B148525	27/1/2022	Cumple	114.08	6009.00

Elongación (%)	Punto de fluencia (MPa)	Resistencia ultima (MPa)
23.53	347.40	453.84

# Lote	Fecha Fabricación	Aplastamiento	Diámetro Externo (mm)	Longitud (mm)
CH-B148526	27/1/2022	Cumple	114.08	6009.00

Elongación (%)	Punto de fluencia (MPa)	Resistencia ultima (MPa)
23.53	347.40	453.84

# Lote	Fecha Fabricación	Aplastamiento	Diámetro Externo (mm)	Longitud (mm)
CH-B148527	27/1/2022	Cumple	114.08	6009.00

Elongación (%)	Punto de fluencia (MPa)	Resistencia ultima (MPa)
23.53	347.40	453.84

OBSERVACIONES

*Los datos del presente certificado de calidad, han sido revisados por el área de calidad.
**Los resultados reportados en este informe de ensayos se relacionan únicamente a los materiales ensayados, aquí descritos.
***No se debe reproducir información parcial del certificado de calidad, excepto, si se hace en su totalidad, con la aprobación escrita del laboratorio emisor.

AUTORIZA: Luis Velasquez - Lider De Producto

YATO(HK) HOLDINGS LIMITED

MANUFACTURER'S TEST CERTIFICATE

EN10204 3.1

CUSTOMER:
LA CAMPANA SERVICIOS DE ACERO SA
ADDRESS: AUTOPISTA MEDELLIN KM 2.7 SEGUNDO RETORNO VIA SIBERIA, BOGOTA, BODEGA 3 COTA-CUDINAMARCA, COLOMBIA NIT: 860.056.971-8

INVOICE NO. & DATE: YFS-11254 Date:2022-08-19

DESCRIPTION OF GOODS:

Hollow Sections ASTM A500 Gr. B / Gr. C (China steel grade Q235)

SPECIFICATIONS					QUALITYS									
								CHEMICAL ANALISIS(%)				MECHANICALANALISIS		
NO.	SIZE		WT (mm)	LENGTH (m)	PCS	WEIGHT (MT)	Heat No.	C	Mn	P	S	TENSION TEST		YIELD POINT (Mpa)
	mm	mm										TENSILE STRENGTH (N/mm2)	ELONGATION(%)	
1	120	120	2,5	6	96	5,35	G2294399	0,16	0,44	0,022	0,03	416	34,5	327
2	50	50	3	6	320	8,64	G2294647	0,15	0,43	0,024	0,031	464	30,5	331
3	100	100	3	6	300	16,58	G7854205	0,16	0,42	0,022	0,03	456	31,5	324
4	120	120	3	6	160	10,65	X0551293	0,15	0,45	0,017	0,032	405	34,5	330
5	150	150	3	6	126	10,52	X0513812	0,15	0,43	0,022	0,03	415	34,5	328
6	100	100	4	6	225	16,44	X04-13971	0,16	0,44	0,022	0,03	412	30,5	331
7	120	120	4	6	96	8,46	G20489884	0,15	0,46	0,019	0,032	474	30	369
8	150	150	4	6	189	20,93	G20407122	0,16	0,44	0,023	0,03	427	34,5	326
9	200	200	4	6	68	10,09	G20415680	0,16	0,44	0,023	0,03	405	34,5	330
10	150	150	4,5	6	81	10,07	G20489824	0,15	0,43	0,022	0,03	415	34,5	328
11	200	200	4,5	6	72	12,00	X0213157	0,16	0,44	0,022	0,03	435	30,5	333
12	100	100	6	6	75	8,09	G2205893	0,16	0,44	0,022	0,03	464	30,5	331
13	150	150	6	6	63	10,35	G2205845	0,16	0,44	0,023	0,03	406	32	334
14	200	200	6	6	56	12,37	G7846156	0,15	0,44	0,022	0,032	415	31,5	328
15	200	200	8	6	36	10,52	X0213096	0,15	0,43	0,024	0,031	415	33	328
16	250	250	8	6	28	10,29	X0315495	0,16	0,42	0,025	0,03	467	30,5	331
17	100	50	2,5	6	608	20,94	G20588489	0,15	0,45	0,018	0,032	474	31	323
18	120	60	2,5	6	364	15,11	G7841267	0,15	0,43	0,022	0,031	421	32,5	326
19	150	50	2,5	6	192	8,87	G20837736	0,16	0,44	0,022	0,03	405	31,5	332
20	200	100	2,5	6	120	8,37	G20893761	0,15	0,43	0,024	0,031	415	34,5	328
21	100	50	3	6	128	5,26	G20774952	0,16	0,42	0,022	0,03	462	30,5	331
22	120	60	3	6	168	8,34	X21427771	0,15	0,45	0,017	0,032	456	31,5	325
23	150	50	3	6	168	9,28	G7841269	0,15	0,43	0,022	0,03	416	34,5	327
24	200	70	3	6	108	8,11	G20837738	0,16	0,44	0,022	0,03	464	30,5	331
25	200	100	3	6	184	15,37	G20893769	0,15	0,46	0,019	0,032	456	31,5	324
26	250	100	3	6	88	8,60	X0513819	0,16	0,44	0,023	0,03	405	34,5	330
27	150	100	4	6	96	8,82	X04-13978	0,15	0,43	0,022	0,03	415	34,5	328
28	200	70	4	6	60	5,97	G20489895	0,16	0,42	0,025	0,03	412	30,5	331
29	200	100	4	6	96	10,63	X207107670	0,15	0,42	0,018	0,032	474	30	369
30	150	50	4,5	6	72	5,89	X207107681	0,15	0,43	0,022	0,031	427	34,5	326
31	150	100	4,5	6	84	8,66	X207107693	0,16	0,43	0,022	0,03	464	29	372
32	200	70	4,5	6	48	5,35	G20407964	0,15	0,43	0,022	0,03	451	30	375
TOTAL					4575	334,92								

ROUND black steel pipes oiled

SPECIFICATIONS					QUALITYS									
								CHEMICAL ANALISIS(%)				MECHANICALANALISIS		
NO.	SIZE		WT (mm)	LENGTH (m)	PCS	WEIGHT (MT)	Heat No.	C	Mn	P	S	TENSION TEST		YIELD POINT (Mpa)
	INCH	mm										TENSILE STRENGTH (N/mm2)	ELONGATION(%)	
33	3	88,9	3	6	222	8,47	G20407233	0,16	0,43	0,017	0,031	457	31,5	326
34	4	114,3	3	6	171	8,45	X207108015	0,15	0,44	0,02	0,03	416	31	325
TOTAL					393	16,92								

ROUND Galvanized steel pipes Z180

SPECIFICATIONS					QUALITYS									
								CHEMICAL ANALISIS(%)				MECHANICALANALISIS		
NO.	SIZE		WT (mm)	LENGTH (m)	PCS	WEIGHT (MT)	Heat No.	C	Mn	P	S	TENSION TEST		YIELD POINT (Mpa)
	INCH	mm										TENSILE STRENGTH (N/mm2)	ELONGATION(%)	
35	11/2	48,3	2,5	6	610	10,65	G20407245	0,15	0,45	0,017	0,032	459	32	328
36	2	60,3	2,9	6	333	8,45	G20407256	0,16	0,43	0,017	0,031	457	31,5	326
37	3	88,9	2,9	6	222	8,44	G20407233	0,15	0,44	0,02	0,03	418	31	325
38	4	114,3	2,9	6	171	8,42	G20407241	0,16	0,43	0,017	0,031	457	31,5	326
39	11/2	48,3	2,9	6	549	11,03	X207107905	0,15	0,44	0,02	0,03	416	31	325
TOTAL					1885	46,99								

GRAND TOTAL QANTITY:398.83MT

WE HEREBY CERTIFY THAT THE MATERIALHEREIN HAS BEEN TESTED IN ACCORDANCE WITH ABOVE SPECIFICATIONSAND THE RESULTS OF ALL TESTS ARE ACCEPTABLE.

Shipping Mark:
blue

<Signature>

For and on behalf of
YATO (HK) HOLDINGS LIMITED
亞拓(香港)控股有限公司
Authorized Signature(s)

INFORME DE ENSAYOS

Razón Social: **Ternium Colombia S.A.S.** Página Web: **www.ternium.com.co**
NIT: **890932389-8**
Teléfono: **01 8000 423 724**
Dirección: **Carrera 42 # 26 - 18. Itagûi**

INFORMACION GENERAL

Cliente: **HIERROS HB SA FONTIBON** Fecha Impresión **22/12/14**
Dirección: **CR 123 15 83 BOGOTA** No. Remisión: **82542463**
Teléfono: **4216007** Página: **1 de 11**

DATOS GENERALES					PROPIEDADES QUIMICAS									
MATERIAL	DESCRIPCION	LOTE	NORMA.PRODUCTO	FABRICANTE	% C	% Mn	% Si	% S	% P	% Cr	% Ni	% Cu	% Sn	% V
8002590	TUBO CERR GALV. 1.5mm 1 1/2" 6m	PAS225619E		Ternium	0.070	0.311		0.004	0.011			0.007		
8002590	TUBO CERR GALV. 1.5mm 1 1/2" 6m	PDX389601A		Ternium	0.03	0.17	0.020	0.003	0.014					
8002627	TUBO CERR NEG 1.5mm 1 1/2" 6m	PTM5GS101K		Ternium	0.10	0.35	0.007	0.01	0.02	0.040	0.030	0.050		0.006
8002625	TUBO CERR NEG 1.5mm 1 1/4" 6m	PDXJ10721F		Ternium	0.05	0.28	0.010	0.01	0.015	0.02	0.02	0.04		
8002625	TUBO CERR NEG 1.5mm 1 1/4" 6m	PTM2GS100L		Ternium	0.05	0.18	0.017	0.00	0.01	0.020	0.025	0.060		0.002
8002625	TUBO CERR NEG 1.5mm 1 1/4" 6m	PTM2GS100Z		Ternium	0.05	0.18	0.017	0.00	0.01	0.020	0.025	0.060		0.002
8002644	TUBO CERR NEG 1.9mm 1" 6m	PDK599001K		Ternium	0.090	0.370	0.020	0.018	0.010	0.030	0.020	0.030		
8002644	TUBO CERR NEG 1.9mm 1" 6m	PDK_65601C		Ternium	0.06	0.28	0.020	0.01	0.01	0.040	0.010	0.020		0.002
8002644	TUBO CERR NEG 1.9mm 1" 6m	PDX080091J		Ternium	0.04	0.18	0.010	0.01	0.016	0.06	0.01	0.00		
8002644	TUBO CERR NEG 1.9mm 1" 6m	PDX177222I		Ternium	0.04	0.22	0.020	0.01	0.015	0.02	0.01	0.03		
8002644	TUBO CERR NEG 1.9mm 1" 6m	PTM5CS300Z		Ternium	0.063	0.350	0.021	0.003	0.005	0.014	0.021	0.037		
8002640	TUBO CERR NEG 1.9mm 1/2" 6m	PDK373401F		Ternium	0.05	0.24	0.020	0.01	0.01	0.020	0.010	0.020		0.002
8002650	TUBO CERR NEG 1.9mm 2 1/2" 6m	PDX_80021Z		Ternium	0.04	0.18	0.010	0.01	0.016	0.06	0.01	0.00		
8002652	TUBO CERR NEG 1.9mm 4" 6m	PDX080121C		Ternium	0.04	0.18	0.010	0.01	0.016	0.05	0.01	0.02		
8002652	TUBO CERR NEG 1.9mm 4" 6m	PTM_CS300Z		Ternium	0.063	0.350	0.021	0.003	0.005	0.014	0.021	0.037		
8002662	TUBO CERR NEG 2.3mm 1 1/2" 6m	PTM2QBS01D		Ternium	0.100		0.012	0.003	0.015	0.011	0.005	0.006		
8002660	TUBO CERR NEG 2.3mm 1 1/4" 6m	PDX079931H		Ternium	0.05	0.20	0.020	0.01	0.015	0.06	0.01	0.02		

Autoriza
Eivy Dayan Jerez Salazar
Laboratory Manager

Los datos del presente informe de ensayos, han sido revisados por el área de Verificaciones y Laboratorio.
La conformidad de los resultados de ensayo está basada en aceptación simple.
Los resultados reportados en este informe de ensayos se relacionan únicamente a los materiales ensayados, aquí descritos.
No se debe reproducir información parcial del informe de ensayos, excepto, si se hace en su totalidad con la aprobación escrita del laboratorio emisor.

INFORME DE ENSAYOS

Razón Social: **Ternium Colombia S.A.S.** Página Web: **www.ternium.com.co**
NIT: **890932389-8**
Teléfono: **01 8000 423 724**
Dirección: **Carrera 42 # 26 - 18. Itagûi**

INFORMACION GENERAL

Cliente: **HIERROS HB SA FONTIBON** Fecha Impresión **22/12/14**
Dirección: **CR 123 15 83 BOGOTA** No. Remisión: **82542463**
Teléfono: **4216007** Página: **2 de 11**

DATOS GENERALES					PROPIEDADES QUIMICAS									
MATERIAL	DESCRIPCION	LOTE	NORMA.PRODUCTO	FABRICANTE	% C	% Mn	% Si	% S	% P	% Cr	% Ni	% Cu	% Sn	% V
8002660	TUBO CERR NEG 2.3mm 1 1/4" 6m	PDX099942Z		Ternium	0.05	0.26	0.010	0.01	0.008	0.02	0.01	0.02		
8002660	TUBO CERR NEG 2.3mm 1 1/4" 6m	PDX_75241D		Ternium	0.05	0.18	0.000	0.01	0.015	0.02	0.01	0.01	0.001	
8002660	TUBO CERR NEG 2.3mm 1 1/4" 6m	PDX_99942Z		Ternium	0.05	0.26	0.010	0.01	0.008	0.02	0.01	0.02		
8002660	TUBO CERR NEG 2.3mm 1 1/4" 6m	PTM7PS101D		Ternium	0.070		0.020	0.009	0.013	0.030	0.020	0.040		
8002658	TUBO CERR NEG 2.3mm 1" 6m	PDX099941Z		Ternium	0.05	0.26	0.010	0.01	0.008	0.02	0.01	0.02		
8002658	TUBO CERR NEG 2.3mm 1" 6m	PDX099942A		Ternium	0.05	0.26	0.010	0.01	0.008	0.02	0.01	0.02		
8002658	TUBO CERR NEG 2.3mm 1" 6m	PTM1QBS00F		Ternium	0.100		0.012	0.003	0.015	0.011	0.005	0.006		
8002666	TUBO CERR NEG 2.3mm 2 1/2" 6m	PDXA37841D		Ternium	0.04	0.19	0.000	0.01	0.011	0.03	0.01	0.02		
8002666	TUBO CERR NEG 2.3mm 2 1/2" 6m	PDXB37841D		Ternium	0.04	0.19	0.000	0.01	0.011	0.03	0.01	0.02		
8002666	TUBO CERR NEG 2.3mm 2 1/2" 6m	PDX_07533A		Ternium	0.04	0.33	0.010	0.01	0.011	0.04	0.02	0.02		
8002664	TUBO CERR NEG 2.3mm 2" 6m	PDKA69502B		Ternium	0.08		0.02	0.01	0.01	0.02	0.01	0.02		
8002664	TUBO CERR NEG 2.3mm 2" 6m	PDX125231Z		Ternium	0.04	0.19	0.000	0.01	0.009	0.01	0.01	0.02		
8002664	TUBO CERR NEG 2.3mm 2" 6m	PDX207521B		Ternium	0.05	0.34	0.000	0.01	0.010	0.04	0.01	0.01		
8002678	TUBO CERR NEG 2.5mm 1 1/2" 6m	PTM2GS100A		Ternium	0.061	0.354	0.010	0.007	0.007	0.041	0.025	0.071		
8002678	TUBO CERR NEG 2.5mm 1 1/2" 6m	PTM3CS300F		Ternium	0.056	0.327	0.011	0.005	0.007	0.012	0.013	0.033		
8002676	TUBO CERR NEG 2.5mm 1 1/4" 6m	PDX165611A		Ternium	0.04	0.18	0.000	0.01	0.002	0.02	0.01	0.02		
8002676	TUBO CERR NEG 2.5mm 1 1/4" 6m	PDX165641B		Ternium	0.04	0.22	0.000	0.01	0.005	0.04	0.01	0.01		

Autoriza
Eivy Dayan Jerez Salazar
Laboratory Manager

Los datos del presente informe de ensayos, han sido revisados por el área de Verificaciones y Laboratorio.
La conformidad de los resultados de ensayo está basada en aceptación simple.
Los resultados reportados en este informe de ensayos se relacionan únicamente a los materiales ensayados, aquí descritos.
No se debe reproducir información parcial del informe de ensayos, excepto, si se hace en su totalidad con la aprobación escrita del laboratorio emisor.

INFORME DE ENSAYOS

Razón Social: **Ternium Colombia S.A.S.** Página Web: **www.ternium.com.co**
NIT: **890932389-8**
Teléfono: **01 8000 423 724**
Dirección: **Carrera 42 # 26 - 18. Itagûi**

INFORMACION GENERAL

Cliente: **HIERROS HB SA FONTIBON** Fecha Impresión **22/12/14**
Dirección: **CR 123 15 83 BOGOTA** No. Remisión: **82542463**
Teléfono: **4216007** Página: **3 de 11**

DATOS GENERALES					PROPIEDADES QUIMICAS									
MATERIAL	**DESCRIPCION**	**LOTE**	**NORMA.PRODUCTO**	**FABRICANTE**	**% C**	**% Mn**	**% Si**	**% S**	**% P**	**% Cr**	**% Ni**	**% Cu**	**% Sn**	**% V**
8002676	TUBO CERR NEG 2.5mm 1 1/4" 6m	PTM7GS100I		Ternium	0.061	0.354	0.010	0.007	0.007	0.041	0.025	0.071		
8002674	TUBO CERR NEG 2.5mm 1" 6m	PTM7GS100F		Ternium	0.059	0.358	0.025	0.002	0.005	0.016	0.016	0.055		
8002674	TUBO CERR NEG 2.5mm 1" 6m	PTM_GS100F		Ternium	0.059	0.358	0.025	0.002	0.005	0.016	0.016	0.055		
8002682	TUBO CERR NEG 2.5mm 2 1/2" 6m	PDX_06291E		Ternium	0.05	0.27	0.020	0.00	0.012	0.05	0.01	0.01		
8014227	TUBO EST REC 2.0x150x50mm 6m NTC4526/C	PDX_88082A	NTC 4526 GRC	Ternium	0.16	0.80		0.00	0.012			0.01		
8014227	TUBO EST REC 2.0x150x50mm 6m NTC4526/C	PTM4PS100Z	NTC 4526 GRC	Ternium	0.13	0.90		0.00	0.013			0.01		
8014227	TUBO EST REC 2.0x150x50mm 6m NTC4526/C	PTM5PS100B	NTC 4526 GRC	Ternium	0.13	0.96		0.00	0.016			0.01		
8012894	TUBO MEC CUA. 1.1mm 1 1/2" 6m	PDX138011Z		Ternium	0.01	0.17		0.00	0.016					
8012894	TUBO MEC CUA. 1.1mm 1 1/2" 6m	PDX390202E		Ternium	0.05	0.19		0.00	0.016					
8012894	TUBO MEC CUA. 1.1mm 1 1/2" 6m	PDX725402A		Ternium	0.05	0.16		0.00	0.020					
8002698	TUBO CERR NEG 3mm 4" 6m	PDX_64482B		Ternium	0.04	0.19	0.000	0.01	0.009	0.01	0.01	0.02		
8002698	TUBO CERR NEG 3mm 4" 6m	PDX_70521A		Ternium	0.05	0.24	0.010	0.01	0.014	0.05	0.01	0.01		
8002698	TUBO CERR NEG 3mm 4" 6m	PTM_QBS00B		Ternium	0.07	0.20	0.011	0.00	0.02	0.013	0.005	0.004		0.001
8018295	TUBO EST CUA 1.5MM 50MM 6M	PTM3GS100E	NTC 4526 GRC	Ternium	0.12	0.95		0.00	0.014			0.01		

Autoriza
Eivy Dayan Jerez Salazar
Laboratory Manager

Los datos del presente informe de ensayos, han sido revisados por el área de Verificaciones y Laboratorio.
La conformidad de los resultados de ensayo está basada en aceptación simple.
Los resultados reportados en este informe de ensayos se relacionan únicamente a los materiales ensayados, aquí descritos.

No se debe reproducir información parcial del informe de ensayos, excepto, si se hace en su totalidad con la aprobación escrita del laboratorio emisor.

INFORME DE ENSAYOS

Razón Social: **Ternium Colombia S.A.S.** Página Web: **www.ternium.com.co**
NIT: **890932389-8**
Teléfono: **01 8000 423 724**
Dirección: **Carrera 42 # 26 - 18. Itagûi**

INFORMACION GENERAL

Cliente: **HIERROS HB SA FONTIBON** Fecha Impresión **22/12/14**
Dirección: **CR 123 15 83 BOGOTA** No. Remisión: **82542463**
Teléfono: **4216007** Página: **4 de 11**

DATOS GENERALES					PROPIEDADES QUIMICAS									
MATERIAL	**DESCRIPCION**	**LOTE**	**NORMA.PRODUCTO**	**FABRICANTE**	**% C**	**% Mn**	**% Si**	**% S**	**% P**	**% Cr**	**% Ni**	**% Cu**	**% Sn**	**% V**
	NTC4526/C													
8018295	TUBO EST CUA 1.5MM 50MM 6M	PTM4GS101A	NTC 4526 GRC	Ternium	0.13	0.92		0.00	0.017			0.01		
	NTC4526/C													
8018295	TUBO EST CUA 1.5MM 50MM 6M	PTM5GS101A	NTC 4526 GRC	Ternium	0.13	0.96		0.00	0.012			0.01		
	NTC4526/C													
8018295	TUBO EST CUA 1.5MM 50MM 6M	PTM_GS101A	NTC 4526 GRC	Ternium	0.13	0.96		0.00	0.012			0.01		
	NTC4526/C													
8012934	TUBO EST REC 2x120x60mm 6m	PDX201292Z	NTC 4526 GRC	Ternium	0.16	0.78		0.00	0.010			0.01		
	NTC4526/C													
8012934	TUBO EST REC 2x120x60mm 6m	PDX235541A	NTC 4526 GRC	Ternium	0.16	0.77		0.00	0.014			0.01		
	NTC4526/C													
8012921	TUBO EST REC 2x50x30mm 6m	PDX_07852F	NTC 4526 GRC	Ternium	0.15	0.81		0.00	0.011			0.01		
	NTC4526/C													
8002592	TUBO CERR GALV. 1.9mm 2" 6m	PDX026901A		Ternium	0.03	0.17	0.010	0.003	0.016					
8002621	TUBO CERR NEG 1.5mm 1/2" 6m	PDX513442F		Ternium	0.04	0.28	0.020	0.01	0.024	0.03	0.02	0.04		
8002621	TUBO CERR NEG 1.5mm 1/2" 6m	PTM9GS101B		Ternium	0.10	0.34	0.009	0.02	0.02	0.050	0.040	0.070		0.002
8002629	TUBO CERR NEG 1.5mm 2" 6m	PTM6GS100Z		Ternium	0.10	0.34	0.009	0.01	0.02	0.040	0.030	0.070		0.006

Autoriza
Eivy Dayan Jerez Salazar
Laboratory Manager

Los datos del presente informe de ensayos, han sido revisados por el área de Verificaciones y Laboratorio.
La conformidad de los resultados de ensayo está basada en aceptación simple.
Los resultados reportados en este informe de ensayos se relacionan únicamente a los materiales ensayados, aquí descritos.

No se debe reproducir información parcial del informe de ensayos, excepto, si se hace en su totalidad con la aprobación escrita del laboratorio emisor.

INFORME DE ENSAYOS

Razón Social: **Ternium Colombia S.A.S.** Página Web: **www.ternium.com.co**
NIT: **890932389-8**
Teléfono: **01 8000 423 724**
Dirección: **Carrera 42 # 26 - 18. Itagûi**

INFORMACION GENERAL

Cliente: **HIERROS HB SA FONTIBON** Fecha Impresión **22/12/14**
Dirección: **CR 123 15 83 BOGOTA** No. Remisión: **82542463**
Teléfono: **4216007** Página: **5 de 11**

DATOS GENERALES					PROPIEDADES QUIMICAS									
MATERIAL	DESCRIPCION	LOTE	NORMA.PRODUCTO	FABRICANTE	% C	% Mn	% Si	% S	% P	% Cr	% Ni	% Cu	% Sn	% V
8002629	TUBO CERR NEG 1.5mm 2" 6m	PTM_GS100B		Ternium	0.05	0.18	0.017	0.00	0.01	0.020	0.025	0.060		0.002

DATOS GENERALES					PROPIEDADES QUIMICAS
MATERIAL	DESCRIPCION	LOTE	NORMA.PRODUCTO	FABRICANTE	% Mo
8002590	TUBO CERR GALV. 1.5mm 1 1/2" 6m	PAS225619E		Ternium	
8002590	TUBO CERR GALV. 1.5mm 1 1/2" 6m	PDX389601A		Ternium	
8002627	TUBO CERR NEG 1.5mm 1 1/2" 6m	PTM5GS101K		Ternium	0.003
8002625	TUBO CERR NEG 1.5mm 1 1/4" 6m	PDXJ10721F		Ternium	0.00
8002625	TUBO CERR NEG 1.5mm 1 1/4" 6m	PTM2GS100L		Ternium	0.008
8002625	TUBO CERR NEG 1.5mm 1 1/4" 6m	PTM2GS100Z		Ternium	0.008
8002644	TUBO CERR NEG 1.9mm 1" 6m	PDK599001K		Ternium	0.013
8002644	TUBO CERR NEG 1.9mm 1" 6m	PDK_65601C		Ternium	0.002
8002644	TUBO CERR NEG 1.9mm 1" 6m	PDX080091J		Ternium	0.00
8002644	TUBO CERR NEG 1.9mm 1" 6m	PDX177222I		Ternium	0.00
8002644	TUBO CERR NEG 1.9mm 1" 6m	PTM5CS300Z		Ternium	0.006
8002640	TUBO CERR NEG 1.9mm 1/2" 6m	PDK373401F		Ternium	0.002
8002650	TUBO CERR NEG 1.9mm 2 1/2" 6m	PDX_80021Z		Ternium	0.00

Autoriza
Eivy Dayan Jerez Salazar
Laboratory Manager

Los datos del presente informe de ensayos, han sido revisados por el área de Verificaciones y Laboratorio.
La conformidad de los resultados de ensayo está basada en aceptación simple.
Los resultados reportados en este informe de ensayos se relacionan únicamente a los materiales ensayados, aquí descritos.

No se debe reproducir información parcial del informe de ensayos, excepto, si se hace en su totalidad con la aprobación escrita del laboratorio emisor.

INFORME DE ENSAYOS

Razón Social: **Ternium Colombia S.A.S.** Página Web: **www.ternium.com.co**
NIT: **890932389-8**
Teléfono: **01 8000 423 724**
Dirección: **Carrera 42 # 26 - 18. Itagûi**

INFORMACION GENERAL

Cliente: **HIERROS HB SA FONTIBON** Fecha Impresión **22/12/14**
Dirección: **CR 123 15 83 BOGOTA** No. Remisión: **82542463**
Teléfono: **4216007** Página: **6 de 11**

DATOS GENERALES					PROPIEDADES QUIMICAS
MATERIAL	**DESCRIPCION**	**LOTE**	**NORMA.PRODUCTO**	**FABRICANTE**	**% Mo**
8002652	TUBO CERR NEG 1.9mm 4" 6m	PDX080121C		Ternium	0.00
8002652	TUBO CERR NEG 1.9mm 4" 6m	PTM_CS300Z		Ternium	0.006
8002662	TUBO CERR NEG 2.3mm 1 1/2" 6m	PTM2QBS01D		Ternium	0.002
8002660	TUBO CERR NEG 2.3mm 1 1/4" 6m	PDX079931H		Ternium	0.00
8002660	TUBO CERR NEG 2.3mm 1 1/4" 6m	PDX099942Z		Ternium	0.00
8002660	TUBO CERR NEG 2.3mm 1 1/4" 6m	PDX_75241D		Ternium	0.00
8002660	TUBO CERR NEG 2.3mm 1 1/4" 6m	PDX_99942Z		Ternium	0.00
8002660	TUBO CERR NEG 2.3mm 1 1/4" 6m	PTM7PS101D		Ternium	0.001
8002658	TUBO CERR NEG 2.3mm 1" 6m	PDX099941Z		Ternium	0.00
8002658	TUBO CERR NEG 2.3mm 1" 6m	PDX099942A		Ternium	0.00
8002658	TUBO CERR NEG 2.3mm 1" 6m	PTM1QBS00F		Ternium	0.002
8002666	TUBO CERR NEG 2.3mm 2 1/2" 6m	PDXA37841D		Ternium	0.00
8002666	TUBO CERR NEG 2.3mm 2 1/2" 6m	PDXB37841D		Ternium	0.00
8002666	TUBO CERR NEG 2.3mm 2 1/2" 6m	PDX_07533A		Ternium	0.00
8002664	TUBO CERR NEG 2.3mm 2" 6m	PDKA69502B		Ternium	0.00
8002664	TUBO CERR NEG 2.3mm 2" 6m	PDX125231Z		Ternium	0.00
8002664	TUBO CERR NEG 2.3mm 2" 6m	PDX207521B		Ternium	0.00

Autoriza
Eivy Dayan Jerez Salazar
Laboratory Manager

Los datos del presente informe de ensayos, han sido revisados por el área de Verificaciones y Laboratorio.
La conformidad de los resultados de ensayo está basada en aceptación simple.
Los resultados reportados en este informe de ensayos se relacionan únicamente a los materiales ensayados, aquí descritos.
No se debe reproducir información parcial del informe de ensayos, excepto, si se hace en su totalidad con la aprobación escrita del laboratorio emisor.

INFORME DE ENSAYOS

Razón Social: **Ternium Colombia S.A.S.** Página Web: **www.ternium.com.co**
NIT: **890932389-8**
Teléfono: **01 8000 423 724**
Dirección: **Carrera 42 # 26 - 18. Itagûi**

INFORMACION GENERAL

Cliente: **HIERROS HB SA FONTIBON** Fecha Impresión **22/12/14**
Dirección: **CR 123 15 83 BOGOTA** No. Remisión: **82542463**
Teléfono: **4216007** Página: **7 de 11**

DATOS GENERALES					PROPIEDADES QUIMICAS
MATERIAL	**DESCRIPCION**	**LOTE**	**NORMA.PRODUCTO**	**FABRICANTE**	**% Mo**
8002678	TUBO CERR NEG 2.5mm 1 1/2" 6m	PTM2GS100A		Ternium	0.011
8002678	TUBO CERR NEG 2.5mm 1 1/2" 6m	PTM3CS300F		Ternium	0.004
8002676	TUBO CERR NEG 2.5mm 1 1/4" 6m	PDX165611A		Ternium	0.00
8002676	TUBO CERR NEG 2.5mm 1 1/4" 6m	PDX165641B		Ternium	0.00
8002676	TUBO CERR NEG 2.5mm 1 1/4" 6m	PTM7GS100I		Ternium	0.011
8002674	TUBO CERR NEG 2.5mm 1" 6m	PTM7GS100F		Ternium	0.005
8002674	TUBO CERR NEG 2.5mm 1" 6m	PTM_GS100F		Ternium	0.005
8002682	TUBO CERR NEG 2.5mm 2 1/2" 6m	PDX_06291E		Ternium	0.00
8014227	TUBO EST REC 2.0x150x50mm 6m NTC4526/C	PDX_88082A	NTC 4526 GRC	Ternium	
8014227	TUBO EST REC 2.0x150x50mm 6m NTC4526/C	PTM4PS100Z	NTC 4526 GRC	Ternium	
8014227	TUBO EST REC 2.0x150x50mm 6m NTC4526/C	PTM5PS100B	NTC 4526 GRC	Ternium	
8012894	TUBO MEC CUA. 1.1mm 1 1/2" 6m	PDX138011Z		Ternium	
8012894	TUBO MEC CUA. 1.1mm 1 1/2" 6m	PDX390202E		Ternium	
8012894	TUBO MEC CUA. 1.1mm 1 1/2" 6m	PDX725402A		Ternium	

Autoriza
Eivy Dayan Jerez Salazar
Laboratory Manager

Los datos del presente informe de ensayos, han sido revisados por el área de Verificaciones y Laboratorio.
La conformidad de los resultados de ensayo está basada en aceptación simple.
Los resultados reportados en este informe de ensayos se relacionan únicamente a los materiales ensayados, aquí descritos.
No se debe reproducir información parcial del informe de ensayos, excepto, si se hace en su totalidad con la aprobación escrita del laboratorio emisor.

INFORME DE ENSAYOS

Razón Social: **Ternium Colombia S.A.S.** Página Web: **www.ternium.com.co**
NIT: **890932389-8**
Teléfono: **01 8000 423 724**
Dirección: **Carrera 42 # 26 - 18. Itagûi**

INFORMACION GENERAL

Cliente: **HIERROS HB SA FONTIBON** Fecha Impresión **22/12/14**
Dirección: **CR 123 15 83 BOGOTA** No. Remisión: **82542463**
Teléfono: **4216007** Página: **8 de 11**

DATOS GENERALES | **PROPIEDADES QUIMICAS**

MATERIAL	DESCRIPCION	LOTE	NORMA.PRODUCTO	FABRICANTE	% Mo
8002698	TUBO CERR NEG 3mm 4" 6m	PDX_64482B		Ternium	0.00
8002698	TUBO CERR NEG 3mm 4" 6m	PDX_70521A		Ternium	0.00
8002698	TUBO CERR NEG 3mm 4" 6m	PTM_QBS00B		Ternium	0.002
8018295	TUBO EST CUA 1.5MM 50MM 6M NTC4526/C	PTM3GS100E	NTC 4526 GRC	Ternium	
8018295	TUBO EST CUA 1.5MM 50MM 6M NTC4526/C	PTM4GS101A	NTC 4526 GRC	Ternium	
8018295	TUBO EST CUA 1.5MM 50MM 6M NTC4526/C	PTM5GS101A	NTC 4526 GRC	Ternium	
8018295	TUBO EST CUA 1.5MM 50MM 6M NTC4526/C	PTM_GS101A	NTC 4526 GRC	Ternium	
8012934	TUBO EST REC 2x120x60mm 6m NTC4526/C	PDX201292Z	NTC 4526 GRC	Ternium	
8012934	TUBO EST REC 2x120x60mm 6m NTC4526/C	PDX235541A	NTC 4526 GRC	Ternium	
8012921	TUBO EST REC 2x50x30mm 6m NTC4526/C	PDX_07852F	NTC 4526 GRC	Ternium	

Autoriza
Eivy Dayan Jerez Salazar
Laboratory Manager

Los datos del presente informe de ensayos, han sido revisados por el área de Verificaciones y Laboratorio.
La conformidad de los resultados de ensayo está basada en aceptación simple.
Los resultados reportados en este informe de ensayos se relacionan únicamente a los materiales ensayados, aquí descritos.
No se debe reproducir información parcial del informe de ensayos, excepto, si se hace en su totalidad con la aprobación escrita del laboratorio emisor.

INFORME DE ENSAYOS

Razón Social: **Ternium Colombia S.A.S.** Página Web: **www.ternium.com.co**
NIT: **890932389-8**
Teléfono: **01 8000 423 724**
Dirección: **Carrera 42 # 26 - 18. Itagûi**

INFORMACION GENERAL

Cliente: **HIERROS HB SA FONTIBON** Fecha Impresión **22/12/14**
Dirección: **CR 123 15 83 BOGOTA** No. Remisión: **82542463**
Teléfono: **4216007** Página: **9 de 11**

DATOS GENERALES | **PROPIEDADES QUIMICAS**

MATERIAL	DESCRIPCION	LOTE	NORMA.PRODUCTO	FABRICANTE	% Mo
8002592	TUBO CERR GALV. 1.9mm 2" 6m	PDX026901A		Ternium	
8002621	TUBO CERR NEG 1.5mm 1/2" 6m	PDX513442F		Ternium	0.00
8002621	TUBO CERR NEG 1.5mm 1/2" 6m	PTM9GS101B		Ternium	0.001
8002629	TUBO CERR NEG 1.5mm 2" 6m	PTM6GS100Z		Ternium	0.001
8002629	TUBO CERR NEG 1.5mm 2" 6m	PTM_GS100B		Ternium	0.008

DATOS GENERALES | **PROPIEDADES FISICAS**

MATERIAL	DESCRIPCION	LOTE	NORMA.PRODUCTO	FABRICANTE	FLUENCIA	TRACCION	ELONGACION
					MPa	MPa	%
8014227	TUBO EST REC 2.0x150x50mm 6m NTC4526/C	PDX_88082A	NTC 4526 GRC	Ternium	472	597	22
8014227	TUBO EST REC 2.0x150x50mm 6m NTC4526/C	PTM4PS100Z	NTC 4526 GRC	Ternium	475	542	19
8014227	TUBO EST REC 2.0x150x50mm 6m NTC4526/C	PTM5PS100B	NTC 4526 GRC	Ternium	483	546	24
8018295	TUBO EST CUA 1.5MM 50MM 6M NTC4526/C	PTM3GS100E	NTC 4526 GRC	Ternium	462.20	540.56	18.20

Autoriza
Eivy Dayan Jerez Salazar
Laboratory Manager

Los datos del presente informe de ensayos, han sido revisados por el área de Verificaciones y Laboratorio.
La conformidad de los resultados de ensayo está basada en aceptación simple.
Los resultados reportados en este informe de ensayos se relacionan únicamente a los materiales ensayados, aquí descritos.
No se debe reproducir información parcial del informe de ensayos, excepto, si se hace en su totalidad con la aprobación escrita del laboratorio emisor.

INFORME DE ENSAYOS

Razón Social: **Ternium Colombia S.A.S.** Página Web: **www.ternium.com.co**
NIT: **890932389-8**
Teléfono: **01 8000 423 724**
Dirección: **Carrera 42 # 26 - 18. Itagûi**

INFORMACION GENERAL

Cliente: **HIERROS HB SA FONTIBON** Fecha Impresión **22/12/14**
Dirección: **CR 123 15 83 BOGOTA** No. Remisión: **82542463**
Teléfono: **4216007** Página: **10 de 11**

DATOS GENERALES					PROPIEDADES FISICAS		
MATERIAL	**DESCRIPCION**	**LOTE**	**NORMA.PRODUCTO**	**FABRICANTE**	**FLUENCIA**	**TRACCION**	**ELONGACION**
					MPa	MPa	**%**
8018295	TUBO EST CUA 1.5MM 50MM 6M NTC4526/C	PTM4GS101A	NTC 4526 GRC	Ternium	462.33	539.47	16.96
8018295	TUBO EST CUA 1.5MM 50MM 6M NTC4526/C	PTM5GS101A	NTC 4526 GRC	Ternium	9474.24	556.45	18.04
8018295	TUBO EST CUA 1.5MM 50MM 6M NTC4526/C	PTM_GS101A	NTC 4526 GRC	Ternium	9474.24	556.45	18.04
8012934	TUBO EST REC 2x120x60mm 6m NTC4526/C	PDX201292Z	NTC 4526 GRC	Ternium	525	600	20
8012934	TUBO EST REC 2x120x60mm 6m NTC4526/C	PDX235541A	NTC 4526 GRC	Ternium	496	599	19
8012921	TUBO EST REC 2x50x30mm 6m NTC4526/C	PDX_07852F	NTC 4526 GRC	Ternium	542.44	616.79	22.68

Material	Lote	Ensayo	Método	Fecha Ensayo
8012921	**PDX807852F**	**TRACCIÓN**	**NTC 3353**	**22.08.2022**
8012934	**PDX201292Z**	**TRACCIÓN**	**NTC 3353**	**01.11.2022**

Autoriza
Eivy Dayan Jerez Salazar
Laboratory Manager

Los datos del presente informe de ensayos, han sido revisados por el área de Verificaciones y Laboratorio.
La conformidad de los resultados de ensayo está basada en aceptación simple.
Los resultados reportados en este informe de ensayos se relacionan únicamente a los materiales ensayados, aquí descritos.
No se debe reproducir información parcial del informe de ensayos, excepto, si se hace en su totalidad con la aprobación escrita del laboratorio emisor.

INFORME DE ENSAYOS

Razón Social: **Ternium Colombia S.A.S.**
NIT: **890932389-8**
Teléfono: **01 8000 423 724**
Dirección: **Carrera 42 # 26 - 18. Itagûi**
Página Web: **www.ternium.com.co**

INFORMACION GENERAL

Cliente: **HIERROS HB SA FONTIBON**
Dirección: **CR 123 15 83 BOGOTA**
Teléfono: **4216007**
Fecha Impresión **22/12/14**
No. Remisión: **82542463**
Página: **11 de 11**

Material	Lote	Ensayo	Método	Fecha Ensayo
8012934	PDX235541A	TRACCIÓN	NTC 3353	01.11.2022
8014227	PDX188082A	TRACCIÓN	NTC 3353	27.09.2022
8014227	PTM4PS100Z	TRACCIÓN	NTC 3353	29.10.2022
8014227	PTM5PS100B	TRACCIÓN	NTC 3353	29.10.2022
8018295	PTM3GS100E	TRACCIÓN	NTC 3353	19.07.2022
8018295	PTM4GS101A	TRACCIÓN	NTC 3353	19.07.2022
8018295	PTM5GS101A	TRACCIÓN	NTC 3353	19.07.2022

Autoriza
Eivy Dayan Jerez Salazar
Laboratory Manager

Los datos del presente informe de ensayos, han sido revisados por el área de Verificaciones y Laboratorio.
La conformidad de los resultados de ensayo está basada en aceptación simple.
Los resultados reportados en este informe de ensayos se relacionan únicamente a los materiales ensayados, aquí descritos.
No se debe reproducir información parcial del informe de ensayos, excepto, si se hace en su totalidad con la aprobación escrita del laboratorio emisor.

CERTIFICADO DE CALIDAD

ACESCO COLOMBIA S.A.S.
Nit. 8600267530
Parque Industrial Malambo S.A., Km 3 Vía Malambo-Sabanagrande,
Atlántico, Colombia.
PBX: 57-5-3718100,
Fax: 57-5-3478030/31/32
www.acesco.com

N. ENTREGA: 8005049422
CLIENTE: HIERROS HB S.A. (FONTIBON)

FECHA 16.05.2023

MATERIAL: 111540 - Metaltub N 200x100-4.0 6000 A500C
NORMA DE CALIDAD: ASTM A500/NTC 4526 GRADO C

LOTE No	0009290081				
COLADA No	449749				
PESO	2.170,200 kg				
PORCENTAJE DE CARBONO	0,150 %				
PORCENTAJE DE MANGANESO	0,600 %				
PORCENTAJE DE FÓSFORO	0,013 %				
PORCENTAJE DE AZUFRE	0,003 %				
LÍMITE ELÁSTICO	462 MPa				
RESISTENCIA MÁXIMA	545 MPa				
PORCENTAJE DE ELONGACIÓN	30 %				

Las propiedades químicas presentadas son las reportadas por el proveedor de origen de la materia prima.

Certificamos que el material aquí descrito ha sido inspeccionado y ensayado conforme a los estándares mencionados. No requiere firma autógrafa ya que los resultados son generados por computador.

FICHA TÉCNICA

CÓDIGO SAP	225023886
NOMBRE DE LA REFERENCIA	(N) AQUA BLANCO 30x30-1
TAMAÑO NOMINAL(cm) NO MODULAR	30,5X30,5
GRUPO DE ABSORCIÓN	BIIb/ anexo K
USO	PISO
TRAFICO	RESIDENCIAL MODERADO
ESPESOR FABRICACIÓN (mm)	6,9
m^2 POR CAJA	1,86
UNIDADES	20
CARAS - DISEÑOS	1
VARIACIÓN DE TONO SEGÚN NORMA ANSI A137-1-2017	V3



El color presentado en la fotografía es una aproximación al color real.

CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS		ENSAYO	ESPECIFICACIÓN	ALFAGRES
ANCHO Y LARGO		NTC 4321 - 2 ISO 10545 - 2	± 0,6% ± 2 mm	± 0,6% ± 2 mm
ESPESOR		NTC 4321 - 2 ISO 10545 - 2	± 5% ±0,5 mm	± 5% ±0,5 mm
RECTITUD DE LOS LADOS		NTC 4321 - 2 ISO 10545 - 2	± 0,5% ± 1,5 mm	± 0,5% ± 1,5 mm
ORTOGONALIDAD		NTC 4321 - 2 ISO 10545 - 2	± 0,5 % ± 2 mm	± 0,5 % ± 2 mm
PLANARIDAD DE LA SUPERFICIE	Curvatura Central	NTC 4321 - 2 ISO 10545 - 2	± 0,5 % ±2,0mm	± 0,5 % ±2,0mm
	Curvatura del lado	NTC 4321 - 2 ISO 10545 - 2	± 0,5 % ±2,0mm	± 0,5 % ±2,0mm
	Alabeo	NTC 4321 - 2 ISO 10545 - 2	± 0,5 % ±2,0mm	± 0,5 % ±2,0mm
DEFECTOS SUPERFICIALES		NTC 4321 - 2 ISO 10545 - 2	Minimo 95% libre de defectos	Minimo 95% libre de defectos
ABSORCIÓN DE AGUA		NTC 4321 - 3 ISO 10545 - 3	6 % < E 10 %, Valor Individual.Máx. 11%	6 % < E 10 %, Valor Individual.Máx. 11%
RESISTENCIA A LA ROTURA POR FLEXIÓN		NTC 4321 - 4 ISO 10545 - 4	Espesores <7,5 Mínimo 500 N	> 500 N
MÓDULO DE ROTURA		NTC 4321 - 4 ISO 10545 - 4	Mín. 18 N/mm2, Mín. individual 16 N/mm2	Mín. 18 N/mm2, Mín. individual 16 N/mm2
RESISTENCIA A LA ABRASIÓN SUPERFICIAL DE BALDOSAS ESMALTADAS A SER EMPLEADAS EN PISO		NTC 4321 - 7 ISO 10545 - 7	Informe cumplimiento de la clase de abrasión	2
RESISTENCIA AL CUARTEO		NTC 4321 - 11 ISO 10545 - 11	Requerido	Resistente
RESISTENCIA AL CONGELAMIENTO		NTC 4321 - 12 ISO 10545 - 12	Método de prueba disponible	No Aplica
RESISTENCIA AL MANCHADO		NTC 4321 - 14 ISO 10545 - 14	Mínimo clase 3	clase 5
RESISTENCIA A AGENTES QUÍMICOS		NTC 4321 - 13 ISO 10545 - 13	Resistencia a productos químicos domésticos y sales de piscina. Mínimo B	Clase A
			Resistencia a bajas concentraciones de ácidos y álcalis. El fabricante establece la clasificación	Clase B

Información publicada en Mayo 2021- Versión 2

COEFICIENTE DINÁMICO DE FRICCIÓN (DCOF)	ANSI A 137.1		CLASE 2
DETERMINACIÓN DE LA DUREZA AL RAYADO DE LA SUPERFICIE SEGÚN LA ESCALA DE MOHS.	UNE-EN 15771:2011		4



Apariencia Muy uniforme | Apariencia Uniforme | Variación Ligera | **Variación Moderada** | Variación Sustancial

Nota:

1 Para mayor información acerca de este producto, comuniquese a nuestra línea de atención al cliente en Bogotá 331 1531, nacional 018000914900 o vía mail: servicioalcliente@alfa.com.co
2 Para areas donde requiera mayor resistencia al deslizamiento, utilice productos con DCOF CLASE 2
3 Sobre este producto usted va encontrar el mismo diseño en todas las cajas.
4 Fabricado por ALFAGRES S.A En Colombia.
5 Calidad Primera
6 Superficie esmaltada.
7 Señor consumidor por favor revise cuidadosamente la identificación del material, el lote y la fecha de producción se encuentran en el empaque del producto en físico.
8 Consulte el manual de instalación y mantenimiento para su correcto uso¨"
9 Especificación según Norma ISO 13006 - NTC 919 (Norma Técnica Colombiana)

PISOS CORONA

PISO MIKONOS ARD BLANCO CD

Referencia: 336392001
Formato: 33.8X33.8 Cm
Color: BLANCO\WHITE

TRÁFICO | TRAFFIC	**Residencial General / General Residential**
ACABADO |FINISH	Brillo/Mate
ASPECTO	CD / Caras diferenciadas
M2 POR CAJA SQ FT APPROX	1,6 17,22225667
UNIDADES | PIECES	14
PESO BRUTO CAJA kg WEIGTH LB APPROX	24 52,9104
ESPESOR NOMINAL NOMINAL THICKNESS	7.1 ± 0.3
CAJAS POR ESTIBA CARTONS PER PALLET	72
VOLATILE ORGANIC COMPOUNDS	0

El color presentado en la fotografía es una aproximación al color real.
The color represented in the photograph is an approximation to the real color.

TRÁFICO RESIDENCIAL GENERAL
Pisos para uso en todas las áreas interiores de viviendas. Importante: Debido al intenso tráfico de las cocinas, es aconsejable usar productos mates o protegidos con granillas. Precaución: A excepción de los productos Corona ARD®, los productos cerámicos al contacto con el agua disminuyen su resistencia al deslizamiento. En áreas húmedas son recomendados productos con alto coeficiente de fricción.

CARACTERÍSTICAS, VENTAJAS Y BENEFICIOS:

Piso Marmolizado Brillo/Mate MIKONOS color Blanco de formato 33.8X33.8, con caras diferenciadas (CD) baldosas diferentes unas de otras.
Cuenta con tecnología ARD®, Alta resistencia al deslizamiento, textura de alta fricción, ideal para instalar en zonas de alto riesgo de deslizamiento.

Garantía Corona | Corona quality guaranteed: 10 Años/Years

Mayor información de garantía consulte www.corona.co/garantia

PISO MIKONOS ARD BLANCO CD

CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS TECHNICAL CHARACTERISTICS		ENSAYO |TEST	ESPECIFICACIÓN SPECIFICATION NTC 919 / ISO 13006	MEDICIONES LOTES PROMEDIO CORONA/ CORONA AVERAGE LOT MEASUREMENTS
ANCHO Y LARGO LENGHT AND WIDTH		NTC 4321 - 2 ISO 10545 - 2	(±) 2.00% del tamaño de fabricación; hasta máximo 5 mm	(±) 2.00% del tamaño de fabricación; hasta máximo 5 mm
PLANIRADIDAD DE LA SUPERFICIE SURFACE FLATNESS	**Curvatura Central** Central Curvature	NTC 4321 - 2 ISO 10545 - 2	(±) 0.50% de la diagonal del tamaño de fabricación	(±) 0.30% de la diagonal del tamaño de fabricación
	Curvatura del lado Edge Curvature	NTC 4321 - 2 ISO 10545 - 2	(±) 0.50% del del tamaño de fabricación	(±) 0.30% del tamaño de fabricación
	Ortogonalidad Warpage	NTC 4321 - 2 ISO 10545 - 2	(±) 0.50% de la diagonal del tamaño de fabricación	(±) 0.30% de la diagonal del tamaño de fabricación
DEFECTOS SUPERFICIALES SURFACE DEFECTS		NTC 4321 - 2 ISO 10545 - 2	Minimo 95% libre de defectos / Minimum 95% without deffects	Minimo 95% libre de defectos / Minimum 95% without deffects
ABSORCIÓN DE AGUA WATER ABSORPTION		NTC 4321 - 3 ISO 10545 - 3	Mínimo 6% Máximo 10%	Mínimo 6% Máximo 10%
RESISTENCIA A LA ROTURA BREAKING STRENGHT		NTC 4321 - 4 ISO 10545 - 4	Mínimo 500 N / Minimum 500 N	Mínimo 700 N / Minimum 700 N
MÓDULO DE ROTURA MODULUS OF RUPTURE		NTC 4321 - 4 ISO 10545 - 4	Mínimo 18 N/mm2, Mínimo indivudual 16 N/mm2, Mínimum 18 N/mm2	Mínimo 30 N/mm2 / Mínimum 30 N/mm2
RESISTENCIA A LA ABRASIÓN ABRASION RESISTANCE		NTC 4321 - 7 ISO 10545 - 7	Informe de cumplimiento de la clase de abrasión y los ciclos	Clase 4 / Class 4
COEFICIENTE DE FRICCIÓN DINÁMICO DYNAMIC COEFFICIENT OF FRICTION		NTC 4321 - 17 ISO 10545 - 17	Declarado por el fabricante / Metodo de ensayo disponible	Clase 2/ Class 2
RESISTENCIA AL MANCHADO RESISTANCE TO STAINING		NTC 4321 - 14 NTC 4321 - 14	Mínimo clase 3 / Mínimum class 3	Mínimo clase 5 / Mínimum class 5
RESISTENCIA A AGENTES QUÍMICOS RESISTANCE TO CHEMICALS		NTC 4321 - 13 NTC 4321-2 - 13	Mínimo clase B / Minimum B class	Mínimo Clase A / Minimun A Class
RESISTENCIA AL CHOQUE TÉRMICO THERMAL SHOCK RESISTANCE		NTC 4321-2 - 9 NTC 4321 - 9	La indicada por el fabricante/Manufacturer to state classification	Mínimo clase BA/ Mimimum BA class

Descargar recomendaciones de uso en: http://www.corona.co/instructivos/pisos-y-paredes
Este producto es elaborado en Colombia, en la planta de Madrid, Cundinamarca

FUENTES DE MATERIA PRIMA RESPONSABLES:
Corona tiene un reporte sostenibilidad corporativo que sigue los lineamientos del GRI Sustainability Report.
Puede encontrarlo aquí: http://www.corona.co/nuestra-empresa/corona-sostenible

PISOS CORONA

PISO MIKONOS ARD BEIGE CD

Referencia: 336392031
Formato: 33.8X33.8 Cm
Color: BEIGE\BEIGE

TRÁFICO | TRAFFIC	**Residencial General / General Residential**
ACABADO |FINISH	Brillo/Mate
ASPECTO	CD / Caras diferenciadas
M2 POR CAJA SQ FT APPROX	1,6 17,22225667
UNIDADES | PIECES	14
PESO BRUTO CAJA kg WEIGTH LB APPROX	24 52,9104
ESPESOR NOMINAL NOMINAL THICKNESS	7.1 ± 0.3
CAJAS POR ESTIBA CARTONS PER PALLET	72
VOLATILE ORGANIC COMPOUNDS	0

El color presentado en la fotografía es una aproximación al color real.
The color represented in the photograph is an approximation to the real color.

TRÁFICO RESIDENCIAL GENERAL
Pisos para uso en todas las áreas interiores de viviendas. Importante: Debido al intenso tráfico de las cocinas, es aconsejable usar productos mates o protegidos con granillas. Precaución: A excepción de los productos Corona ARD®, los productos cerámicos al contacto con el agua disminuyen su resistencia al deslizamiento. En áreas húmedas son recomendados productos con alto coeficiente de fricción.

CARACTERÍSTICAS, VENTAJAS Y BENEFICIOS:

Tecnología A.R.D® Alta resistencia al deslizamiento que ofrece seguridad y cuida de la salud de la familia,caras diferenciadas para mayor realismo en la decoración.

Garantía Corona | Corona quality guaranteed: 10 Años/Years

Mayor información de garantía consulte www.corona.co/garantia

PISO MIKONOS ARD BEIGE CD

CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS TECHNICAL CHARACTERISTICS		ENSAYO |TEST	ESPECIFICACIÓN SPECIFICATION NTC 919 / ISO 13006	MEDICIONES LOTES PROMEDIO CORONA/ CORONA AVERAGE LOT MEASUREMENTS
ANCHO Y LARGO LENGHT AND WIDTH		NTC 4321 - 2 ISO 10545 - 2	(±) 2.00% del tamaño de fabricación; hasta máximo 5 mm	(±) 2.00% del tamaño de fabricación; hasta máximo 5 mm
PLANIRADIDAD DE LA SUPERFICIE SURFACE FLATNESS	**Curvatura Central** Central Curvature	NTC 4321 - 2 ISO 10545 - 2	(±) 0.50% de la diagonal del tamaño de fabricación	(±) 0.30% de la diagonal del tamaño de fabricación
	Curvatura del lado Edge Curvature	NTC 4321 - 2 ISO 10545 - 2	(±) 0.50% del del tamaño de fabricación	(±) 0.30% del tamaño de fabricación
	Ortogonalidad Warpage	NTC 4321 - 2 ISO 10545 - 2	(±) 0.50% de la diagonal del tamaño de fabricación	(±) 0.30% de la diagonal del tamaño de fabricación
DEFECTOS SUPERFICIALES SURFACE DEFECTS		NTC 4321 - 2 ISO 10545 - 2	Minimo 95% libre de defectos / Minimum 95% without deffects	Minimo 95% libre de defectos / Minimum 95% without deffects
ABSORCIÓN DE AGUA WATER ABSORPTION		NTC 4321 - 3 ISO 10545 - 3	Mínimo 6% Máximo 10%	Mínimo 6% Máximo 10%
RESISTENCIA A LA ROTURA BREAKING STRENGHT		NTC 4321 - 4 ISO 10545 - 4	Mínimo 500 N / Minimum 500 N	Mínimo 600 N / Minimum 600 N
MÓDULO DE ROTURA MODULUS OF RUPTURE		NTC 4321 - 4 ISO 10545 - 4	Mínimo 18 N/mm2, Mínimo indivudual 16 N/mm2, Mínimum 18 N/mm2	Mínimo 22 N/mm2 / Mínimum 22 N/mm2
RESISTENCIA A LA ABRASIÓN ABRASION RESISTANCE		NTC 4321 - 7 ISO 10545 - 7	Informe de cumplimiento de la clase de abrasión y los ciclos	Clase 4 / Class 4
COEFICIENTE DE FRICCIÓN DINÁMICO DYNAMIC COEFFICIENT OF FRICTION		NTC 4321 - 17 ISO 10545 - 17	Declarado por el fabricante / Metodo de ensayo disponible	Clase 2/ Class 2
RESISTENCIA AL MANCHADO RESISTANCE TO STAINING		NTC 4321 - 14 NTC 4321 - 14	Mínimo clase 3 / Mínimum class 3	Mínimo clase 5 / Mínimum class 5
RESISTENCIA A AGENTES QUÍMICOS RESISTANCE TO CHEMICALS		NTC 4321 - 13 NTC 4321-2 - 13	Mínimo clase GB / Minimum GB class	Mínimo Clase GA / Minimun GA Class
RESISTENCIA AL CHOQUE TÉRMICO THERMAL SHOCK RESISTANCE		NTC 4321-2 - 9 NTC 4321 - 9	La indicada por el fabricante/Manufacturer to state classification	Mínimo clase GLA/ Mimimum GLA class

Descargar recomendaciones de uso en: http://www.corona.co/instructivos/pisos-y-paredes
Este producto es elaborado en Colombia, en el Parque Industrial de Sopó Cundinamarca.

FUENTES DE MATERIA PRIMA RESPONSABLES:
Corona tiene un reporte sostenibilidad corporativo que sigue los lineamientos del GRI Sustainability Report.
Puede encontrarlo aquí: http://www.corona.co/nuestra-empresa/corona-sostenible

CAOA

Ministerio de Minas y Energía
Origen: DIRECCION DE ENERGIA ELECTRICA
Rad: 2018063922 24-08-2018 10:29:40 AM
Anexos: 0
Destino: ELECTRICOS COLOMBIA M AND M S.A.S
Folio: 32.84.232 - RETIE

MINMINAS GOBIERNO DE COLOMBIA

32

Bogotá, D.C.,

Señora
YUDY MARCELA ORTEGA VANEGAS
ELECTRICOS COLOMBIA M&M S.A.S
Correo electrónico: electricoscolombiamym@gmail.com

Asunto: Alcance concepto de equivalencia de normas técnicas UL 797, con RETIE, para tubería eléctrica metálica EMT (Radicado 2018062064 del 16 de agosto de 2018)

Respetada señora Yudy,

En atención a su solicitud de la referencia, se le informa que el concepto de equivalencia de una norma técnica con un reglamento técnico es un acto de interpretación de dicho reglamento que corresponde al regulador. Por tal razón y de conformidad con lo establecido en el Anexo General de la Resolución 90708 de agosto 30 de 2013, este Ministerio es el único que puede otorgar conceptos de equivalencia de normas técnicas con el Reglamento Técnico de Instalaciones Eléctricas - RETIE.

Del análisis y verificación de la información que acompaña la solicitud, norma técnica ANSI/UL 797, se encontró que los requisitos de producto establecidos en el numeral 20.6.1 del Artículo 20° del Anexo General del RETIE para tubos o tuberías, tienen interpretación similar en requisitos a lo establecido en dicha norma técnica.

En conclusión, los tubos eléctricos metálicos EMT que cumplan la norma técnica ANSI/UL 797 y lo demuestren mediante certificado de producto expedido por un organismo de certificación acreditado, estarán dando cumplimiento al RETIE.

Vale mencionar que los certificados de producto expedidos en el exterior requieren que sean reconocidos por la Superintendencia de Industria y Comercio – SIC, a través de la VUCE

Este concepto no reemplaza el certificado expedido por el organismo de certificación y tiene el alcance previsto en el artículo 28 de la Ley 1755 de 2015.

Cordialmente,

JOSÉ MIGUEL ACOSTA SUÁREZ
Director de Energía Eléctrica

Elaboró Diana Acevedo
Revisó Sandra Salamanca
Aprobó José Miguel Acosta

Radicado 2018062064 del 16-08-2018

TRD RETIE 32 84 232

Calle 43 No 57-31 CAN Bogotá, Colombia
Conmutador (571) 2200 300
Código postal 111321
www.minminas.gov.co

SGS

Ficha técnica de producto
Malla Electrosoldada GG Diaco



Características dimensionales Masa y Forma

Ref.	Nº de Barras por malla		Diámetro		Separación		Longitud pelos		Peso	Cuantía principal
	long	transv	long	transv	long	transv	long	transv		Nominal
	6.00m	2.35m	mm	mm	mm	mm	mm	mm	kg	cm²/m-lineal
XY Mallas electrosoldadas GG Diaco con refuerzo principal en una dirección (Panel 6,00 x 2,35m)										
XY-084	16	24	4,0	4,0	150	250	125	50	15,1	0,84
XY-106	16	24	4,5	4,0	150	250	125	50	17,6	1,06
XY-131	16	24	5,0	4,0	150	250	125	50	20,4	1,31
XY-158	16	24	5,5	4,0	150	250	125	50	23,5	1,58
XY-221	16	24	6,5	4,0	150	250	125	50	30,6	2,21
XY-257	16	24	7,0	5,0	150	250	125	50	37,7	2,57
XY-335	16	24	8,0	5,0	150	250	125	50	46,6	3,35
XY-378	16	24	8,5	5,0	150	250	125	50	51,5	3,78
XX Mallas electrosoldadas GG Diaco con refuerzo principal en dos direcciones (Panel 6,00 x 2,35m)										
XX-050	10	24	4,0	4,0	250	250	125	50	11,5	0,50
XX-063	12	30	4,0	4,0	200	200	100	75	14,1	0,63
XX-084	16	40	4,0	4,0	150	150	75	50	18,8	0,84
XX-106	16	40	4,5	4,5	150	150	75	50	23,8	1,06
XX-131	16	40	5,0	5,0	150	150	75	50	29,3	1,31
XX-159	16	40	5,5	5,5	150	150	75	50	35,5	1,59
XX-188	16	40	6,0	6,0	150	150	75	50	42,2	1,88
XX-221	16	40	6,5	6,5	150	150	75	50	49,6	2,21
XX-257	16	40	7,0	7,0	150	150	75	50	57,4	2,57
XX-295	16	40	7,5	7,5	150	150	75	50	65,9	2,95
XX-335	16	40	8,0	8,0	150	150	75	50	75,1	3,35
XX-378	16	40	8,5	8,5	150	150	75	50	84,7	3,78
POP-Mallas electrosoldadas GG Diaco (panel 2,00 x 3,00)										
POP-050	8	12	4,0	4,0	250	250	125	50	4,8	0,50
POP-063	10	15	4,0	4,0	200	200	100	75	5,9	0,63
POP-084	14	20	4,0	4,0	150	150	75	50	8,1	0,84

Normatividad

Norma NTC 5806 - Resolución 0277 de 2015.

Propiedades mecánicas

	Esfuerzo cortante en la soldadura (mín.)	Resistencia a la Fluencia (mín)	Resistencia a la Tracción (mín)
Grafil menor ⩾ 5,5mm	241 MPa	485 MPa	550 MPa
Grafil menor < 5,5mm	121 MPa		

Marcación

Los grafiles poseen marcación en alto relieve de acuerdo a la Norma NTC 5806. Cada grafil debe ir marcado con su número de designación.



Identificación

La etiqueta se ubica en el primer cuadrado de la esquina derecha, parte longitudinal de la malla en un paquete de 20 mallas. Debe contener todos los datos requeridos.

La etiqueta aplicada al producto debe contener la siguiente información (las etiquetas pueden ser diligenciadas de manera manual):

- Nombre del fabricante
- Medida
- Norma bajo la cual se fabricó el producto
- Número de Colada o lote.
- Longitud
- Número de paquete.
- Número de Unidades
- Fecha de fabricación
- Sellos ICONTEC
- País de origen (Hecho en Colombia)



GERDAU DIACO

www.gerdau.com.co



Ficha Técnica de Producto
Malla Electrosoldada GG Diaco

Reporte de ensayos

Los resultados de los ensayos de alambre grafilado en barra y rollo son suministradas a través de reportes de ensayo por cada colada o lote, el cual es emitido para cada despacho y contiene la siguiente información: composición química, propiedades mecánicas y resistencia al corte de la soldadura y características geométricas.

Normas de seguridad, calidad y medio ambiente

El ser humano en su integridad, es un valor que está por encima de los demás objetivos y prioridades de la empresa. Ninguna situación de emergencia, producción o resultados puede justificar la falta de seguridad de las personas, la protección del medio ambiente y la calidad de los productos y servicios.

Recomendaciones para la manipulación de producto terminado	
Medio Ambiente	Los residuos metálicos (despuntes, ganchos, amarres) deben disponerse como material ferroso (reciclable).
	La etiqueta es material reciclable, se debe destruir y disponer como PVC.
Seguridad	Manipular el material metálico con guantes, riesgos de cortadura.
	No superar la carga por persona de 25 kg, riesgos ergonómicos.
	Los paquetes de barras deben manejarse y manipularse con el equipo apropiado (puentes grúas, eslingas y cables certificados para el izaje de los paquetes).
	Las pilas de productos se deben conformar de forma segura, garantizando estabilidad sin que se presenten riesgos de volcamiento.
	No se deben izar los atados o paquetes de productos tomando de apoyo los amarres de fijación.
Calidad	Almacenar el producto en áreas cubiertas, riesgo de corrosión.
	Mantener la etiqueta de identificación hasta que se realice la última comercialización o utilización del paquete.



www.lacampana.co

tubería negra hot rolled

tubería fabricada en acero laminado en caliente, con bajo contenido de carbono, de acuerdo con la norma ASTM A1011, garantizando muy buenas propiedades mecánicas y de alta soldabilidad. se elaboran en diferentes espesores y con una longitud estándar de 6 metros.

la campana®

ficha técnica / tubería negra hot rolled

referencia tubo agua negra	espesores 1,10mm	1,50mm	2,30mm	2,50mm	3,00mm	und. / empaque
1/2"	4,30kg	-	-	-	-	127
3/4"	-	5,80kg	8,07kg	8,91kg	-	91
1"	-	7,02kg	10,32kg	11,07kg	-	61
1 1/4"	-	9,51kg	13,01kg	14,95kg	17,17kg	37
1 1/2"	-	10,22kg	15,64kg	17,02kg	20,26kg	37
2"	-	13,41kg	19,51kg	21,49kg	24,53kg	37
2 1/2"	-	16,01kg	23,99kg	26,18kg	30,08kg	19

referencia tubo cerramiento rectangular	espesores 1,20mm	1,50mm	2,00mm	2,50mm	und. / empaque
38 X 76mm	12,72kg	16,07kg	21,04kg	-	50
38 X 100mm	15,22kg	19,12kg	26,20kg	31,58kg	50
120 X 60mm	-	-	33,50kg	-	50

referencia tubo cerramiento cuadrado	espesores 1,20mm	1,50mm	2,00mm	und. / empaque
1"	5,34kg	6,94kg	-	100
1 1/2"	8,42kg	10,37kg	13,84kg	100

referencia tubo cerramiento redondo galvanizado	espesores 1,20mm	1,50mm	1,90mm	und. / empaque
1"	5,68kg	-	-	61
1 1/2"	8,42kg	9,85kg	13,12kg	37
2"	10,36kg	13,18kg	16,25kg	37

acero utilizado para fabricación

internacional	ASTM A36	ASTM A1011 SS 36
colombiana	NTC 1920	NTC 1920

calidad

tipos	estructural media resistencia	estructural media resistencia

Composición Quimica

carbono - C	0,26% máx.	0,25% máx.
manganeso - Mn	1,20% máx.	0,90% máx.
fósforo - P	0,04% máx.	0,035% máx.
azufre - S	0,05% máx.	0,04% máx.

la campana®

principal
calle 17 No. 22 - 41
pbx: (1) 370 2200
Bogotá - Colombia
www.lacampana.co

silicio - Si	0,40% máx.	-
cobre - Cu	0,20% mín.	-
niobio - Cb	-	0,008% máx.
vanadio - V	-	0,008% máx.

propiedades mecánicas

límite de fluencia mínimo		
Mpa	250	250
Psi	36000	36000
resistencia a la tracción		
Mpa mín.	400	365
Mpa máx.	550	-
Psi mín.	58000	52000
Psi máx.	80000	-
elongación mínima	20%	22%

ensayos

NTC -103 (prueba de abocardado)

NTC - 2 (prueba de tracción)

NTC - 42 (prueba de aplastamiento)

principal
calle 17 No. 22 - 41
pbx: (1) 370 2200
Bogotá - Colombia
www.lacampana.co

ACTA DE ENTREGA	30 DE AGOSTO DE 2023

MEN INGENIERIA SAS
NIT 901.075.267-1
CLL 69 A # 93A-18 - Cundinamarca
Tel: 3143560400/ 3204922810
www.grupo-men.com

Solicitado por:		Usuario Final	
Razón Social	PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA	Razón Social	COLEGIO LA VÍCTORIA
Contacto:	ING. VANESSA ROZO (RESIDENTEDE OBRA)	Contacto:	
Teléfono:	319 2630442	Teléfono:	
e-mail:	inspectorobra3.sed@profesionalesasociadosltda.com	e-mail:	

REP. TALLER	REP.EN SITIO	PEM	MTTO	ASISTENCIA	INSPECCION	OTRO
X	☐	☐	☐	☐	☐	X

ACTA DE ENTREGA

ORDEN DE TRABAJO NO. 14600017

SUMINISTRO E INSTALACION TANQUE HIDROACUMULADOR 300 LTS, INCLUYE MANTENIMIENTO CORRECTIVO SISTEMA DE PRESION DE 5HP E INSUMOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO

ITEM I

SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE TANQUE HIDROACUMULADOR 300LTS PEARL WHATER SISTEMS MNX

El alcance de la oferta incluye los siguientes aspectos:

- Desmontaje del tanque que se encuentra actualmente instalado en el equipo
- Ingreso de tanque nuevo a cuarto de bombas y anclaje a piso.
- Cambio de codo de conexión al tanque hidro
- Conexión de tanque hidro a niple de la línea del tanque a la descarga
- Calibración de parámetros de carga
- Pruebas y puesta en marcha del equipo

ITEM II

MANTENIMIENTO CORRECTIVO A ELECTROBOMBA BARNES DE 5 HP

El alcance de la oferta incluye los siguientes aspectos:

- cambio de rodamientos 6205y 6206
- Cambio de sello mecánico 1" RL
- Fabricación de buje en bronce 1"
- Bobinado de motor
- Limpieza de partes internas y externas

- Rectificado de eje e impulsor
- Pruebas de eficiencia en banco de pruebas
- Montaje y puesta en marcha

ITEM III

SUMINISTRO Y PRUEBAS FLOTADOR ELÉCTRICO DE NIVEL

Anexos:

Informe técnico
Ficha técnica del tanque hidroacumulador

ORDEN DE TRABAJO NO. 14600039

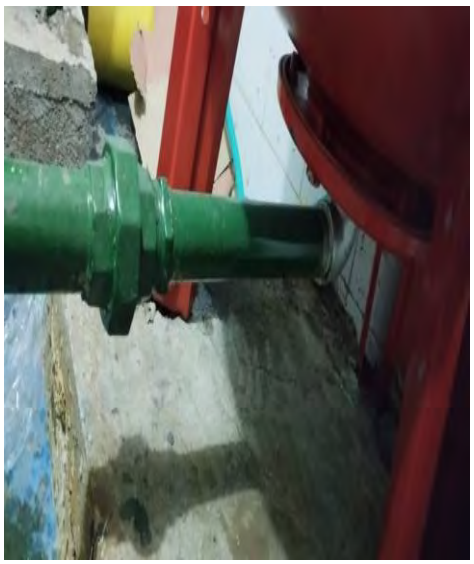
El alcance de la oferta incluye los siguientes aspectos:

- Cambio de rodamientos 6205y 6206
- Cambio de sello mecánico 1" RL
- Fabricación de buje en bronce 1"
- Bobinado de motor
- Limpieza de partes internas y externas
- Pruebas de eficiencia en banco de pruebas
- Montaje y puesta en marcha

Anexos:

Informe técnico
Ficha técnica del tanque hidroacumu

ANTES





DESPUÉS













CALLE 69ª # 93ª-18 CEL 314 3560400 – 314 4238039- WWW.GRUPO-MEN.COM E mail: comercial@grupo-men.com BOGOTA D. C., COLOMBIA

ORDEN DE TRABAJO NO. 14600039

El alcance de la oferta incluye los siguientes aspectos:

- Cambio de rodamientos 6205y 6206
- Cambio de sello mecánico 1" RL
- Fabricación de buje en bronce 1"
- Bobinado de motor
- Limpieza de partes internas y externas
- Pruebas de eficiencia en banco de pruebas
- Montaje y puesta en marcha

Anexos:

Informe técnico
Ficha técnica del tanque hidroacumulador

OBSERVACIONES EN LA ENTREGA:

Queda pendiente mejorar empalme flotador eléctrico, nivelacion y soportarlo. Ajustar cable a bornera de motor bomba 1.

ENTREGA:

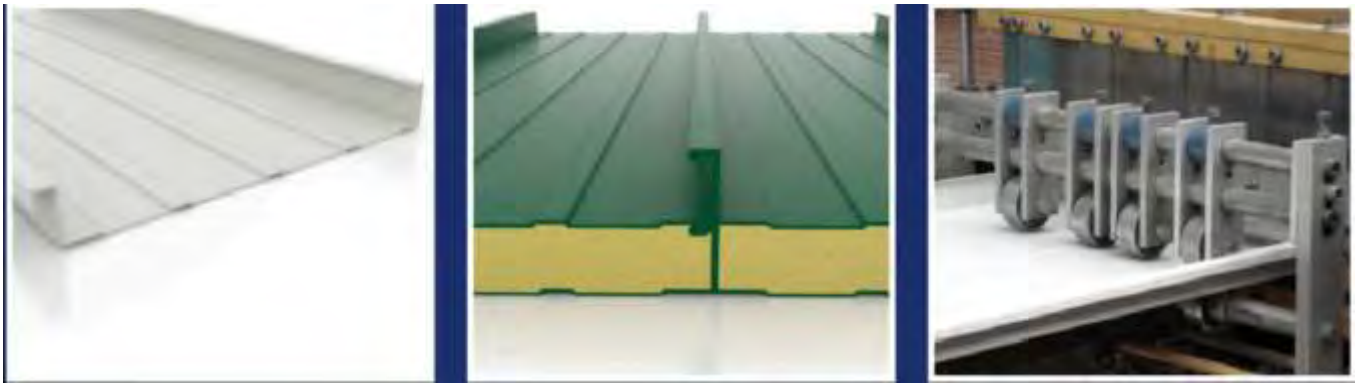
Jenny Mestra Cabezas
Departamento de Ingeniería
MEN INGENIERÍA SAS

RECIBE:

Ing. Vanessa Rozo
Residente obra
PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA

FICHA TECNICA

CUBIERTA STANDING SEAM SENCILLA Y SANDWICH



INFORMACION TECNICA

Teja metálica formada en frio, especialmente diseñada para fabricarse en obra y cubrir grandes superficies, en las que se requieren bajas pendientes y grandes luces sin traslapos longitudinales; gracias a su versatilidad se puede diseñar cubiertas con teja sencilla en alturas de 1.5” y 2” con paneles tipo sándwich.

Av. Centenario N° 100-72 Fontibón
Tels. 7029067 – 3208536300
www. metal-xpress.com - david@metal-xpress.com

VENTAJAS

- No posee traslapos en la dirección del flujo del agua, garantizando un sistema completamente hermético
- Fabricado y grafado en obra
- No hay límite de longitud ya que es fabricada en una pieza de la canal a la cumbrera
- Sistema de fijación oculta a base de clips
- La tornillería no queda expuesta a la intemperie lo que disminuye el riesgo de posibles filtraciones
- Las tejas pueden ser fabricadas de la longitud requerida en secciones rectas o curvas dependiendo del diseño arquitectónico

USOS

- Plantas industriales
- Bodegas
- Edificios – viviendas
- Centros educativos
- Instalaciones deportivas
- Hangares
- Supermercados
- Fachadas y cerramientos

Av. Centenario N° 100-72 Fontibón
Tels. 7029067 – 3208536300
www. metal-xpress.com - david@metal-xpress.com

TEJA CURVA



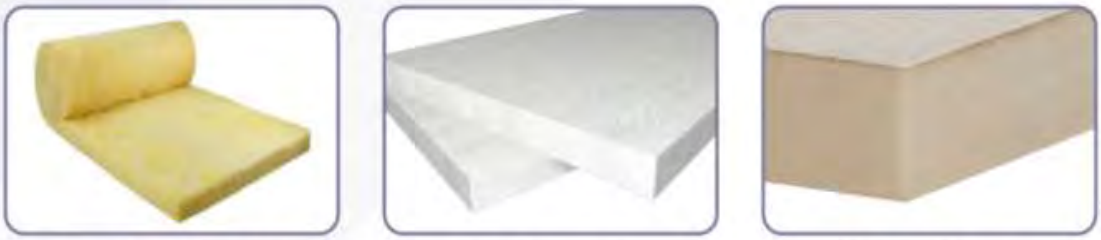
Radio mínimo de curvatura (m)	Altura del Panel	Calibres
10	1.5"(38.1mm)	26 - 24

La teja puede presentar rizados por el formado en frío.

COLORES



AISLAMIENTOS



Fibra de vidrio | Poliestireno | Poliuretano

Av. Centenario N° 100-72 Fontibón
Tels. 7029067 – 3208536300
www. metal-xpress.com - david@metal-xpress.com

Panel 2”



Altura Panel	Ancho útil (mm)	Calibre	Espesor (mm)	Peso (mm)
2” (50.8 mm)	450	24	0.60	6.38
		26	0.46	4.78

Tabla de carga	Luz Simple		Luz Continua	
	Carga (kg/m²)		Carga (kg/m²)	
Luces (mm)	C26	C24	C26	C24
1,800	78	123	110	181
1,900	67	104	99	163
2,000	57	89	89	147
2,100	49	77	81	133
2,200	43	67	74	121

Panel 1.5”



Altura Panel	Ancho útil (mm)	Calibre	Espesor (mm)	Peso (mm)
1.5” (38.1 mm)	500	24	0.60	5.74
		26	0.46	4.3

Tabla de carga	Luz Simple		Luz Continua	
	Carga (kg/m²)		Carga (kg/m²)	
Luces (mm)	C26	C24	C26	C24
1,400	49	101	115	174
1,500	40	82	97	152
1,600	33	68	80	134
1,700	28	56	66	118
1,800	23	48	56	106

Recomendaciones

- Distancia recomendada entre correas para panel 2”: 1.80 m para Cal 26
- Pendiente mínima panel 2”: 4%
- Distancia recomendada entre correas para panel 1.5”: 1.50 m para Cal 26
- Pendiente mínima panel 1.5”: 4%

Av. Centenario N° 100-72 Fontibón
Tels. 7029067 – 3208536300
www. metal-xpress.com - david@metal-xpress.com

Accesorios

Clip de fijación

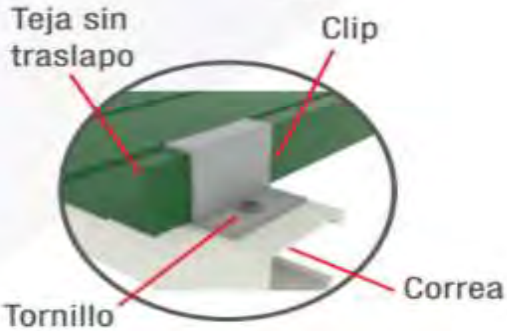


hc= 1½" (38,1 mm) ó 2" (50,8 mm)

Tornillo

Tornillo 10 - 16 3/4





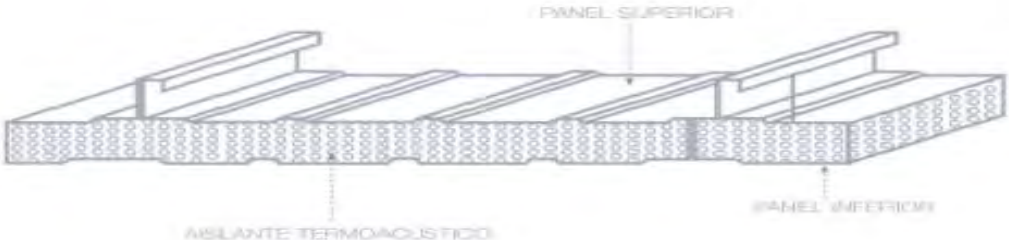
Teja Sencilla:

Una sola bandeja



Teja tipo sándwich:

Bandeja superior e inferior con aislamiento sobrepuesto



Av. Centenario N° 100-72 Fontibón
Tels. 7029067 – 3208536300
www. metal-xpress.com - david@metal-xpress.com

Sello de Calidad

icontec Internacional

Esquema de certificación 5

Otorga el certificado de conformidad de producto ICONTEC (Esquema de certificación 5 según ISO/IEC 17067) para:
It grants the certificate of conformity product ICONTEC (Certification Scheme 5 according ISO/IEC 17067) for:

PINTURAS AL AGUA TIPO EMULSIÓN

Fabricado por **CARLOS ALFONSO CHAVES QUEVEDO - PINTURAS DUROCOLOR** en la Avenida Carrera 80 No. 43-50 Sur, Bogotá D.C., Colombia

Manufactured by **CARLOS ALFONSO CHAVES QUEVEDO - PINTURAS DUROCOLOR** in the Avenida Carrera 80 No. 43-50 Sur, Bogotá D.C., Colombia

El derecho del uso del certificado de conformidad de producto se otorga con el referencial:
The right to use the certificate of conformity of product is granted with the Audit Criteria:

NTC 1335 (2015)

Pinturas al agua tipo emulsión
Emulsion - type water based paints

Este certificado de conformidad de producto está sujeto a que la empresa y el producto cumplan permanentemente con los requisitos establecidos en el referencial y en el documento "ES-R-PD-01 Reglamento para la certificación de producto con Marca de Conformidad otorgada por ICONTEC", lo cual será verificado por ICONTEC

This certificate of conformity product is subject to the company's and product's permanent fulfillment of the requirements set forth in the audit criteria and the "ES-R-PD-01 Reglamento para la certificación de producto con Marca de Conformidad otorgada por ICONTEC" document, which will be verified by ICONTEC.

Las referencias autorizadas para ostentar el certificado de conformidad de producto se incluyen en documento anexo que es parte integral del presente certificado

The references authorized to hold the certificate of conformity of product are included in annexed document and it is integral part of this certified

Certificado **CSC - CER243134**
Certificate

Fecha de Aprobación: Approval Date:	2013-05-03	**Fecha Última Modificación:** Last Modification Date:	
Fecha de Renovación: Renewal Date:	2016-04-29	**Fecha de Vencimiento:** Expiration Date:	2022-05-02

Roberto Enrique Montoya Villa
Director Ejecutivo
CEO

ICONTEC es un organismo de Certificación acreditado por:
ICONTEC is a certification body accredited by:

ACREDITADO ONAC ORGANISMO NACIONAL DE ACREDITACIÓN DE COLOMBIA

ANSI Accredited Program PRODUCT CERTIFICATION Certification, ID # 0677

ISO/IEC 17065:2012
09-CPR-002

Powered by CamScanner

ARTURO DIAZ MONTOYA Y CIA SAS
NIT: 900.617.360-0

Soacha Cundinamarca, 01 Agosto 2023

Señores
HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS S.A.S
Ciudad

Respetados señores:

Ref.: **Certificado proveedor**

De manera cordial me permito certificar **QUE HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS S.A.S**, **identificado con NIT No. 901.027.917-4,** ha realizado compras de nuestro materia "**RECEBO B200**" con una **cantidad de 28 m3 Y** "**MIXTO FINO**" con una **cantidad de 14 m3,** compra realizada el 01 de junio 2023 al 31 julio 2023.

Mina con licencia ambiental resolución No. 1539 del 29 de julio del 2008 y licencia de explotación minera No.21094 a nombre de Manuel Arturo Díaz Montoya.

Adjunto prorroga de estado de la licencia ambiental.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 01 días del mes de MARZO de 2023.

Yuliana Paula Díaz Ramírez
Representante Legal
Mina La Terraza

Cra. 1 N° 12C – 66 Soacha / Cundinamarca.
Tel. 7124308 –313 2 41 99 56
Email. laterrazamina@gmail.com ,manuelarturodiaz@hotmail.com

establecidas en la Resolución 1539 del 29 de julio 2008 (modificada por la Resolución 1737 del 25 de septiembre de 2013), conforme a lo ordenado en el Auto DRSOA 099 del 22 de febrero de 2016.

11.- Las diligencias administrativas previstas en el Auto DRSOA 188 del 31 de marzo de 2016 se practicaron los dias 17 y 24 de mayo de 2016.

12.- En la actualidad, el expediente 8011-63.01-25436 se encuentra en el área técnica de la Dirección Regional Soacha, en estado de elaboración del informe técnico respectivo, que determine la viabilidad de prorrogar, o no, la licencia ambiental otorgada mediante la Resolución 1539 del 29 de julio 2008 (modificada por la Resolución 1737 del 25 de septiembre de 2013).

Una vez se emita dicho informe, este será acogido mediante acto administrativo a través del cual se adoptarán las decisiones que en derecho correspondan.

13.- Se aclara que en virtud del artículo 35 del Decreto 019 de 2012, la licencia ambiental otorgada mediante la Resolución 1539 del 29 de julio 2008 (modificada por la Resolución 1737 del 25 de septiembre de 2013), se encuentra vigente, hasta tanto esta Corporación efectúe pronunciamiento de fondo respecto de la solicitud de prórroga del citado instrumento ambiental.

Atentamente,

GONZALO RODRIGUEZ CHIA
Director Regional

Respuesta a 1116101458 del 18.07.2016
C.C. Expediente 25436
Elaboró Cesar Andres Mora Cardenas DRESOA

Cra. 1 N° 12C – 66 Soacha / Cundinamarca.
Tel. 7124308 –313 2 41 99 56
Email. laterrazamina@gmail.com ,manuelarturodiaz@hotmail.com

质量报告单
MILL TEST CERTIFICATE

订货合同 S/C NO.		2022SC2810											发货日期 DATE OF DELIVERY				May 30th, 2022						
产品名称 NAME OF		PREPAINTED STEEL COILS PPGL											证明书日期 CERTIFICATE DATE				May 30th, 2022						
交货标准 SPECIFICATION		ASTM A755 CQ.											证明书标号 CERTIFICATE NO.				AMM2022SC2810						
序号 ITEM NO.	卷号 COIL NO.	规格及重量 MATERIAL DESCROPTION				化学成分CHEMICAL COMPOSITION% (熔炼分析HEAT ANALYSIS)								拉伸试验 TENSILE TEST				锌层重量 COATING	涂层性能 COAT PROPERTY					
		厚度 THICKNESS (MM)	宽度 WIDTH (MM)	长度 LENGTH (MM)	重量 WEIGHT(MT)	Z	AL	C	Mn	P	S	Si	颜色	屈服 Y.S.	抗拉 T.S.	伸长 EL	硬度 HARDNESS	两面BOTH	涂层厚度	涂层T弯	反向冲击	涂层擦拭	光泽
						$X10^{-2}$	$X10^{-2}$	$X10^{-2}$	$X10^{-2}$	$X10^{-3}$	$X10^{-3}$	$X10^{-2}$	COLOR	Mpa		%		g/m^2					
1	AMM001	0.44	610	C	36.488	43.5	55.0	6.0	31.0	14.0	14.0	4.0	RAL3001	305	402	23	60	AZ80	5+17/5+9	3T	9J	100/80	60
2	AMM002	0.44	610	C	36.650	43.5	55.0	6.0	31.0	13.0	14.0	5.0	RAL6005	305	402	23	60	AZ80	5+17/5+9	3T	9J	100/80	60
3	AMM003	0.44	610	C	50.466	43.5	55.0	6.0	31.0	14.0	14.0	4.0	RAL9002	305	402	23	60	AZ80	5+17/5+9	3T	9J	100/80	60
4	AMM004	0.44	610	C	45.766	43.5	55.0	6.0	31.0	13.0	14.0	5.0	RAL5005	305	402	23	60	AZ80	5+17/5+9	3T	9J	100/80	60
说明 Remark																							
质检员Inspector			赵新菊			本页合计净重NET WEIGHT : 169.370 TONS																	

GREEN CITY
翠城投資有限公司
INVESTMENTS LIMITED

质量报告单
MILL TEST CERTIFICATE

订货合同 S/C NO.	2022SC2810	发货日期 DATE OF DELIVERY	May 30th, 2022
产品名称 NAME OF	PREPAINTED STEEL COILS PPGL	证明书日期 CERTIFICATE DATE	May 30th, 2022
交货标准 SPECIFICATION	ASTM A755 CQ.	证明书标号 CERTIFICATE NO.	AMM2022SC2810

序号 ITEM NO.	卷号 COIL NO.	规格及重量 MATERIAL DESCROPTION				化学成分CHEMICAL COMPOSITION% (熔炼分析HEAT ANALYSIS)								拉伸试验 TENSILE TEST				锌层重量 COATING	涂层性能 COAT PROPERTY				
		厚度 THICKNESS (MM)	宽度 WIDTH (MM)	长度 LENGTH (MM)	重量 WEIGHT(MT)	Z	AL	C	Mn	P	S	Si	颜色	屈服 Y.S.	抗拉 T.S.	伸长 EL	硬度 HARDNESS	两面BOTH	涂层厚度	涂层T弯	反向冲击	涂层擦拭	光泽
						$X10^{-2}$	$X10^{-2}$	$X10^{-2}$	$X10^{-2}$	$X10^{-3}$	$X10^{-3}$	$X10^{-2}$	COLOR	Mpa		%		g/m^2					
1	AMM001	0.44	1220	C	27.572	43.5	55.0	6.0	31.0	14.0	14.0	4.0	RAL3001	305	402	23	60	AZ80	5+17/5+9	3T	9J	100/80	60
2	AMM002	0.44	1220	C	27.642	43.5	55.0	6.0	31.0	13.0	14.0	5.0	RAL6005	305	402	23	60	AZ80	5+17/5+9	3T	9J	100/80	60
3	AMM003	0.44	1220	C	27.676	43.5	55.0	6.0	31.0	14.0	14.0	4.0	RAL9002	305	402	23	60	AZ80	5+17/5+9	3T	9J	100/80	60
4	AMM004	0.44	1220	C	23.022	43.5	55.0	6.0	31.0	13.0	14.0	5.0	RAL5005	305	402	23	60	AZ80	5+17/5+9	3T	9J	100/80	60

说明 Remark				
质检员Inspector	赵新菊		本页合计净重NET WEIGHT : 105.912 TONS	

GREEN CITY 投资有限公司 INVESTMENTS LIMITED

Sabaneta, 14 de Agosto de 2023

Señores:

GLOBAL GROUP COL S.A.S
NIT: 8600677281

Por medio de la presente certificamos que:

- **Pegacor® ULTRA GRIS X 25 KG** referencia **901521501** cumple como un adhesivo cementicio (C), de características mejoradas (2), que cumple la norma NTC 6050, y se clasifica como C2H1I1.
- **Concolor® JE ANTIHONGOS SUPER BCO X 5K** Referencia **903051011**; cumplen como boquillas cementicias con desempeño mejorado en absorción de agua (W) y abrasión (A), que cumple la norma NTC 6050-3., y se clasifica como CG2WA.

Todos los productos cumplen con estándares de calidad revisados y aprobados por SUMICOL S.A.S. de acuerdo con la exigencia para su uso preestablecido y declarados en su ficha técnica.

Los productos que hacen parte del portafolio de nuestra línea Corona, tienen garantía especificada en el documento que la describe incluido en su empaque o suministrada en el momento de la compra.

Esta garantía puede hacerse efectiva a través de nuestra línea de servicio al cliente 018000 512030 ó por medio de nuestros ejecutivos de cuenta.

SUMICOL S.A.S
890900120-7

Bogotá, 14 de Agosto de 2023

Señores:

GLOBAL GROUP COL S.A.S
NIT: 8600677281

Por medio de la presente certificamos que los productos:

336392001 **PISO MIKONOS ARD BLANCO CD**
608039001 **PARED PLANA BLANCO CU**

Cumplen con todos los estándares de calidad revisados y aprobados por Colceramica Corona de acuerdo con la exigencia para su uso preestablecido.

Los productos que hacen parte del portafolio de nuestra línea Corona, tienen garantía especificada en el documento que la describe incluido en su empaque o suministrada en el momento de la compra. Este producto, como todos los que fabricamos cumplen con la NTC 919:2015 y estamos certificados por parte del Icontec; al igual que nuestro sistema de gestión con la certificación de la ISO 9001:2015.

En caso de ser necesario nuestra garantía puede hacerse efectiva a través de nuestra línea de servicio al cliente 018000 512030 ó por medio de nuestros ejecutivos de cuenta.

ColCerámica
Empresa de la Organización Corona

CERTIFICADO DE CALIDAD

ACESCO COLOMBIA S.A.S.
Nit. 8600267530
Parque Industrial Malambo S.A., Km 3 Vía Malambo-Sabanagrande,
Atlántico, Colombia.
PBX: 57-5-3718100,
Fax: 57-5-3478030/31/32
www.acesco.com

N. ENTREGA: 8000382714 **FECHA** 14.02.2023
CLIENTE: MULTIOBRAS SISTEMA DRYWALL S.A.S.

MATERIAL: 314314 - Rollo 0.38-1220 Z03 Galv.
NORMA DE CALIDAD: NTC 4011 / ASTM A653/653M

LOTE No	0008769771	0008817207	0008830286	0008934731	0008934742
COLADA No	445253	2609	2355	639325	639325
PESO	3.924 kg	4.136 kg	3.838 kg	3.752 kg	3.944 kg
PORCENTAJE DE CARBONO	0,060 %	0,040 %	0,050 %	0,050 %	0,050 %
PORCENTAJE DE MANGANESO	0,240 %	0,200 %	0,200 %	0,230 %	0,230 %
PORCENTAJE DE FÓSFORO	0,017 %	0,008 %	0,014 %	0,011 %	0,011 %
PORCENTAJE DE AZUFRE	0,004 %	0,008 %	0,007 %	0,002 %	0,002 %
PORCENTAJE DE ALUMINIO	0,020 %	0,031 %	0,040 %	0,028 %	0,028 %
PORCENTAJE DE COBRE	%	%	%	%	%
PORCENTAJE DE NÍQUEL	%	%	%	%	%
PORCENTAJE DE CROMO	0,010 %	0,020 %	0,030 %	0,010 %	0,010 %
PORCENTAJE DE MOLIBDENO	%	%	%	%	%
PORCENTAJE DE VANADIO	0,001 %	%	%	0,001 %	0,001 %

Las propiedades químicas presentadas son las reportadas por el proveedor de origen de la materia prima.

Certificamos que el material aquí descrito ha sido inspeccionado y ensayado conforme a los estándares mencionados. No requiere firma autógrafa ya que los resultados son generados por computador.

CERTIFICADO DE CALIDAD

ACESCO COLOMBIA S.A.S.
Nit. 8600267530
Parque Industrial Malambo S.A., Km 3 Vía Malambo-Sabanagrande,
Atlántico, Colombia.
PBX: 57-5-3718100,
Fax: 57-5-3478030/31/32
www.acesco.com

N. ENTREGA: 8000382714 **FECHA** 14.02.2023
CLIENTE: MULTIOBRAS SISTEMA DRYWALL S.A.S.

MATERIAL: 314314 - Rollo 0.38-1220 Z03 Galv.
NORMA DE CALIDAD: NTC 4011 / ASTM A653/653M

LOTE No	0008769771	0008817207	0008830286	0008934731	0008934742
COLADA No	445253	2609	2355	639325	639325
PESO	3.924 kg	4.136 kg	3.838 kg	3.752 kg	3.944 kg
PORCENTAJE DE NIOBIO O COLUMBIO	%	%	%	%	%
PORCENTAJE DE TITANIO	%	%	%	%	%
PORCENTAJE DE BORO	0,0010 %	0,0030 %	0,0020 %	0,0012 %	0,0012 %
DUREZA PROMEDIO	54 HRB	54 HRB	52 HRB	47 HRB	54 HRB
ANCHO	1225 mm	1223 mm	1223 mm	1222 mm	1222 mm
COMBADURA	0 mm	0 mm	0 mm	0 mm	0 mm
ESPESOR DE LÁMINA	0,38 mm	0,38 mm	0,39 mm	0,39 mm	0,37 mm
RECUBRIMIENTO Z60	67,3 g/m2	72,0 g/m2	68,7 g/m2	71,7 g/m2	71,7 g/m2

Las propiedades químicas presentadas son las reportadas por el proveedor de origen de la materia prima.

Certificamos que el material aquí descrito ha sido inspeccionado y ensayado conforme a los estándares mencionados. No requiere firma autógrafa ya que los resultados son generados por computador.

CERTIFICADO DE CALIDAD

ACESCO COLOMBIA S.A.S.
Nit. 8600267530
Parque Industrial Malambo S.A., Km 3 Vía Malambo-Sabanagrande,
Atlántico, Colombia.
PBX: 57-5-3718100,
Fax: 57-5-3478030/31/32
www.acesco.com

N. ENTREGA: 8000382714 **FECHA** 14.02.2023
CLIENTE: MULTIOBRAS SISTEMA DRYWALL S.A.S.

MATERIAL: 314314 - Rollo 0.38-1220 Z03 Galv.
NORMA DE CALIDAD: NTC 4011 / ASTM A653/653M

LOTE No	0008934746	0008934747	0008934775		
COLADA No	639325	639326	639325		
PESO	3.608 kg	3.862 kg	3.888 kg		
PORCENTAJE DE CARBONO	0,050 %	0,040 %	0,050 %		
PORCENTAJE DE MANGANESO	0,230 %	0,230 %	0,230 %		
PORCENTAJE DE FÓSFORO	0,011 %	0,012 %	0,011 %		
PORCENTAJE DE AZUFRE	0,002 %	0,002 %	0,002 %		
PORCENTAJE DE ALUMINIO	0,028 %	0,027 %	0,028 %		
PORCENTAJE DE COBRE	%	%	%		
PORCENTAJE DE NÍQUEL	%	%	%		
PORCENTAJE DE CROMO	0,010 %	0,010 %	0,010 %		
PORCENTAJE DE MOLIBDENO	%	%	%		
PORCENTAJE DE VANADIO	0,001 %	0,001 %	0,001 %		

Las propiedades químicas presentadas son las reportadas por el proveedor de origen de la materia prima.

Certificamos que el material aquí descrito ha sido inspeccionado y ensayado conforme a los estándares mencionados. No requiere firma autógrafa ya que los resultados son generados por computador.

CERTIFICADO DE CALIDAD

ACESCO COLOMBIA S.A.S.
Nit. 8600267530
Parque Industrial Malambo S.A., Km 3 Vía Malambo-Sabanagrande,
Atlántico, Colombia.
PBX: 57-5-3718100,
Fax: 57-5-3478030/31/32
www.acesco.com

N. ENTREGA: 8000382714 **FECHA** 14.02.2023
CLIENTE: MULTIOBRAS SISTEMA DRYWALL S.A.S.

MATERIAL: 314314 - Rollo 0.38-1220 Z03 Galv.
NORMA DE CALIDAD: NTC 4011 / ASTM A653/653M

LOTE No	0008934746	0008934747	0008934775		
COLADA No	639325	639326	639325		
PESO	3.608 kg	3.862 kg	3.888 kg		
PORCENTAJE DE NIOBIO O COLUMBIO	%	%	%		
PORCENTAJE DE TITANIO	%	%	%		
PORCENTAJE DE BORO	0,0012 %	0,0012 %	0,0012 %		
DUREZA PROMEDIO	54 HRB	50 HRB	53 HRB		
ANCHO	1222 mm	1222 mm	1222 mm		
COMBADURA	0 mm	0 mm	0 mm		
ESPESOR DE LÁMINA	0,37 mm	0,38 mm	0,37 mm		
RECUBRIMIENTO Z60	71,7 g/m2	73,0 g/m2	72,7 g/m2		

Las propiedades químicas presentadas son las reportadas por el proveedor de origen de la materia prima.

Certificamos que el material aquí descrito ha sido inspeccionado y ensayado conforme a los estándares mencionados. No requiere firma autógrafa ya que los resultados son generados por computador.

CERTIFICADO DE CALIDAD

ACESCO COLOMBIA S.A.S.
Nit. 8600267530
Parque Industrial Malambo S.A., Km 3 Vía Malambo-Sabanagrande,
Atlántico, Colombia.
PBX: 57-5-3718100,
Fax: 57-5-3478030/31/32
www.acesco.com

N. ENTREGA: 8000382714 **FECHA** 14.02.2023
CLIENTE: MULTIOBRAS SISTEMA DRYWALL S.A.S.

MATERIAL: 314314 - Rollo 0.38-1220 Z03 Galv.
NORMA DE CALIDAD: NTC 4011 / ASTM A653/653M

LOTE No	0008769771	0008817207	0008830286	0008934731	0008934742
COLADA No	445253	2609	2355	639325	639325
PESO	3.924 kg	4.136 kg	3.838 kg	3.752 kg	3.944 kg
PORCENTAJE DE CARBONO	0,060 %	0,040 %	0,050 %	0,050 %	0,050 %
PORCENTAJE DE MANGANESO	0,240 %	0,200 %	0,200 %	0,230 %	0,230 %
PORCENTAJE DE FÓSFORO	0,017 %	0,008 %	0,014 %	0,011 %	0,011 %
PORCENTAJE DE AZUFRE	0,004 %	0,008 %	0,007 %	0,002 %	0,002 %
PORCENTAJE DE ALUMINIO	0,020 %	0,031 %	0,040 %	0,028 %	0,028 %
PORCENTAJE DE COBRE	%	%	%	%	%
PORCENTAJE DE NÍQUEL	%	%	%	%	%
PORCENTAJE DE CROMO	0,010 %	0,020 %	0,030 %	0,010 %	0,010 %
PORCENTAJE DE MOLIBDENO	%	%	%	%	%
PORCENTAJE DE VANADIO	0,001 %	%	%	0,001 %	0,001 %

Las propiedades químicas presentadas son las reportadas por el proveedor de origen de la materia prima.

Certificamos que el material aquí descrito ha sido inspeccionado y ensayado conforme a los estándares mencionados. No requiere firma autógrafa ya que los resultados son generados por computador.

CERTIFICADO DE CALIDAD

ACESCO COLOMBIA S.A.S.
Nit. 8600267530
Parque Industrial Malambo S.A., Km 3 Vía Malambo-Sabanagrande,
Atlántico, Colombia.
PBX: 57-5-3718100,
Fax: 57-5-3478030/31/32
www.acesco.com

N. ENTREGA: 8000382714 **FECHA** 14.02.2023
CLIENTE: MULTIOBRAS SISTEMA DRYWALL S.A.S.

MATERIAL: 314314 - Rollo 0.38-1220 Z03 Galv.
NORMA DE CALIDAD: NTC 4011 / ASTM A653/653M

LOTE No	0008769771	0008817207	0008830286	0008934731	0008934742
COLADA No	445253	2609	2355	639325	639325
PESO	3.924 kg	4.136 kg	3.838 kg	3.752 kg	3.944 kg
PORCENTAJE DE NIOBIO O COLUMBIO	%	%	%	%	%
PORCENTAJE DE TITANIO	%	%	%	%	%
PORCENTAJE DE BORO	0,0010 %	0,0030 %	0,0020 %	0,0012 %	0,0012 %
DUREZA PROMEDIO	54 HRB	54 HRB	52 HRB	47 HRB	54 HRB
ANCHO	1225 mm	1223 mm	1223 mm	1222 mm	1222 mm
COMBADURA	0 mm	0 mm	0 mm	0 mm	0 mm
ESPESOR DE LÁMINA	0,38 mm	0,38 mm	0,39 mm	0,39 mm	0,37 mm
RECUBRIMIENTO Z60	67,3 g/m2	72,0 g/m2	68,7 g/m2	71,7 g/m2	71,7 g/m2

Las propiedades químicas presentadas son las reportadas por el proveedor de origen de la materia prima.

Certificamos que el material aquí descrito ha sido inspeccionado y ensayado conforme a los estándares mencionados. No requiere firma autógrafa ya que los resultados son generados por computador.

CERTIFICADO DE CALIDAD

ACESCO COLOMBIA S.A.S.
Nit. 8600267530
Parque Industrial Malambo S.A., Km 3 Vía Malambo-Sabanagrande,
Atlántico, Colombia.
PBX: 57-5-3718100,
Fax: 57-5-3478030/31/32
www.acesco.com

N. ENTREGA: 8000382714 **FECHA** 14.02.2023
CLIENTE: MULTIOBRAS SISTEMA DRYWALL S.A.S.

MATERIAL: 314314 - Rollo 0.38-1220 Z03 Galv.
NORMA DE CALIDAD: NTC 4011 / ASTM A653/653M

LOTE No	0008934746	0008934747	0008934775		
COLADA No	639325	639326	639325		
PESO	3.608 kg	3.862 kg	3.888 kg		
PORCENTAJE DE CARBONO	0,050 %	0,040 %	0,050 %		
PORCENTAJE DE MANGANESO	0,230 %	0,230 %	0,230 %		
PORCENTAJE DE FÓSFORO	0,011 %	0,012 %	0,011 %		
PORCENTAJE DE AZUFRE	0,002 %	0,002 %	0,002 %		
PORCENTAJE DE ALUMINIO	0,028 %	0,027 %	0,028 %		
PORCENTAJE DE COBRE	%	%	%		
PORCENTAJE DE NÍQUEL	%	%	%		
PORCENTAJE DE CROMO	0,010 %	0,010 %	0,010 %		
PORCENTAJE DE MOLIBDENO	%	%	%		
PORCENTAJE DE VANADIO	0,001 %	0,001 %	0,001 %		

Las propiedades químicas presentadas son las reportadas por el proveedor de origen de la materia prima.

Certificamos que el material aquí descrito ha sido inspeccionado y ensayado conforme a los estándares mencionados. No requiere firma autógrafa ya que los resultados son generados por computador.

CERTIFICADO DE CALIDAD

ACESCO COLOMBIA S.A.S.
Nit. 8600267530
Parque Industrial Malambo S.A., Km 3 Vía Malambo-Sabanagrande,
Atlántico, Colombia.
PBX: 57-5-3718100,
Fax: 57-5-3478030/31/32
www.acesco.com

N. ENTREGA: 8000382714 **FECHA** 14.02.2023
CLIENTE: MULTIOBRAS SISTEMA DRYWALL S.A.S.

MATERIAL: 314314 - Rollo 0.38-1220 Z03 Galv.
NORMA DE CALIDAD: NTC 4011 / ASTM A653/653M

LOTE No	0008934746	0008934747	0008934775		
COLADA No	639325	639326	639325		
PESO	3.608 kg	3.862 kg	3.888 kg		
PORCENTAJE DE NIOBIO O COLUMBIO	%	%	%		
PORCENTAJE DE TITANIO	%	%	%		
PORCENTAJE DE BORO	0,0012 %	0,0012 %	0,0012 %		
DUREZA PROMEDIO	54 HRB	50 HRB	53 HRB		
ANCHO	1222 mm	1222 mm	1222 mm		
COMBADURA	0 mm	0 mm	0 mm		
ESPESOR DE LÁMINA	0,37 mm	0,38 mm	0,37 mm		
RECUBRIMIENTO Z60	71,7 g/m2	73,0 g/m2	72,7 g/m2		

Las propiedades químicas presentadas son las reportadas por el proveedor de origen de la materia prima.

Certificamos que el material aquí descrito ha sido inspeccionado y ensayado conforme a los estándares mencionados. No requiere firma autógrafa ya que los resultados son generados por computador.

CORPACERO
Brindamos soluciones en acero

DECLARACION DE CONFORMIDAD

Las laminas cortadas de acero galvanizado aquí descritas han sido inspeccionadas y ensayadas por personal autorizado, independiente del área de producción, con resultados satisfactorios en concordancia con los siguientes documentos: Plan de Calidad de corte lamina lisa PD-CC-02-05; Especificacion Tecnica de Lámina Galvanizada ET-CC-02-14; y tolerancias bajo lineamientos Internos Corpacero y de norma ASTM A653 (NTC 4011) y ASTM A 924.

INFORMACION BASICA

FECHA:	20/10/2020	**CONSECUTIVO Nº**	**CL20-2562**
LINEA:	**LAMINA GALVANIZADA LISA**	**REMISION:**	2082169
NORMA:	**ASTM A 653 CS TIPO B**	**CLIENTE:**	MULTIOBRAS SISTEMA DRYWALL S.A
		SO. ó SX.	20005437
REFERENCIA :	LAM.GLV.0.38 1220 X 2440	**CANTIDAD :**	8007 KG

PRUEBAS Y ENSAYOS

Composicion Quimica:	CONFORME	**Propiedades Mecanicas:**	CONFORME
Inspección Visual:	CONFORME	**Dimensiones y/o Medidas:**	CONFORME
Planitud lámina:	CONFORME	**E. de Adherencia:**	CONFORME

OBSERVACIONES.
- Para los requisitos de las tolerancias dimensiones del material galvanizado ASTM A 924 Y Especificación tecnica : ET-CC-02-14
- **El material relacionado se encuentra libre de contaminacion radioactiva**

ELABORO:



DIEGO RINALDY S.
Aprendiz de Calidad

REVISO:



KAREN ROBLES
Jefe Control de Calidad

ONLINE CERTIFICATIONS DIRECTORY

FJMX.E343501
Electrical Metallic Tubing

Page Bottom

Electrical Metallic Tubing

See General Information for Electrical Metallic Tubing

HANGZHOU TIMES IMPORT & EXPORT CO LTD E343501
Flat 1202, Bldg 3
Xinyi Plaza
Jincheng Rd
Hangzhou, Zhejiang 310000 CHINA

Electrical metallic tubings, Model(s) Trade sizes 1/2, 3/4, 1, 1-1/4, 1-1/2, 2.

Last Updated on 2016-04-14

Questions? Print this page Terms of Use Page Top

© 2017 UL LLC

The appearance of a company's name or product in this database does not in itself assure that products so identified have been manufactured under UL's Follow-Up Service. Only those products bearing the UL Mark should be considered to be Certified and covered under UL's Follow-Up Service. Always look for the Mark on the product.

UL permits the reproduction of the material contained in the Online Certification Directory subject to the following conditions: 1. The Guide Information, Assemblies, Constructions, Designs, Systems, and/or Certifications (files) must be presented in their entirety and in a non-misleading manner, without any manipulation of the data (or drawings). 2. The statement "Reprinted from the Online Certifications Directory with permission from UL" must appear adjacent to the extracted material. In addition, the reprinted material must include a copyright notice in the following format: "© 2017 UL LLC".

Anexo TEC-15 – Control de Inspección y Equipos



CONSTRUCCIONES SOLDADAS

QC Welding

INSPECCION Y CONTROL CALIDAD

Fabricante Estructura	PA COLOMBIA S.A. S.	**Fecha Visita**	Septiembre 16 de 2023
Dirección	Calle 48 b sur # 11 – 14 este	**Proyecto**	SED ALTAMIRA SUR ORIENTAL SEDE B
Asunto	Informe Técnico de Inspección en Construcciones Soldadas		

Objetivo:

Informar sobre las actividades de control calidad en inspección en construcciones soldadas para la estructura de cubiertas en uniones de empalmadas de correas y anclajes de correa a columna con platina en muro, en los Salones 1 a 3 y zona de pasillos Bloque 1 para el Colegio ALTAMIRA SUR ORIENTAL SEDE B en la ciudad de Bogotá DC en el Departamento de Cundinamarca.

Alcance:

Está dirigido a la gerencia del proyecto, la interventoría, directores de obra, ingenieros, residentes, inspectores, supervisores, jefes de taller, soldadores, operarios y todos los que se relacionan directamente con las operaciones de construcciones soldadas.

Normas Referencia:

- NSR-10 Capitulo F: Estructuras Metálicas
- AWS D1.1/D1.1 M:2015 Código de la Soldadura y el Acero.
- NTC/GTC 110: Guía para la Inspección visual de Soldaduras.
- ANSI/AWS B1.10 y/o NTC 2120: Soldadura, Guía para la Inspección de Soldadura mediante Ensayos No destructivos (NDT).
- NTC-5832: Practicas Normalizadas para Fabricación y Montaje de Estructuras en Acero. Edificios y Puentes.
- NTC-100: Metrología; Sistema Internacional de Unidades.

Descripción:

Se realizan actividades de inspección para control calidad en misión del Constructor PA COLOMBIA S.A.S. para verificación de construcciones soldadas para las uniones de empalmes, anclajes de correas a columna a platinas sobre muro, para la estructura de cubierta en el Bloque 1 en los salones 1 a 3 y zona de pasillos (juntas en filete), con materiales en acero estructural; inspección en sitio bajo referencia de la norma NSR-15 y código de soldadura AWS D1.3 así:

Especificaciones para la Inspección.

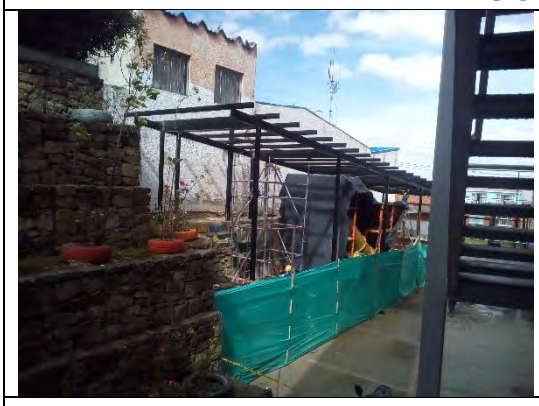
- Para el Control Calidad se consideran Indicaciones todas aquellas interrupciones del material en su estructura física normal en la configuración de los productos metálicos soldados, zonas afectadas por el calor y materiales; para la inspección visual se seguirán las indicaciones del Código AWS en función al método de inspección.

- Se establecen actividades de inspección no destructiva por líquidos penetrantes para construcciones soldadas para procesos de soldadura por arco eléctrico con electrodo revestido y/o SMAW en referencia a la NSR-15 y bajo el Código AWS D 1.1 / D 1.1 M:2015 y AWS D1.1 / D1.3.

- Todas las uniones de soldadura deberán ser aplicadas en su totalidad y sin excepción como se establecen en los procedimientos y diseños constructivos; para todos los elementos que estén sometidos a cargas de trabajo estructurales principales y secundarias para cualquier conjunto o parte soldada, se debe cumplir los lineamientos del AWS y la Norma NTC 5832 y todos los códigos contractuales vigentes para el proyecto en la verificación de las construcciones Soldadas.

INFORME TÉCNICO DE INSPECCION EN CONSTRUCCIONES SOLDADAS				
Proyecto	ESTRUCTURA PERGOLA Y CUBIERTA PORTERIA			
Fabricante	PA COLOMBIA S.A.S.	**Contratante**	PA COLOMBIA S.A.S.	
Ubicación	Bogotá DC, Calle 48b sur # 11 – 14 este			
Asunto	Informe Técnico Inspección en Construcciones Soldadas No.14		**Fecha:**	16/09/2023

REGISTRO ACTIVIDADES



Registro Fotográfico 01

Verificación e Inspección en construcciones soldadas por método de ensayos no destructivos (QC-VT/PT: Visual Testing / Penetrant Testing) a las soldaduras que conforman las uniones de la estructura Tipo Pérgola

La actividad se inicia por el costado norte hacia el sur en el bloque principal, con un spot al 10% que corresponde a once (11) puntos de inspección para tintas penetrantes.



Registro Fotográfico 02

Se observan en sitio materiales en acero instalados en correas columnas y cerchas con juntas de anclaje, empalmes unidos con soldadura en juntas a tope y en filete con materiales usados como:

- Perfil estructural cuadrado 100 mm X 100 mm X 4 mm
- Perfil estructural rectangular 120 mm X 60 mm X 4 mm
- Perfil estructural rectangular 200 mm X 70 mm X 3 mm
- Soldadura E-6011 con Ø de 1/8 (3.2 mm)



Registro Fotográfico 03

Se realiza spot de revisión al 10% del total de las uniones de anclaje y empalmes de los perfiles de correas para ensayo no destructivo con inspección visual se aplica una limpieza tipo SSPC-SP 2: Herramienta eléctrica y grata circular; se realiza la inspección visual de las soldaduras con acceso al 100%.



Registro Fotográfico 04

En el control dimensional de las aplicaciones de soldadura se observan cordones en juntas en filete para la unión de las correas con columnas, correas con cerchas y anclajes de columnas.

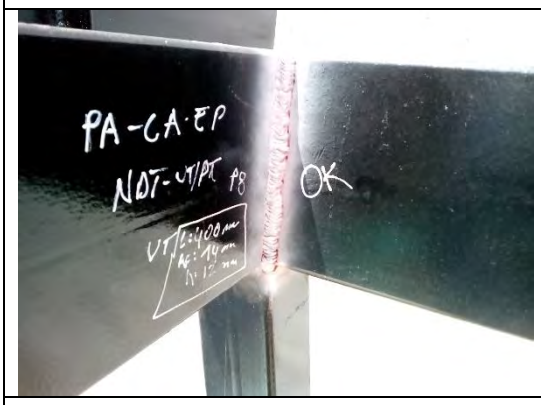
Se tienen en promedio dimensiones de soldadura en longitudes de 400 mm en cuatro (04) caras, se tienen alturas de catetos de 12 mm, concavidad/convexidad en 10 mm aproximadamente.



Registro Fotográfico 05

Realizada la inspección visual (VT) se realiza la aplicación de los ensayos no destructivos con tintas penetrantes, así:

Método de ensayo: Líquidos Penetrantes (NDT: PT)
Tipo: 2A, Penetrante Coloreado Visible,
Método A: removible con agua.
Kit de Inspección:
MAGNAFLUX®- SPOTCHECK®. Penetrante: SKL-SP2 rojo,
Tiempo de acción: 15 minutos sobre las superficies ensayadas.



Registro Fotográfico 06

Una vez retirados los excesos del líquido penetrante en su primera etapa, se realizan las aplicaciones del líquido revelador sobre las superficies ensayadas:

Método de ensayo: Líquidos Penetrantes (NDT: PT)
Forma A: Revelador en Polvo bajo norma ASTM E 195, ASTM E 1418.
Kit de Inspección: MAGNAFLUX®- SPOTCHECK®.
Revelador: SKD-S2 blanco.
Tiempo de acción: 07 minutos reacción con el penetrante.

 **Registro Fotográfico 07**	En el revelado de las tintas se evidencia en general atrapamientos de escoria en los bordes de la soldadura con el metal base, sin presencia de indicaciones relevantes. Zonas conformes en las áreas inspeccionadas en las superficies reveladas en general.
 **Registro Fotográfico 08**	Como trazabilidad de Inspección para el ensayo se utiliza para este informe de la siguiente forma: • PA-EC-CA: PA COLOMBIA S.A.S., Estructura de cubierta, Colegio Altamira Sur Oriental Sede B. • NDT-VT/PT: Ensayo no destructivo y punto de inspección con consecutivo • Cuadro control dimensiones del cordón de soldadura e inspección visual.
 **Registro Fotográfico 09**	En la imagen se observa en el punto dos (2) de inspección cordón de unión de columna a cercha tres poros sobre el metal base como indicación del ensayo de tintas en su revelado. Se observa atrapamientos de escorias aleatorios y salpicaduras.

	Durante el día de la inspección se realiza la reparación de la zona con indicación del punto dos mediante pulido de la zona y aplicación de un cordón de soldadura sobre el área afectada. Se realiza re inspección visual en el área y se libera la soldadura con aceptación y conformidad de la soldadura de reparación aplicada.
Registro Fotográfico 10	

OBSERVACIONES GENERALES.

1. Inspección realizada para once (11) uniones de la pérgola en uniones de anclaje de columnas, cerchas y correas; con muestreo de ensayo de inspección no destructivo con tintas penetrantes en spot aplicado al 10% del total de las uniones soldadas. Se realiza una zona reparada de 20 mm de longitud en el total de los puntos inspeccionados, se evidencian superficies conformes y se recomienda elaborar las remociones o limpiezas completas antes de aplicar los recubrimientos de superficies: pintura.

2. Se recomienda soportar todos los materiales usados en la construcción del ensamble soldado (estructura) y todo material adicional que no se encuentre descrito y especificado en los planos y como resultado de las labores constructivas para la estructura inspeccionada, teniendo en cuenta las operaciones realizadas en la construcción para el funcionamiento estructural del ensamble, la geometría, dimensiones de elementos o piezas o estructuras ensambladas en taller y la obra. Si por actividades constructivas se generan planos y/o documentos en construcciones soldadas estos deberán ser claros y vigentes, adicionalmente que indiquen los materiales, la ubicación, la orientación con las vistas, los detalles y secciones, las soldaduras aplicadas; detalles de las conexiones entre los miembros, marcas de identificación, numeración o posición de cada pieza instalada o fabricada con el tipo de preparación de superficie, el tipo de protección contra la corrosión y el tipo de acabado, la descripción, el procedimiento la simbología y el tipo de soldadura empleado en los procesos constructivos.

3. La responsabilidad por la ejecución de los diseños y la fabricación con exactitud de las dimensiones detalladas en los planos de taller, y el buen ajuste de los miembros a ensamblarse en campo, las correcciones, modificaciones y actividades de alineación y ajuste del montaje son responsabilidad del Fabricante; garantizando el correcto ensamble bajo los estándares de las NSR vigentes; se deben cumplir con los rangos y las tolerancias especificadas por el Diseñador por lo que se debe verificar el estado actual de la estructura si se presenta falla en lo anteriormente descrito por parte del Fabricante; verificación de los asentamientos, verticalidad, niveles y plomos con una comisión Topográfica y el personal competente en obra.

4. Para las actividades de aplicación de recubrimientos de superficies metálicas (pintura) se deben seguir recomendaciones tipo NACE o SSPC y/o similares ya que para las Inspecciones se detectaron fallas de elementos que no fueron retirados como las calaminas, escorias atrapadas excesos de soldadura y contaminantes por corrosión, se deben reparar las zonas con indicación y establecer el grado de aceptación según los requerimientos del Diseño.

Elaborado Por: Javier Romero INSPECTOR DE CONSTRUCCIONES SOLDADAS ACS-ICS-382	Revisado Por: PA COLOMBIA S.A.S. Firma:	Aprobado por: INTERVENTORIA. Firma:
Fecha: septiembre 17 de 2023.	Fecha:	Fecha:



CONSTRUCCIONES SOLDADAS

QC Welding

INSPECCION Y CONTROL CALIDAD

Fabricante Estructura	PA COLOMBIA S.A. S.	**Fecha Visita**	Septiembre 01 de 2023
Dirección	Carrera 2ª # 29a – 29 sur	**Proyecto**	SED FRANCISCO JAVIER MATIZ SEDE A
Asunto	Informe Técnico de Inspección en Construcciones Soldadas		

Objetivo:

Informar sobre las actividades de control calidad en inspección en construcciones soldadas para la estructura de cubiertas en uniones de empalmadas de correas y anclajes de correa a columna con platina en muro, en los Salones 1 a 3 y zona de pasillos Bloque 1 para el Colegio FRANCISCO JAVIER MATIZ SEDE A en la ciudad de Bogotá DC en el Departamento de Cundinamarca.

Alcance:

Está dirigido a la gerencia del proyecto, la interventoría, directores de obra, ingenieros, residentes, inspectores, supervisores, jefes de taller, soldadores, operarios y todos los que se relacionan directamente con las operaciones de construcciones soldadas.

Normas Referencia:

- NSR-10 Capitulo F: Estructuras Metálicas
- AWS D1.1/D1.1 M:2015 Código de la Soldadura y el Acero.
- NTC/GTC 110: Guía para la Inspección visual de Soldaduras.
- ANSI/AWS B1.10 y/o NTC 2120: Soldadura, Guía para la Inspección de Soldadura mediante Ensayos No destructivos (NDT).
- NTC-5832: Practicas Normalizadas para Fabricación y Montaje de Estructuras en Acero. Edificios y Puentes.
- NTC-100: Metrología; Sistema Internacional de Unidades.

Descripción:

Se realizan actividades de inspección para control calidad en misión del Constructor PA COLOMBIA S.A.S. para verificación de construcciones soldadas para las uniones de empalmes, anclajes de correas a columna a platinas sobre muro, para la estructura de cubierta en el Bloque 1 en los salones 1 a 3 y zona de pasillos (juntas en filete y a tope), con materiales en acero estructural; inspección en sitio bajo referencia de la norma NSR-15 y código de soldadura AWS D1.3 así:

Especificaciones para la Inspección.

- Para el Control Calidad se consideran Indicaciones todas aquellas interrupciones del material en su estructura física normal en la configuración de los productos metálicos soldados, zonas afectadas por el calor y materiales; para la inspección visual se seguirán las indicaciones del Código AWS en función al método de inspección.

- Se establecen actividades de inspección no destructiva por líquidos penetrantes para construcciones soldadas para procesos de soldadura por arco eléctrico con electrodo revestido y/o SMAW en referencia a la NSR-15 y bajo el Código AWS D 1.1 / D 1.1 M:2015 y AWS D1.1 / D1.3.

- Todas las uniones de soldadura deberán ser aplicadas en su totalidad y sin excepción como se establecen en los procedimientos y diseños constructivos; para todos los elementos que estén sometidos a cargas de trabajo estructurales principales y secundarias para cualquier conjunto o parte soldada, se debe cumplir los lineamientos del AWS y la Norma NTC 5832 y todos los códigos contractuales vigentes para el proyecto en la verificación de las construcciones Soldadas.

INFORME TÉCNICO DE INSPECCION EN CONSTRUCCIONES SOLDADAS					
Proyecto	CUBIERTA BLOQUE 1 SALONES 1 A 3 Y PASILLOS				
Fabricante	PA COLOMBIA S.A.S.	**Contratante**	PA COLOMBIA S.A.S.		
Ubicación	Bogotá DC, Carrera 2ª # 29ª - 29				
Asunto	Informe Técnico Inspección en Construcciones Soldadas No.01			**Fecha:**	01/09/2023

REGISTRO ACTIVIDADES



Registro Fotográfico 01

Verificación e Inspección de construcciones soldadas por método de ensayos no destructivos (QC-VT/PT: Visual Testing / Penetrant Testing) a las soldaduras que conforman las uniones en empalmes de correas, anclajes de correas a columnas y platinas sobre muros en concreto y zona de pasillo.

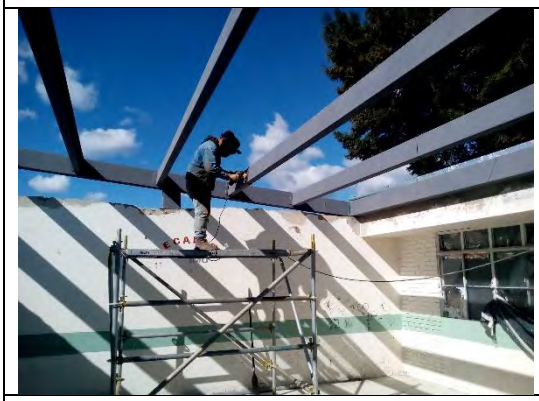
La actividad se inicia en el bloque 1, segundo nivel de sur a norte, con un spot al 10% que corresponde a ocho (08) puntos de inspección para tintas penetrantes.



Registro Fotográfico 02

Se observan en sitio materiales en acero instalados en correas con juntas de anclaje y empalmes entre correa a platina de los elementos en acero unidos con soldadura en juntas a tope y en filete con materiales usados como:

- Perfil estructural Tipo C de 220 mm X 80 mm X 2.5 mm
- Platina Tipo de 1/8 (9.5 mm)
- Soldadura E-6011 con Ø de 1/8 (3.2 mm)



Registro Fotográfico 03

Se realiza spot de revisión al 10% del total de las uniones de anclaje y empalmes de los perfiles de correas para ensayo no destructivo con inspección visual se aplica una limpieza tipo SSPC-SP 2: Herramienta eléctrica y grata circular; se realiza la inspección visual de las soldaduras con acceso al 100%.



Registro Fotográfico 04

En el control dimensional de las aplicaciones de soldadura se observan cordones en juntas en filete para la unión de los anclajes.

Se tienen en promedio dimensiones de soldadura en longitudes de 400 mm en cuatro (04) caras, se tienen alturas de catetos de 7 mm, concavidad/convexidad en 5 mm aproximadamente.



Registro Fotográfico 05

Realizada la inspección visual (VT) se realiza la aplicación de los ensayos no destructivos con tintas penetrantes, así:

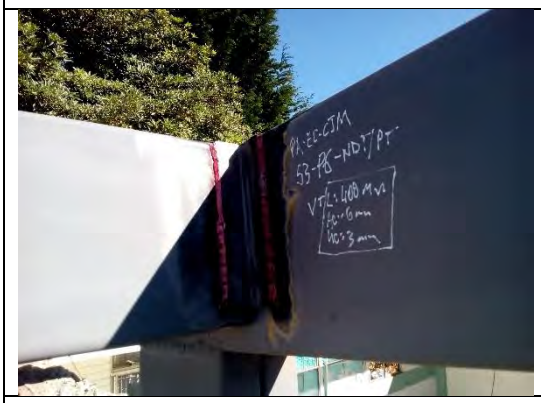
Método de ensayo: Líquidos Penetrantes (NDT: PT)
Tipo: 2A, Penetrante Coloreado Visible,
Método A: removible con agua.
Kit de Inspección:
MAGNAFLUX®- SPOTCHECK®. Penetrante: SKL-SP2 rojo,
Tiempo de acción: 15 minutos sobre las superficies ensayadas.



Registro Fotográfico 06

Una vez retirados los excesos del líquido penetrante en su primera etapa, se realizan las aplicaciones del líquido revelador sobre las superficies ensayadas:

Método de ensayo: Líquidos Penetrantes (NDT: PT)
Forma A: Revelador en Polvo bajo norma ASTM E 195, ASTM E 1418.
Kit de Inspección: MAGNAFLUX®- SPOTCHECK®.
Revelador: SKD-S2 blanco.
Tiempo de acción: 07 minutos reacción con el penetrante.

 **Registro Fotográfico 07**	En el revelado de las tintas se evidencia en general atrapamientos de escoria en los bordes de la soldadura con el metal base, sin presencia de indicaciones relevantes. Zonas conformes en las áreas inspeccionadas en las superficies reveladas en general.
 **Registro Fotográfico 08**	Como trazabilidad de Inspección para el ensayo se utiliza para este informe de la siguiente forma: • PA-EC-CJM: PA COLOMBIA S.A.S., Estructura de cubierta, Colegio Francisco Javier Matiz Sede A. • S3-P6: Salón 3, punto soldadura con consecutivo. • NDT-VT/PT: Ensayo no destructivo, Cuadro control dimensiones del cordón de soldadura e inspección visual.
 **Registro Fotográfico 09**	En la imagen se observa la inspección en una junta de empalme entre correa en plano (a tope) con las superficies conformes sin indicaciones relevantes. Se observa atrapamientos de escorias aleatorios únicamente.

OBSERVACIONES GENERALES.

1. Inspección realizada para ocho (08) uniones de anclajes de correas del total terminado para el día de la visita, con muestreo de ensayo de inspección no destructivo con tintas penetrantes en spot aplicado al 10% del total de las uniones soldadas. Se evidencian superficies conformes y se

recomienda elaborar las remociones o limpiezas completas antes de aplicar los recubrimientos de superficies: pintura.

2. Se recomienda soportar todos los materiales usados en la construcción del ensamble soldado (estructura) y todo material adicional que no se encuentre descrito y especificado en los planos y como resultado de las labores constructivas para la estructura inspeccionada, teniendo en cuenta las operaciones realizadas en la construcción para el funcionamiento estructural del ensamble, la geometría, dimensiones de elementos o piezas o estructuras ensambladas en taller y la obra. Si por actividades constructivas se generan planos y/o documentos en construcciones soldadas estos deberán ser claros y vigentes, adicionalmente que indiquen los materiales, la ubicación, la orientación con las vistas, los detalles y secciones, las soldaduras aplicadas; detalles de las conexiones entre los miembros, marcas de identificación, numeración o posición de cada pieza instalada o fabricada con el tipo de preparación de superficie, el tipo de protección contra la corrosión y el tipo de acabado, la descripción, el procedimiento la simbología y el tipo de soldadura empleado en los procesos constructivos.

3. La responsabilidad por la ejecución de los diseños y la fabricación con exactitud de las dimensiones detalladas en los planos de taller, y el buen ajuste de los miembros a ensamblarse en campo, las correcciones, modificaciones y actividades de alineación y ajuste del montaje son responsabilidad del Fabricante; garantizando el correcto ensamble bajo los estándares de las NSR vigentes; se deben cumplir con los rangos y las tolerancias especificadas por el Diseñador por lo que se debe verificar el estado actual de la estructura si se presenta falla en lo anteriormente descrito por parte del Fabricante; verificación de los asentamientos, verticalidad, niveles y plomos con una comisión Topográfica y el personal competente en obra.

4. Para las actividades de aplicación de recubrimientos de superficies metálicas (pintura) se deben seguir recomendaciones tipo NACE o SSPC y/o similares ya que para las Inspecciones se detectaron fallas de elementos que no fueron retirados como las calaminas, escorias atrapadas excesos de soldadura y contaminantes por corrosión, se deben reparar las zonas con indicación y establecer el grado de aceptación según los requerimientos del Diseño.



CONSTRUCCIONES SOLDADAS

QC Welding

INSPECCION Y CONTROL CALIDAD

Fabricante Estructura	PA COLOMBIA S.A. S.	**Fecha Visita**	Septiembre 23 de 2023
Dirección	Calle 37 a bis sur # 2a – 04	**Proyecto**	SED ALEMANIA UNIFICADA SEDE A
Asunto	Informe Técnico de Inspección en Construcciones Soldadas		

Objetivo:

Informar sobre las actividades de control calidad en inspección en construcciones soldadas para la estructura de cubierta bloque 4 para el Colegio ALEMANIA UNIFICADA SEDE A en la ciudad de Bogotá DC en el Departamento de Cundinamarca.

Alcance:

Está dirigido a la gerencia del proyecto, la interventoría, directores de obra, ingenieros, residentes, inspectores, supervisores, jefes de taller, soldadores, operarios y todos los que se relacionan directamente con las operaciones de construcciones soldadas.

Normas Referencia:

- NSR-10 Capitulo F: Estructuras Metálicas
- AWS D1.1/D1.1 M:2015 Código de la Soldadura y el Acero.
- NTC/GTC 110: Guía para la Inspección visual de Soldaduras.
- ANSI/AWS B1.10 y/o NTC 2120: Soldadura, Guía para la Inspección de Soldadura mediante Ensayos No destructivos (NDT).
- NTC-5832: Practicas Normalizadas para Fabricación y Montaje de Estructuras en Acero. Edificios y Puentes.
- NTC-100: Metrología; Sistema Internacional de Unidades.

Descripción:

Se realizan actividades de inspección para control calidad en construcciones soldadas en misión del Constructor PA COLOMBIA S.A.S para verificación de construcciones soldadas para la estructura de cubierta del Bloque 4 en uniones soldadas tipo empalmes (juntas a tope) y filetes principalmente, con materiales en acero estructural tipo perfil rectangular para correas, cerchas y columnas; inspección en sitio bajo referencia de la norma NSR-15 y código de soldadura AWS D1.3 así:

Especificaciones para la Inspección.

- Para el Control Calidad se consideran Indicaciones todas aquellas interrupciones del material en su estructura física normal en la configuración de los productos metálicos soldados, zonas afectadas por el calor y materiales; para la inspección visual se seguirán las indicaciones del Código AWS en función al método de inspección.

- Se establecen actividades de inspección no destructiva por líquidos penetrantes para construcciones soldadas para procesos de soldadura por arco eléctrico con electrodo revestido y/o SMAW en referencia a la NSR-15 y bajo el Código AWS D 1.1 / D 1.1 M:2015 y AWS D1.1 / D1.3.

- Todas las uniones de soldadura deberán ser aplicadas en su totalidad y sin excepción como se establecen en los procedimientos y diseños constructivos; para todos los elementos que estén sometidos a cargas de trabajo estructurales principales y secundarias para cualquier conjunto o parte soldada, se debe cumplir los lineamientos del AWS y la Norma NTC 5832 y todos los códigos contractuales vigentes para el proyecto en la verificación de las construcciones Soldadas.

INFORME TÉCNICO DE INSPECCION EN CONSTRUCCIONES SOLDADAS				
Proyecto	ESTRUCTURA CUBIERTA COLEGIO ALEMANIA UNIFICADA SEDE A - BLOQUE 4			
Fabricante	PA COLOMBIA S.A.S	**Contratante**	P**A COLOMBIA S.A.S**	
Ubicación	Bogotá DC, Calle 37a bis sur # 2a - 04			
Asunto	Informe Técnico Inspección en Construcciones Soldadas No.04		**Fecha:**	25/09/2023

REGISTRO ACTIVIDADES



Registro Fotográfico 01

Inspección de estructura:

Inspección de construcciones soldadas por método de ensayos no destructivos (QC-VT/PT: Visual Testing / Penetrant Testing) a las uniones soldadas del conjunto de correas para cubiertas del Bloque 4

Se inició la actividad desde el costado nororiental hacia el costado suroccidental enumerando desde el Punto 01 hasta el punto 06 en uniones en filetes y empalmes entre perfiles estructurales (correas y cerchas).



Registro Fotográfico 02

Se observan en sitio materiales en acero unidos zonas de secciones de correas de los elementos en acero unidos con soldadura en juntas a tope y materiales usados como:

- Perfil rectangular estructural de 150 mm X 50 mm X 3 mm
- Perfil rectangular estructural de 200 mm X 100 mm X 3 mm
- Soldadura E-6011 con Ø de 3/32 (2.38 mm)



Registro Fotográfico 03

Se realiza spot de revisión al 10% del total de las uniones de empalmes de los perfiles, puntos seleccionados por la interventoría en sitio, ensayo no destructivo con inspección visual se aplica una limpieza tipo SSPC-SP 2: Herramienta eléctrica y grata circular; se realiza la inspección visual de las soldaduras con acceso al 100%.



Registro Fotográfico 04

En el control dimensional de las aplicaciones de soldadura se observan cordones en juntas a tope y filete, así:

Se tienen en promedio dimensiones de soldadura en longitudes de 400 mm y 600 mm en cuatro (04) caras, se tienen anchos de cara de los cordones en 12 mm, alturas de los cordones en 2 mm aproximadamente; en filetes los cordones dimensionan alturas de catetos en promedio de 5 mm y concavidad/convexidad en 3 mm.



Registro Fotográfico 05

Realizada la inspección visual (VT) se aplican los ensayos no destructivos, así:

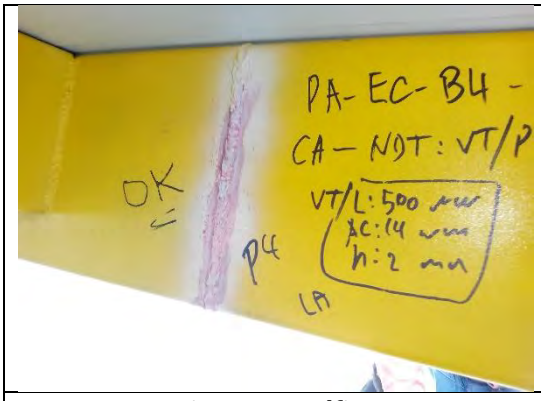
Método de ensayo: Líquidos Penetrantes (NDT: PT)
Tipo: 2A, Penetrante Coloreado Visible,
Método A: removible con agua.
Kit de Inspección:
MAGNAFLUX®- SPOTCHECK®. Penetrante: SKL-SP2 rojo,
Tiempo de acción: 15 minutos sobre las superficies ensayadas.



Registro Fotográfico 06

Una vez retirados los excesos del líquido penetrante, se realizan las aplicaciones del líquido revelador sobre las superficies ensayadas:

Método de ensayo: Líquidos Penetrantes (NDT: PT)
Forma A: Revelador en Polvo bajo norma ASTM E 195, ASTM E 1418.
Kit de Inspección: MAGNAFLUX®- SPOTCHECK®.
Revelador: SKD-S2 blanco.
Tiempo de acción: 07 minutos reacción con el penetrante.



Registro Fotográfico 07

En la evaluación del revelado del ensayo se tienen superficies soldadas aceptables, el revelado muestra indicaciones no relevantes como atrapamientos de escorias en los bordes de la soldadura con el metal base.

En sitio se recomiendan realizar limpiezas más completas antes de aplicar los recubrimientos de superficies correspondientes en las zonas demarcadas en las superficies inspeccionadas.



Registro Fotográfico 08

Como trazabilidad de Inspección para el ensayo se utiliza la misma de la inspección previa a este informe de la siguiente forma:

- PA-EC-B4: PA Colombia S.A.S, Estructura Cubierta, bloque 4.
- CA-NDT-VT/PT: Colegio Alemania Unificada sede A, Ensayo no destructivo, punto de inspección
- Cuadro control dimensiones del cordón de soldadura e inspección visual.



Registro Fotográfico 09

En la imagen se observa la inspección en una junta a tope o empalme de perfil con las superficies aceptables sin indicaciones de consideración en el revelado del ensayo no destructivo.

Se recomiendan procedimientos de limpieza en las superficies soldadas más completos en la remoción de las escorias resultantes de las aplicaciones de soldadura en el conjunto de cubiertas para el Bloque 4.

 **Registro Fotográfico 10**	Se verifican cuatro zonas de cubiertas del Bloque 4 en una distribución de 6 puntos de inspección por cuatro caras y sus lados respectivamente.

OBSERVACIONES GENERALES.

1. Inspección realizada para cuatro (4) conjuntos soldados de cubiertas en el bloque 4, con muestreo de ensayo de inspección no destructivo con tintas penetrantes en spot aplicado al 10% del total de las uniones soldadas y al 100% de inspección visual en las zonas de libre acceso, spot en 6 (seis) puntos o empalmes de conexión en las juntas a tope del conjunto construido. Se evidencian indicaciones no relevantes como salpicaduras y escorias sin remover, superficies Conformes en las zonas ensayadas en las superficies en general, se recomienda realizar remociones de las salpicaduras de todos los puntos inspeccionados antes de aplicar los recubrimientos de superficie.

2. Se recomienda soportar todos los materiales usados en la construcción del ensamble soldado (estructura) y todo material adicional que no se encuentre descrito y especificado en los planos y como resultado de las labores constructivas para la estructura inspeccionada, teniendo en cuenta las operaciones realizadas en la construcción para el funcionamiento estructural del ensamble, la geometría, dimensiones de elementos o piezas o estructuras ensambladas en taller y la obra. Si por actividades constructivas se generan planos y/o documentos en construcciones soldadas estos deberán ser claros y vigentes, adicionalmente que indiquen los materiales, la ubicación, la orientación con las vistas, los detalles y secciones, las soldaduras aplicadas; detalles de las conexiones entre los miembros, marcas de identificación, numeración o posición de cada pieza instalada o fabricada con el tipo de preparación de superficie, el tipo de protección contra la corrosión y el tipo de acabado, la descripción, el procedimiento la simbología y el tipo de soldadura empleado en los procesos constructivos.

3. La responsabilidad por la ejecución de los diseños y la fabricación con exactitud de las dimensiones detalladas en los planos de taller, y el buen ajuste de los miembros a ensamblarse en campo, las correcciones, modificaciones y actividades de alineación y ajuste del montaje son responsabilidad del Fabricante; garantizando el correcto ensamble bajo los estándares de las NSR vigentes; se deben cumplir con los rangos y las tolerancias especificadas por el Diseñador por lo que se debe verificar el estado actual de la estructura si se presenta falla en lo anteriormente

descrito por parte del Fabricante; verificación de los asentamientos, verticalidad, niveles y plomos con una comisión Topográfica y el personal competente en obra.

4. Para las actividades de aplicación de recubrimientos de superficies metálicas (pintura) se deben seguir recomendaciones tipo NACE o SSPC y/o similares ya que para las Inspecciones se detectaron fallas de elementos que no fueron retirados como las calaminas, escorias atrapadas excesos de soldadura y contaminantes por corrosión, se deben reparar las zonas con indicación y establecer el grado de aceptación según los requerimientos del Diseño.

PA COLOMBIA S.A.S.

REPORTE DE INSPECCIÓN ENSAYOS NO DESTRUCTIVOS: NDT-VT/PT

Versión No.01

PROYECTO: CUBIERTA FRANCISCO JAVIER MATIZ SEDE A **ORDEN DE TRABAJO No.** 1

CONTRATISTA: PA COLOMBIA S.A.S. **CONTRATO No.** 1

FECHA DE INSPECCIÓN: septiembre 01 de 2023 **INSPECCIÓN:** Anclajes, Empalmes de correas a platina

Lugar: OBRA	**Proyecto:** ESTRUCTURA CUBIERTA COLEGIO FRANCISCO JAVIER MTIZ SEDE A		**Reporte No.** 1 **Codigo:** EC-I -VT-LP: 01
Plano: NA	**Número:** NA / **Titulo:** NA	**Inspeccion: Ensayo No Destructivo :** NDT-PT ✓ NDT-VT ✓	**Proceso de Soldadura:** SMAW
Norma Referencia: AWS D1.1/D1.1 M:2010 CAP: 06	**Materiales:** PERFIL TIPO C ESTRUCTURAL	**Espesores:** 03 mm - 9 mm	**Norma Inspección:** AWS D1.1 / D1.3

ESPECIFICACIÓN ENSAYO PT: METODO VISIBLE TIPO 2A TINTES LAVABLES

Limpieza de Superficies para Ensayo:	**Procedimiento No.**	**Clasificación por tipo y metodo:**
SSPC-SP-2 Herramienta y Manual	CI-END-LP: 01	2A Visibles Lavables Superficial

KIT Inspección	Limpiador	No Lote	Penetrante	No Lote	Tiempo	Revelador	No.Lote	Tiempo
MAGNAFLUX®	SKC-S	20B27K	SKL-WP1	30L34K	15 Min.	SKD-S2	32C36K	7 Min.

Inspección Visual END-VT SI ✓ NO ☐ — Grietas ☐ Socavados ☐ Faltas de Fusión ☐ Desalineamiento ☐ Escorias ✓ — Poros ☐ Salpicaduras ✓ Traslapos ☐ Quemones ☐ Otros ☐

RESULTADO INSPECCIÓN Anexos: SI ✓ NO ☐ Registro Fotográfico SI ✓ NO ☐

Ensamble Soldado	Estampe ID	Estampe Junta	Sección Punto Inspección	Sección Long (mm)	Interpretación		C	NC	RESULTADO
UNIONES SOLDADAS ANCLAJES DE CORREAS A PLATINAS EMPALMES PARA CUBIERTA EN UNION SOLDADA EN JUNTAS EN FILETE	W1	S1	A,B,C,D	400	C	C	X		SUPERFICIE CONFORME
	W2	S1	A,B,C,D	400	C	S	X		SUPERFICIE CONFORME, ESCORIA SIN REMOVER
	W3	S2	A,B,C,D	400	C	S	X		SUPERFICIE CONFORME
	W4	S2	A,B,C,D	400	C	C	X		SUPERFICIE CONFORME, ESCORIA SIN REMOVER
	W5	S3	A,B,C,D	400	S	C	X		SUPERFICIE CONFORME
	W6	S3	A,B,C,D	400	C	C	X		SUPERFICIE CONFORME
	W7	P	A,B,C,D	400	C	S	X		SUPERFICIE CONFORME, ESCORIA SIN REMOVER
	W8	P	A,B,C,D	400	C	C	X		SUPERFICIE CONFORME
		O		O					**********
		O		O					**********
		O		O					**********
		O		O					**********
		O		O					**********
		O		O					**********
		O		O					**********
		O		O					**********
		O		O					**********
		O		O					**********
		O		O					**********
		O		O					**********
		O		O					**********
		O		O					**********
		O		O					**********
		O		O					**********

CONVENCIONES PARA INDICACIONES

(C) Conforme	**(PA)** Porosidad Alargada	**(F)** Fisura Superficial	**(IE)** Inclusion Escoria	**(Q)** Quemones, Arc Strike.
(NC) No Conforme	**(PT)** Porosidad Tubular	**(FI)** Fusion Incompleta	**(EA)** Inclusión Escoria Alineada	**(TF)** Traslape en Frio
(R) Reparación	**(SE)** Socavado Exterior	**(FF)** Falta de Fusion	**(RI)** Reparación y Reinspección	**(EI)** Empalme Irregular
(P) Porosidad, poros	**(SI)** Socavado Interno	**(GL)** Grieta Longitudinal	**(S)** Salpicaduras	**(SE)** Sobre Espesor Soldadura
(PA) Porosidad Agrupada	**(T)** Traslape	**(GT)** Grieta Transversal	**(EA)** Inclusión Escoria Alineada	**(BF)** Borde sin Fundir
(PI) Porosidad Aislada	**(CI)** Cordon irregular	**(GC)** Grieta Cráter	**(RI)** Re-Inspección	

OBSERVACIONES

ACTIVIDADES DE INSPECCIÓN EN LONGITUD DE 3200 mm LINEALES DE SOLDADURA, UNIONES DE ANCLAJES Y EMPALMES PARA CORREAS

SE RECOMIENDA USAR PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA TIPO NACE O SSPC PARA CADA APLICACIÓN DE SOLDADURA.

SE TIENEN SUPERFICIES DE SOLDADURAS ACEPTABLES UNION DE EMPALMES EN TODAS LAS CARAS DE LAS JUNTAS INSPECCIONADAS

ELABORÓ:	**VERIFICÓ:**	**APROBÓ:**
	PA COLOMBIA S.A.S.	**INTERVENTORÍA**
Firma:	**Firma:**	**Firma:**
JAVIER DARIO ROMERO		
Inspector Soldadura	**Fecha:**	**Fecha:**

PA COLOMBIA S.A.S	REGISTRO FOTOGRÁFICO DE INSPECCIÓN ENSAYOS NDT: VT/PT.	Versión No. 01

Registro No. 1

PROYECTO: CUBIERTA COLEGIO ALEMANIA UNIFICADA SEDE A **ORDEN DE TRABAJO No.** 14 **Código:** CBJ-RF-01

CONTRATISTA: PA COLOMBIA S.A.S **CONTRATO No.** 1

FECHA DE INSPECCIÓN: septiembre 23 de 2023 **INSPECCIÓN:** CUBIERTAS - BLOQUE 4

Imagen: 01



Imagen: 02



Imagen: 03



Imagen: 04



Imagen: 05



Imagen: 06



ELABORÓ	VERIFICÓ	APROBÓ
JAVIER DARIO ROMERO		
INSPECTOR DE SOLDADURA	PA COLOMBIA S.A.S	INTERVENTORÍA
Fecha: 25 -09-2023	Fecha:	Fecha:

PA COLOMBIA S.A.S.	REGISTRO FOTOGRÁFICO DE INSPECCIÓN ENSAYOS NDT: VT/PT.	Versión No. 01

Registro No. 5

PROYECTO: COLEGIO FRANCISCO JAVIER MATIZ SEDE A
ORDEN DE TRABAJO No. 14
Código: EC-CSC-RF-01
CONTRATISTA: PA COLOMBIA S.A.S.
CONTRATO No. 1
FECHA DE INSPECCIÓN: Septiembre 16 de 2023
INSPECCIÓN: Estructura Pergola

Imagen: 01



Imagen: 02



Imagen: 03



Imagen: 04



Imagen: 05



Imagen: 06



ELABORÓ	VERIFICÓ	APROBÓ
JAVIER DARIO ROMERO		
INSPECTOR DE SOLDADURA	PA COLOMBIA S.A.S.	INTERVENTORÍA
Fecha: 17 - 09 -2023	Fecha:	Fecha:

PA COLOMBIA S.A.S.

REPORTE DE INSPECCIÓN ENSAYOS NO DESTRUCTIVOS: NDT-VT/PT

Versión No.01

PROYECTO: CUBIERTA FRANCISCO JAVIER MATIZ SEDE A **ORDEN DE TRABAJO No.** 15

CONTRATISTA: PA COLOMBIA S.A.S. **CONTRATO No.** 1

FECHA DE INSPECCIÓN: septiembre 16 de 2023 **INSPECCIÓN:** Uniones estructura pergola

Lugar: OBRA	**Proyecto:** ESTRUCTURA CUBIERTA COLEGIO FRANCISCO JAVIER MTIZ SEDE A		**Reporte No.** 14 **Codigo:** EC-I -VT-LP: 14
Plano: NA	**Número:** NA **Titulo:** NA	**Inspeccion: Ensayo No Destructivo :** NDT-PT ✓ NDT-VT ✓	**Proceso de Soldadura:** SMAW
Norma Referencia: AWS D1.1/D1.1 M:2010 CAP: 06	**Materiales:** PERFIL TIPO C ESTRUCTURAL	**Espesores:** 03 mm - 06 mm	**Norma Inspección:** AWS D1.1 / D1.3

ESPECIFICACIÓN ENSAYO PT: METODO VISIBLE TIPO 2A TINTES LAVABLES

Limpieza de Superficies para Ensayo:	**Procedimiento No.**	**Clasificación por tipo y metodo:**
SSPC-SP-2 Herramienta y Manual	CI-END-LP: 01	2A Visibles Lavables Superficial

KIT Inspección	**Limpiador**	**No Lote**	**Penetrante**	**No Lote**	**Tiempo**	**Revelador**	**No.Lote**	**Tiempo**
MAGNAFLUX®	SKC-S	20B27K	SKL-WP1	30L34K	15 Min.	SKD-S2	32C36K	7 Min.

Inspección Visual END-VT SI ✓ NO ☐ | Grietas ☐ | Socavados ☐ | Faltas de Fusión ☐ | Desalineamiento ☐ | Escorias ✓

Poros ✓ | Salpicaduras ✓ | Traslapos ☐ | Quemones ☐ | Otros ☐

RESULTADO INSPECCIÓN Anexos: SI ✓ NO ☐ Registro Fotográfico SI ✓ NO ☐

Ensamble Soldado	**Estampe ID**	**Estampe Junta**	**Sección Punto Inspección**	**Sección Long (mm)**	**Interpretación**		**C**	**NC**	**RESULTADO**
UNIONES SOLDADAS EN ANCLAJES DE COLUMNAS A PISO, UNION DE COLUMNAS A CORREAS, UNION DE CERCHAS A CORREAS EN JUNTAS EN FILETE PRINCIPALMENTE	W1	EP	A,B,C,D	400	C	C	X		SUPERFICIE CONFORME
	W2	EP	A,B,C,D	300	C	P	X		SUPERFICIE CONFORME, POROS REPARADOS ZONA D
	W3	EP	A,B,C,D	400	C	S	X		SUPERFICIE CONFORME
	W4	EP	A,B,C,D	300	C	C	X		SUPERFICIE CONFORME, ESCORIA SIN REMOVER
	W5	EP	A,B,C,D	400	S	C	X		SUPERFICIE CONFORME
	W6	EP	A,B,C,D	300	C	C	X		SUPERFICIE CONFORME
	W7	EP	A,B,C,D	400	C	S	X		SUPERFICIE CONFORME, ESCORIA SIN REMOVER
	W8	EP	A,B,C,D	300	C	C	X		SUPERFICIE CONFORME
	W9	EP	A,B,C,D	400	C	C	X		SUPERFICIE CONFORME
	W10	ECP	A,B,C,D	120	S	C	X		SUPERFICIE CONFORME, ESCORIA SIN REMOVER
	W11	ECP	A,B,C,D	120	C	C	X		SUPERFICIE CONFORME
		O		O					**********
		O		O					**********
		O		O					**********
		O		O					**********
		O		O					**********
		O		O					**********
		O		O					**********
		O		O					**********
		O		O					**********
		O		O					**********
		O		O					**********

CONVENCIONES PARA INDICACIONES

(C) Conforme	**(PA)** Porosidad Alargada	**(F)** Fisura Superficial	**(IE)** Inclusion Escoria	**(Q)** Quemones, Arc Strike.
(NC) No Conforme	**(PT)** Porosidad Tubular	**(FI)** Fusion Incompleta	**(EA)** Inclusión Escoria Alineada	**(TF)** Traslape en Frio
(R) Reparación	**(SE)** Socavado Exterior	**(FF)** Falta de Fusion	**(RI)** Reparación y Reinspección	**(EI)** Empalme Irregular
(P) Porosidad, poros	**(SI)** Socavado Interno	**(GL)** Grieta Longitudinal	**(S)** Salpicaduras	**(SE)** Sobre Espesor Soldadura
(PA) Porosidad Agrupada	**(T)** Traslape	**(GT)** Grieta Transversal	**(EA)** Inclusión Escoria Alineada	**(BF)** Borde sin Fundir
(PI) Porosidad Aislada	**(CI)** Cordon irregular	**(GC)** Grieta Cráter	**(RI)** Re-Inspección	

OBSERVACIONES

ACTIVIDADES DE INSPECCIÓN EN LONGITUD DE 3440 mm LINEALES DE SOLDADURA, UNIONES DE ANCLAJES DE COLUMNA Y CORREAS

SE RECOMIENDA USAR PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA TIPO NACE O SSPC PARA CADA APLICACIÓN DE SOLDADURA.

SE TIENEN SUPERFICIES DE SOLDADURAS ACEPTABLES UNION DE EMPALMES EN TODAS LAS CARAS DE LAS JUNTAS INSPECCIONADAS

ELABORÓ:	**VERIFICÓ:**	**APROBÓ:**
	PA COLOMBIA S.A.S.	**INTERVENTORÍA**
Firma:	**Firma:**	**Firma:**
JAVIER DARIO ROMERO		
Inspector Soldadura	**Fecha:**	**Fecha:**

ANEXOS SST – INTERVENTORIA

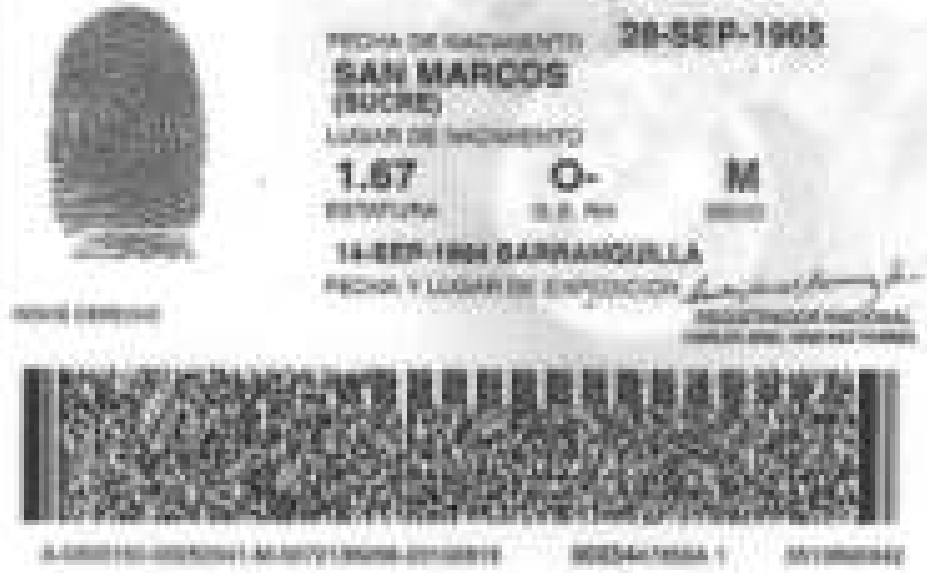
ANEXO SST-01. RELACIÓN DEL PERSONAL INTERVENTORÍA

PERSONAL APROBADO CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS

N°	NOMBRE	CEDULA	CARGO	¿TRABAJA EN ALTURAS?	
				SI	NO
1	CINDY LORENA RODRIGUEZ BOHORQUEZ	1.072.648.578	DIRECTOR DE INTERVENTORIA		X
2	LUIS CARLOS ROJAS BARON	1.013.657.571	RESIDENTE	X	
3	JUAN GUILLERMO RODRIGUEZ SIERRA	1.020.770.898	RESIDENTE	X	
4	ANDRES GIOVANNY BELLO ACUÑA	1.014.244.248	RESIDENTE		X
5	JOHN CARLOS SANTANA BOHORQUEZ	1.012.420.871	INSPECTOR	X	
6	EDWARD ALEXANDER RODRIGUEZ SUAREZ	80.057.261	INSPECTOR	X	
7	KETTY MARIA CHIQUILLO BUENO	52.791.845	INSPECTOR		X
8	CARLOS ANDRES MONTES TORRES	1.066.526.693	INSPECTOR	X	
9	WENDY DANIELA VARGAS NIÑO	1.020.830.427	INSPECTOR		X
10	KAREN JINETH ACOSTA PÁEZ	1.023.010.072	INSPECTOR		X
11	WILLIAM ENRIQUE FAJARDO CAMARGO	80.818.343	INSPECTOR		X
12	YENY CAROLINA GARZA BARRERA	1.100.504.092	TÉCNICO SST	X	
13	NITSSON FABIAN CRUZ CALDERON	1.012.372.053	TÉCNICO SST	X	
14	MABEL ELLYSETH VELASCO OSUNA	1.023.976.667	TÉCNICO SST	X	
15	ALVARO ROMERO BALLESTEROS	79.760.209	TÉCNICO SST	X	
16	JOSÉ LUIS ANAYA GUERRERO	80.757.940	ASESOR ESTRUCTURAL		X
17	ERIKA PATRICIA PASTOR SILVA	1.070.963.120	ASESOR AMBIENTAL		X
18	DAVID ALEJANDRO UMBARILLA	80.179.488	ASESOR ELECTRICO		X
19	JUAN CAMILO TORRES ZAPATA	80.182.579	ASESOR HIDROSANITARIO		X

ANEXO SST-02. PLANILLA SEGURIDAD SOCIAL INTERVENTORÍA


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
72.136.268
VILLERA VERGARA
JOSE ALBERTO


28-SEP-1965
SAN MARCOS
(SUCRE)
1.67
O-
M
14-SEP-1984 BARRANQUILLA


JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO
105639-T
JOSE ALBERTO
VILLERA VERGARA
CC 7213626
UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL CARIBE


25480
CONTADOR PUBLICO

ANEXO SST-03. CERTIFICADO DE ACCIDENTALIDAD ARL INTERVENTORÍA

SEGUROS BOLÍVAR

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS
Identificada con NIT No. 901648957

Durante el período comprendido entre el 12 de Agosto de 2023 y el 12 de Septiembre de 2023 presentó la siguiente siniestralidad. Certificación generada por fecha de emisión.

TODOS DETALLE DEL EVENTO	AÑO 2023
Numero de Accidentes Calificados de Origen Laboral	0
Numero de Accidentes que Generaron Incapacidad de Origen Laboral	0
Dias Iniciales de Incapacidad Generados por Accidentes	0
Dias de Prorroga de Incapacidad Generadas por Accidentes	0
Dias de Incapacidad Generados por Accidentes de Trabajadores Activos	0
Dias de Incapacidad Generados por Accidentes de Trabajadores Retirados	0
Numero de Accidentes Pendientes por Definir el Origen	0
Numero de Accidentes Graves de Acuerdo a Resolucion 1401 de 2007	0
Numero de Casos de Accidentes de Trabajo en Estado Abierto	0
Numero de Casos de Accidentes de Trabajo en Estado Cerrado	0
Total Dias de Incapacidad Generados por Accidentes de Trabajo	0
Numero de Accidentes Laborales con IPP	0
Numero de Accidentes Laborales Fatales	0
Numero de Accidentes Laborales con Invalidez	0
Numero de Accidentes que NO Generaron Incapacidad de Origen Laboral	0
Numero de Enfermedades Calificadas de Origen Laboral	0
Numero de Enfermedades que Generaron Incapacidad de Origen Laboral	0
Dias Iniciales de Incapacidad Generados por Enfermedades	0
Dias de Prorroga de Incapacidad Generadas por Enfermedades	0
Dias de Incapacidad Generados por Enfermedades de Trabajadores Activos	0
Dias de Incapacidad Generados por Enfermedades de Trabajadores Retirados	0
Numero de Enfermedades Pendientes por Definir el Origen	0
Numero de Casos de Enfermedad Laboral en Estado Abierto	0
Numero de Casos de Enfermedad Laboral en Estado Cerrado	0
Total Dias de Incapacidad Generados por Enfermedades Laborales	0
Numero de Enfermedades Laborales con IPP	0
Numero de Enfermedades Laborales Fatales	0
Numero de Enfermedades Laborales con Invalidez	0

VIGILADO

TODOS DETALLE DEL EVENTO	AÑO 2023
Numero de Enfermedades que NO Generaron Incapacidad de Origen Laboral	0
Total Eventos con IPP	0
Total Eventos Fatales	0
Total Eventos con Invalidez	0
** N??mero Promedio Trabajadores en el Periodo	15
** Total Horas Hombre Trabajadas en el Periodo	2880

Se expide a solicitud del interesado el 2 de Octubre del año 2023.



Firma Representante Legal

** Informaci?n suministrada por la empresa.

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

ANEXO SST-04. CERTIFICADO REVISOR FISCAL DE PAGO DE PARAFISCALES Y DE SALARIOS

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

A3BD76A5DA75F82E

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **JOSE ALBERTO VILLERA VERGARA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 72136268 de BARRANQUILLA (ATLANTICO) Y Tarjeta Profesional No 105639-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS * * *


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 72.136.268
VILLERA VERGARA
APELLIDOS
JOSE ALBERTO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 28-SEP-1965
SAN MARCOS
(SUCRE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67
ESTATURA
O-
G.S. RH
M
SEXO
14-SEP-1984 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-0300150-00250341-M-0072136268-20100618
0023447859A 1
3510890042


República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO
105639-T
JOSE ALBERTO
VILLERA VERGARA
C.C.72136268
RESOLUCION INSCRIPCION 213 FECHA 2004/10/21
UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL CARIBE
PRESIDENTE
115770


FIRMA DEL TITULAR
25480
Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores

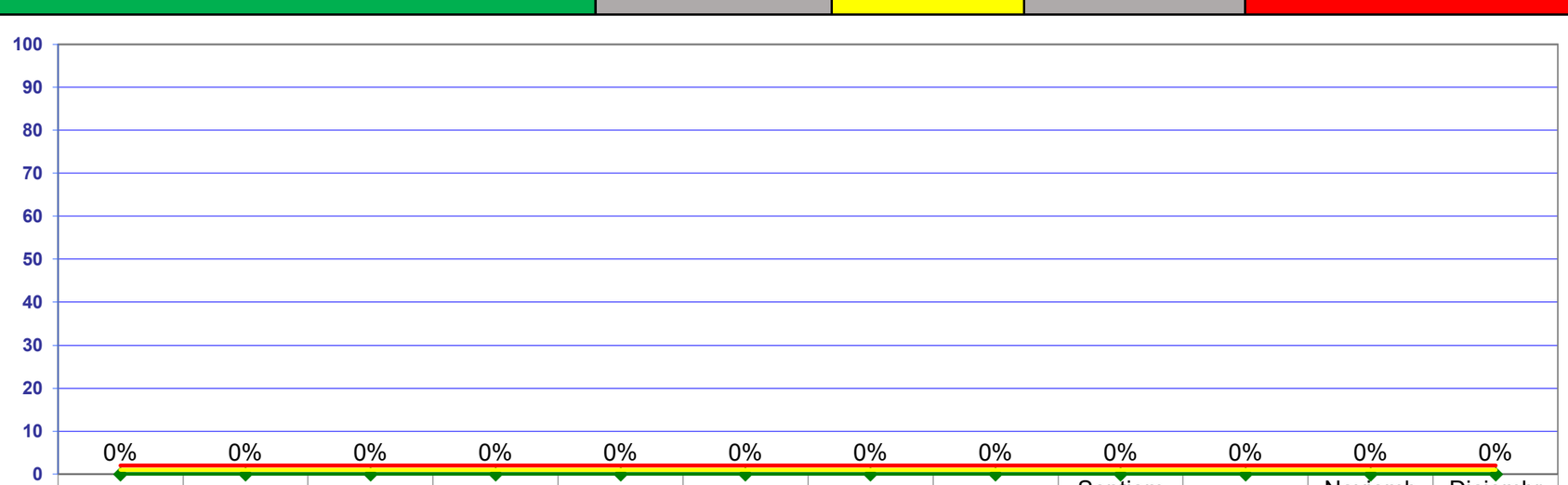
ANEXO SST-05. INDICADORES SST INTERVENTORÍA

INICIO

FICHA TECNICA DE INDICADOR

Nombre del Indicador	Proporción de accidentes de trabajo mortales	**Responsable**	Coordinador SST
Formula del Indicador:	(Número de accidentes de trabajo mortales que se presentaron en el año / Total de accidentes de trabajo que se presentaron en el año) * 100	**Tipo de Indicador**	Resultado
Definicion / Objetivo	Mantener y fortalecer un ambiente de trabajo seguro que permita evitar incidentes, accidentes laborales, Ausentismo por enfermedad común y Enfermedad laboral a través de la gestión del riesgo.		
Interpretacion	En el año, el X% de accidentes de trabajo fueron mortales		

Frecuencia de medición	Mensual	**Frecuencia de Presentacion de Indicador**	Anual	**Fuente de Información**	Reporte de AT	**Unidades**	%	**Tendencia esperada**	Disminuir
Meta	**0**			**Nivel satisfactorio**	**1**	**Nivel critico**	**2**		



0

MES	META	Número de accidentes de trabajo Mortales	Total de accidentes de trabajo que se presentaron en el MES	INDICE DE PROPORCION	ANALISIS DE CAUSAS	ACCIONES PROPUESTAS
Enero	**0**	**0**	**0**	**0%**	Durante el primer trimestre del año, no se pesentaron accidentes laborales Mortales o que hayan generado perdida en el individuo, cumpliendo la meta establecida	NO APLICA
Febrero	**0**	**0**	**0**	**0%**		
Marzo	**0**	**0**	**0**	**0%**		
Abril	**0**	**0**	**0**	**0%**	Durante el segundo trimestre del año no se pesentaron accidentes laborales Mortales o que hayan generado perdida en el individuo, cumpliendo la meta establecida	NO APLICA
Mayo	**0**	**0**	**0**	**0%**		
Junio	**0**	**0**	**0**	**0%**		
Julio	**0**	**0**	**0**	**0%**		
Agosto	**0**	**0**		**#¡DIV/0!**		
Septiembre	**0**	**0**		**#¡DIV/0!**		
Octubre	**0**	**0**		**#¡DIV/0!**		
Noviembre	**0**	**0**		**#¡DIV/0!**		
Diciembre	**0**	**0**		**#¡DIV/0!**		
Anual		**0**	**0**	**#¡DIV/0!**		

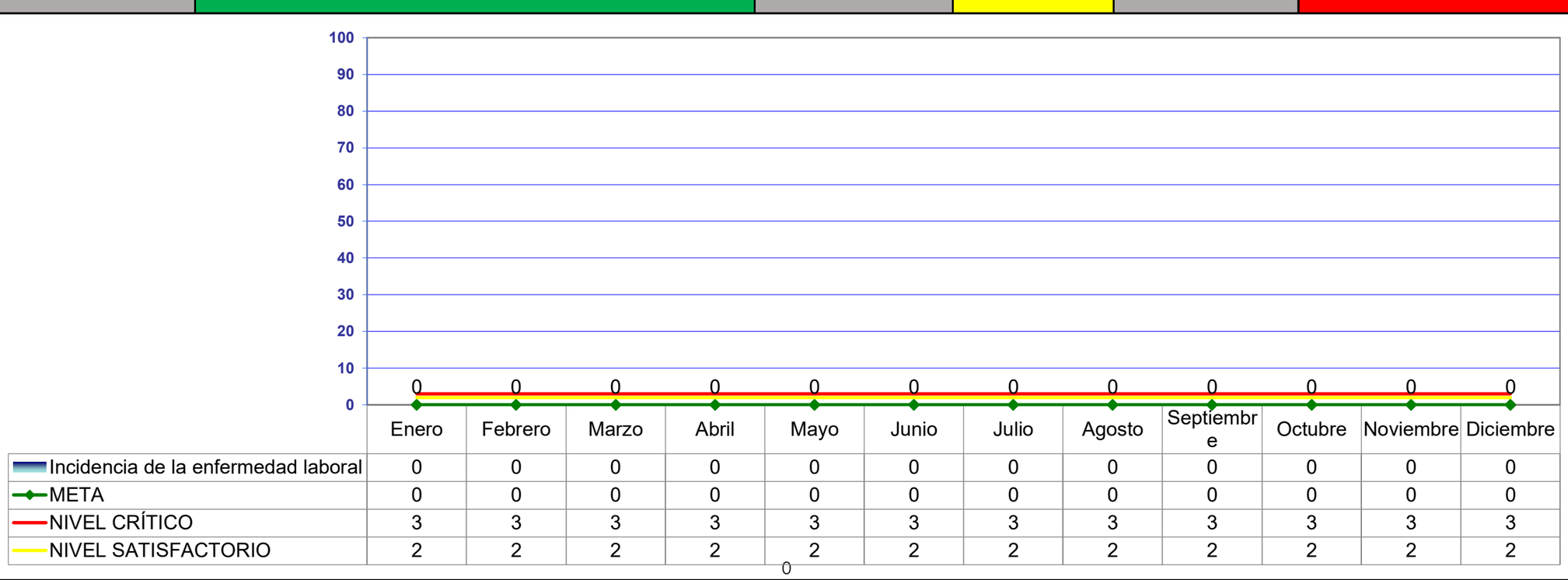
INGENIERIA MASTER S.A.S	INICIO	**FICHA TECNICA DE INDICADOR**									
	Nombre del Indicador		Prevalencia de la enfermedad laboral			**Responsable**		Coordinador SST			
Formula del Indicador:			(Número de casos nuevos y antiguos de enfermedad laboral en el periodo "Z" / Promedio de trabajadores en el periodo "Z") * 100.000			**Tipo de Indicador**		Proceso			
Definicion / Objetivo			Mantener y fortalecer un ambiente de trabajo seguro que permita evitar incidentes, accidentes laborales, Ausentismo por enfermedad común y Enfermedad laboral a través de la gestión del riesgo.								
Interpretacion			Por cada 100.000 trabajadores existen X casos de enfermedad laboral en el periodo Z								
Frecuencia de medición	Mensual	**Frecuencia de Presentacion de Indicador**	Anual	**Fuente de Información**	Reporte de EL	**Unidades**	Numero	**Tendencia esperada**	Mantener		
Meta	**0**				**Nivel satisfactorio**	**2**	**Nivel critico**	**3**			



0

MES	META	Número de casos nuevos y antiguos de enfermedad laboral en el periodo	Número de trabajadores en el mes	INDICE DE PREVALENCIA	ANALISIS DE CAUSAS	ACCIONES PROPUESTAS
Enero	**0**	**0**	**6**	**0**	De acuerdo con el monitoreo en el primer trimestre del año, no se cuenta con casos antiguos de enfermedad laboral.	NO APLICA
Febrero	**0**	**0**	**8**	**0**		
Marzo	**0**	**0**	**9**	**0**		
Abril	**0**	**0**	**9**	**0**	De acuerdo con el monitoreo en el segundo trimestre del año no se cuenta con casos antiguos de enfermedad laboral.	NO APLICA
Mayo	**0**	**0**	**15**	**0**		
Junio	**0**	**0**	**16**	**0**		
Julio	**0**	**0**	**20**	**0**		
Agosto	**0**	**0**		**#¡DIV/0!**		
Septiembre	**0**	**0**		**#¡DIV/0!**		
Octubre	**0**	**0**		**#¡DIV/0!**		
Noviembre	**0**	**0**		**#¡DIV/0!**		
Diciembre	**0**	**0**		**#¡DIV/0!**		
Anual		**0**	**12**	**#¡DIV/0!**		

INGENIERIA MASTER S.A.S	INICIO	**FICHA TECNICA DE INDICADOR**							
	Nombre del Indicador	Incidencia de la enfermedad laboral			**Responsable**	Coordinador SST			
Formula del Indicador:	Número de casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo "Z" / Promedio de trabajadores en el periodo "Z") * 100.000				**Tipo de Indicador**	Resultado			
Definicion / Objetivo	Mantener y fortalecer un ambiente de trabajo seguro que permita evitar incidentes, accidentes laborales, Ausentismo por enfermedad común y Enfermedad laboral a través de la gestión del riesgo.								
Interpretacion	Por cada 100.000 trabajadores existen X casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo Z								
Frecuencia de medición	Mensual	**Frecuencia de Presentacion de Indicador**	Anual	**Fuente de Información**	Reporte de EL	**Unidades**	Numero	**Tendencia esperada**	Mantener
Meta	**0**				**Nivel satisfactorio**	**2**	**Nivel critico**	**3**	



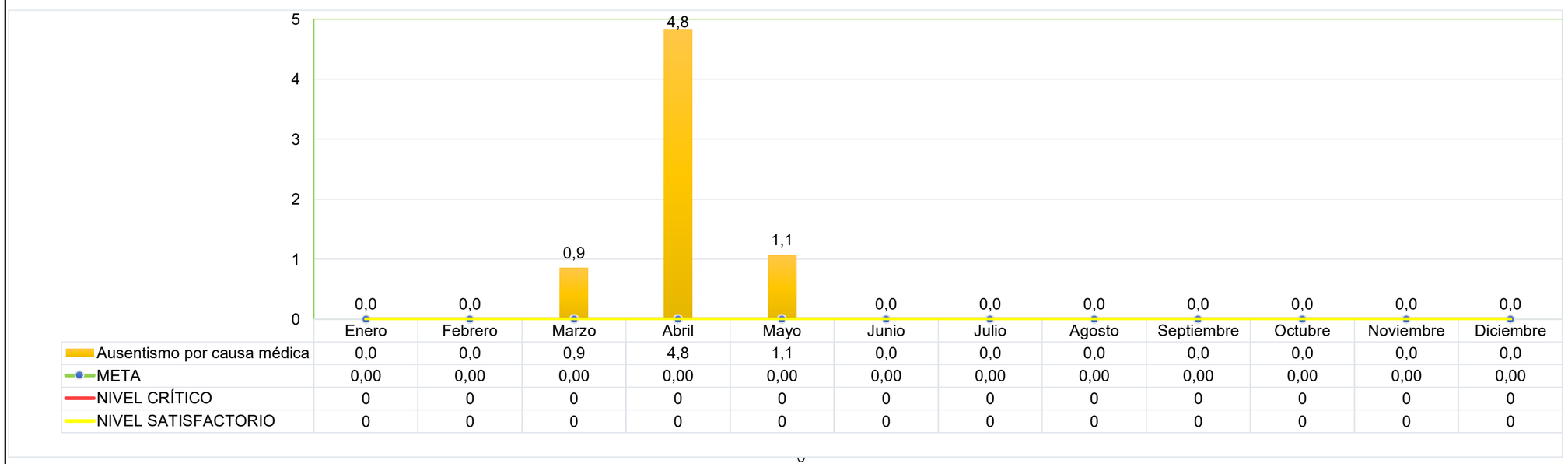
MES	META	Número de casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo	Número de trabajadores en el mes	Incidencia de la enfermedad laboral	ANALISIS DE CAUSAS	ACCIONES PROPUESTAS
Enero	**0**	**0**	**6**	**0**	Durante el primer trimestre del año, no se pesentaron reportes por enfermedad laboral; cumpliendo la meta establecida	NO APLICA
Febrero	**0**	**0**	**8**	**0**		
Marzo	**0**	**0**	**9**	**0**		
Abril	**0**	**0**	**9**	**0**	Durante el segundo semestrre del año no se pesentaron reportes por enfermedad laboral; cumpliendo la meta establecida	NO APLICA
Mayo	**0**	**0**	**15**	**0**		
Junio	**0**	**0**	**16**	**0**		
Julio	**0**	**0**	**20**	**0**		
Agosto	**0**	**0**		**#¡DIV/0!**		
Septiembre	**0**	**0**		**#¡DIV/0!**		
Octubre	**0**	**0**		**#¡DIV/0!**		
Noviembre	**0**	**0**		**#¡DIV/0!**		
Diciembre	**0**	**0**		**#¡DIV/0!**		
Anual		**0**		**#¡DIV/0!**		

INICIO

FICHA TECNICA DE INDICADOR

Nombre del Indicador		Ausentismo por causa médica	**Responsable**	Coordinador SST
Formula del Indicador:	Número de días de ausencia por incapacidad laboral o común en el mes / Número de días de trabajo programados en el mes) * 100		**Tipo de Indicador**	Resultado
Definicion / Objetivo	Mantener y fortalecer un ambiente de trabajo seguro que permita evitar incidentes, accidentes laborales, Ausentismo por enfermedad común y Enfermedad laboral a través de la gestión del riesgo.			
Interpretacion	En el mes se perdió X% de días programados de trabajo por incapacidad médica			

Frecuencia de medición	Mensual	**Frecuencia de Presentacion de Indicador**	Anual	**Fuente de Información**	Incapacidades	**Unidades**	%	**Tendencia esperada**	Disminuir
Meta	**<1**				**Nivel satisfactorio**	**<0,7**	**Nivel critico**	**>1,5**	



	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Ausentismo por causa médica	0,0	0,0	0,9	4,8	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
META	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
NIVEL CRÍTICO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NIVEL SATISFACTORIO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

MES	META	Número de días de ausencia por incapacidad laboral o común en el mes	Numero de trabajadores en el mes	Número de días de trabajo del mes	Numero de dias programados en el mes	Ausentismo por causa médica	ANALISIS DE CAUSAS	ACCIONES PROPUESTAS
Enero	<1	0	**6**	25	150	**0,0**	Durante el primer trimestre del año en el mes de marzo se reporto un ausentismo por incapcidad medica comun de 2 días.	NO APLICA
Febrero	<1	0	**8**	24	192	**0,0**		
Marzo	<1	2	**9**	26	234	**0,9**		
Abril	<1	10	**9**	23	207	**4,8**	Durante el segundo semestre del año se reporto un ausentismo por incapcidad medica por enfermedad comun.	NO APLICA
Mayo	<1	4	**15**	25	375	**1,1**		
Junio	<1	0	**16**	24	384	**0,0**		
Julio	<1	0	**20**	24	480	**0,0**		
Agosto	<1	0	**0**		0	**#¡DIV/0!**		
Septiembre	<1	0	**0**		0	**#¡DIV/0!**		
Octubre	<1	0	**0**		0	**#¡DIV/0!**		
Noviembre	<1	0	**0**		0	**#¡DIV/0!**		
Diciembre	<1	0	**0**		0	**#¡DIV/0!**		
Anual		**16**	**83**	**171**	14193	**0,11**		

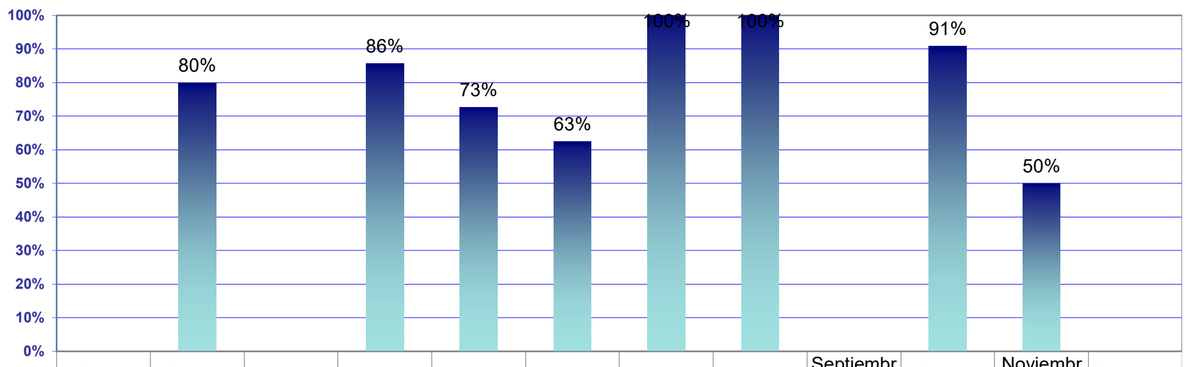
#¡DIV/0!

INICIO

FICHA TECNICA DE INDICADOR

Nombre del Indicador	% cumplimiento programa capacitación	**Responsable**	Coordinador SST
Formula del Indicador:	Nùmero de capactaciones ejecutadas/Número de capacitaciones programadas x 100	**Tipo de Indicador**	Proceso
Definicion / Objetivo	Proporcionar a los trabajadores el conocimiento necesario para desempeñar su trabajo en forma eficiente, cumpliendo con estándares de ambiente, seguridad y salud en el trabajo.		
Interpretacion	Se Cumplio con xxx % el programa de capacitacion en el mes de xxxxx		

Frecuencia de medición	Mensual	**Frecuencia de Presentacion de Indicador**	Anual	**Fuente de Información**	Programa de Capacitacion	**Unidades**	%	**Tendencia esperada**	Aumentar
Meta	**90**				**Nivel satisfactorio**	**80**	**Nivel critico**	**70**	



	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
% cumplimiento programa capacitación		80%		86%	73%	63%	100%	100%		91%	50%	
META	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90
NIVEL CRÍTICO	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70
NIVEL SATISFACTORIO	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80

0

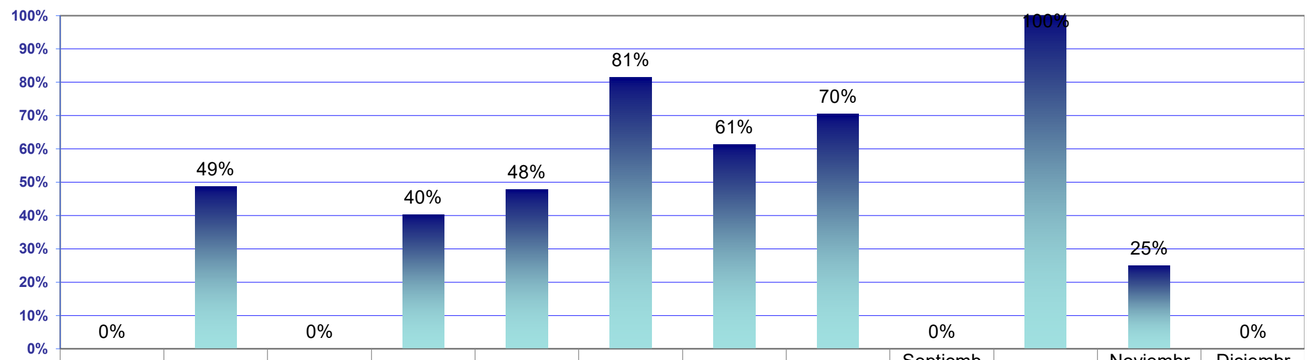
MES	META	Nùmero de capactaciones ejecutadas	Número de capacitaciones programadas	% cumplimiento programa capacitación	ANALISIS DE CAUSAS	ACCIONES PROPUESTAS
Enero	**90**	**0**	**1**		En el primer trimestre del año se cumplio con el 20% del programa de Capacitacion, lo anterior por cumplimiento de actividades administrativas	Reprogramar las capacitaciones pendientes
Febrero	**90**	**4**	**5**	80%		
Marzo	**90**	**0**	**7**			
Abril	**90**	**6**	**7**	86%		
Mayo	**90**	**8**	**11**	73%		
Junio	**90**	**5**	**8**	63%		
Julio	**90**	**4**	**4**	100%		
Agosto	**90**	**4**	**4**	100%		
Septiembre	**90**	**0**	**2**			
Octubre	**90**	**10**	**11**	91%		
Noviembre	**90**	**1**	**2**	50%		
Diciembre	**90**	**0**	**0**			
Anual		**42**	**62**	80%		

INICIO

FICHA TECNICA DE INDICADOR

Nombre del Indicador	% cobertura del programa de capacitacion	**Responsable**	Coordinador SST
Formula del Indicador:	Número de asistentes capacitación/Número de asistentes programados x 100%	**Tipo de Indicador**	Resultado
Definicion / Objetivo	Proporcionar a los trabajadores el conocimiento necesario para desempeñar su trabajo en forma eficiente, cumpliendo con estándares de ambiente, seguridad y salud en el trabajo.		
Interpretacion	Se Cumplio con xxx % de la asistencia del programa de capacitacion en el mes de xxxxx		

Frecuencia de medición	Mensual	**Frecuencia de Presentacion de Indicador**	Anual	**Fuente de Información**	Registro de Asistencia	**Unidades**	%	**Tendencia esperada**	Aumentar
Meta	**90**				**Nivel satisfactorio**	**80**	**Nivel critico**	**70**	



	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
COBERTURA	0%	49%	0%	40%	48%	81%	61%	70%	0%	100%	25%	0%
META	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90
NIVEL CRÍTICO	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70
NIVEL SATISFACTORIO	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80

0

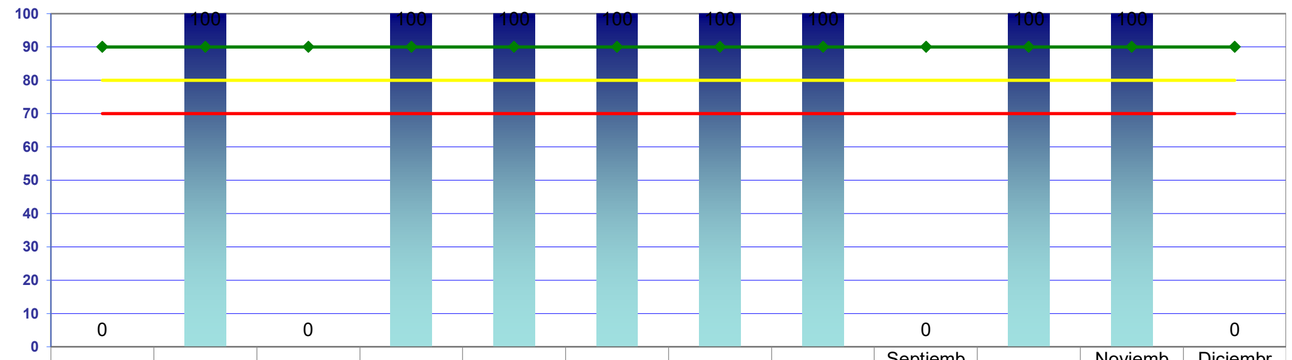
MES	META	Número de asistentes capacitación	Número de asistentes programados	COBERTURA	ANALISIS DE CAUSAS	ACCIONES PROPUESTAS
Enero	**90**	**0**	**0**	0%	En el primer trimestre del año se cumplio con una cobertura del 49% de las tematicas de capacitacion dadas	Realizar envio de las tematicas por medio de los canales de comunicación establecidos
Febrero	**90**	**129**	**265**	49%		
Marzo	**90**	**0**	**0**	0%		
Abril	**90**	**137**	**340**	40%	En el segundo trimestre del año se cumplio con una cobertura del 57% de las tematicas de capacitacion dadas	
Mayo	**90**	**65**	**136**	48%		
Junio	**90**	**88**	**108**	81%		
Julio	**90**	**122**	**199**	61%	En el tercer trimestre del año se cumplio con una cobertura del 66% de las tematicas de capacitacion dadas	
Agosto	**90**	**236**	**335**	70%		
Septiembre	**90**	**0**	**0**	0%		
Octubre	**90**	**220**	**220**	100%	En el cuarto trimestre del año se cumplio con una cobertura del 63% de las tematicas de capacitacion dadas	
Noviembre	**90**	**20**	**80**	25%		
Diciembre	**90**	**0**	**0**	0%		
Anual		**1017**	**1683**	60%		

INICIO

FICHA TECNICA DE INDICADOR

Nombre del Indicador	%Eficacia capacitación	**Responsable**	Coordinador SST
Formula del Indicador:	Número de trabajadores con evaluaciones aprobadas/Número total de trabajadores evaluados x 100%	**Tipo de Indicador**	Resultado
Definicion / Objetivo	Proporcionar a los trabajadores el conocimiento necesario para desempeñar su trabajo en forma eficiente, cumpliendo con estándares de ambiente, seguridad y salud en el trabajo.		
Interpretacion	De xxx Trabajadores Evaluados el xxxx% aprobaron la tematica de capacitacion.		

Frecuencia de medición	Mensual	**Frecuencia de Presentacion de Indicador**	Anual	**Fuente de Información**	Evaluacion	**Unidades**	%	**Tendencia esperada**	Aumentar
Meta	**90**			**Nivel satisfactorio**	**80**	**Nivel critico**	**70**		



	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
EFICACIA	0	100	0	100	100	100	100	100	0	100	100	0
META	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90
NIVEL CRÍTICO	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70
NIVEL SATISFACTORIO	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80

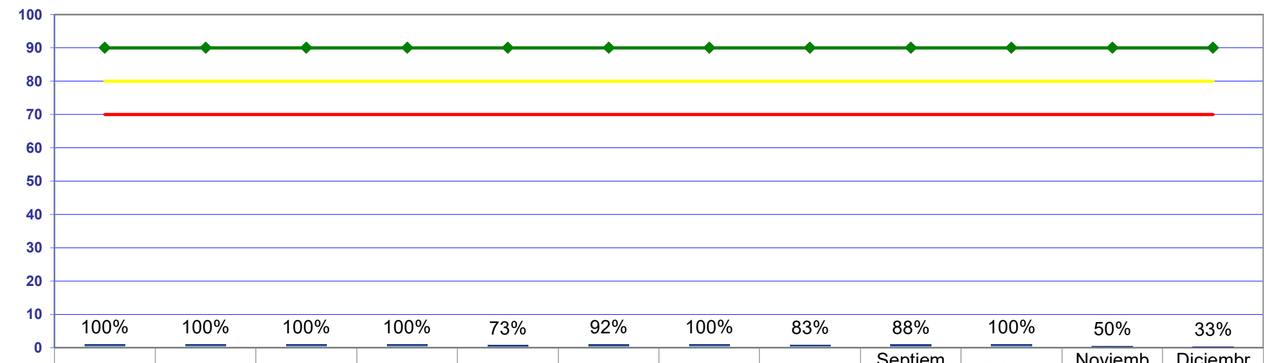
0

MES	META	Número de trabajadores con evaluaciones aprobadas	Número total de trabajadores evaluados	EFICACIA	ANALISIS DE CAUSAS	ACCIONES PROPUESTAS
Enero	**90**	**0**	**0**	0	En el primer trimestre se evaluaron 129 trabajadores, aprobando las tematicas el 100%	
Febrero	**90**	**129**	**129**	100		
Marzo	**90**	**0**	**0**	0		
Abril	**90**	**137**	**137**	100	En el segundo trimestre se evaluaron un promedio de 97 trabajadores, aprobando las tematicas el 100%	
Mayo	**90**	**65**	**65**	100		
Junio	**90**	**88**	**88**	100		
Julio	**90**	**122**	**122**	100	En el tercer trimestre se evaluaron 119trabajadores, aprobando las tematicas el 100%	
Agosto	**90**	**236**	**236**	100		
Septiembre	**90**	**0**	**0**	0		
Octubre	**90**	**220**	**220**	100	En el cuarto trimestre se evaluaron 80 trabajadores, aprobando las tematicas el 100%	
Noviembre	**90**	**20**	**20**	100		
Diciembre	**90**	**0**	**0**	0		
Anual		**1017**	**1017**	100		

INICI

FICHA TECNICA DE INDICADOR			
Nombre del Indicador	Eficacia de induccion	**Responsable**	Coordinador SST
Formula del Indicador:	Numero de trabajadores que realizaron induccion/Numero de trabajadores programados para induccion x 100%	**Tipo de Indicador**	Resultado
Definicion / Objetivo	Proporcionar a los trabajadores el conocimiento necesario para desempeñar su trabajo en forma eficiente, cumpliendo con estándares de ambiente, seguridad y salud en el trabajo.		
Interpretacion	Se Cumplio con xxx % del programa de Induccion en el mes de xxxxx		

Frecuencia de medición	Mensual	**Frecuencia de Presentacion de Indicador**	Anual	**Fuente de Información**	Evaluacion	**Unidades**	%	**Tendencia esperada**	Aumentar
Meta	**90**				**Nivel satisfactorio**	**80**	**Nivel critico**	**70**	



	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
INDUCCION	100%	100%	100%	100%	73%	92%	100%	83%	88%	100%	50%	33%
META	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90
NIVEL CRÍTICO	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70
NIVEL SATISFACTORIO	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80

0

MES	META	Numero de trabajadores que realizaron induccion	Numero de trabajadores programados para induccion	INDUCCION	ANALISIS DE CAUSAS	ACCIONES PROPUESTAS
Enero	**90**	**3**	**3**	100%	En el primer trimestre del año se cumplió con el 100% del programa de inducción	NO APLICA
Febrero	**90**	**6**	**6**	100%		
Marzo	**90**	**14**	**14**	100%		
Abril	**90**	**11**	**11**	100%	En el segundo trimestre del año se cumplió con el 88% del programa de inducción, teniendo en cuenta que hubo 4 personas que no presentaron la induccion por la plataforma de universidad corporativa	Realizar seguimiento por correo y telefónico al personal que no ha cumplido con la inducción, enviar los documentos para que estos lo diligencien.
Mayo	**90**	**8**	**11**	73%		
Junio	**90**	**12**	**13**	92%		
Julio	**90**	**4**	**4**	100%	En el tercer trimestre del año se cumplió con el 90% del programa de inducción, tteniendo en cuenta que hubo 3 personas que no presentaron la induccion por la plataforma de universidad corporativa	Realizar seguimiento por correo y telefónico al personal que no ha cumplido con la inducción, enviar los documentos para que estos lo diligencien.
Agosto	**90**	**10**	**12**	83%		
Septiembre	**90**	**7**	**8**	88%		
Octubre	**90**	**1**	**1**	100%	En el cuarto trimestre se cumplio con el 61% del programa de induccion, se hace cierre del indicador del año 2022 con cumplimiento 85%.	Realizar seguimiento por correo y telefónico al personal que no ha cumplido con la inducción, enviar los documentos para que estos lo diligencien.
Noviembre	**90**	**6**	**12**	50%		
Diciembre	**90**	**4**	**12**	33%		
Anual		**86**	**107**	80,4		

ANEXO SST-06. INSPECCIONES INTERVENTORÍA

MASTER

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO DE ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO

CÓDIGO: SST-FTO-41
VERSIÓN: 1
FECHA DE EMISIÓN: 30/03/2017

FECHA DE EJECUCIÓN: SEMANA DEL 01 AL 03 DEL AÑO 23 RESPONSABLE: Juan Guillermo.

HORA: 9:00 Am. PROYECTO: C&D Interventoria, Colegios

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD: Verificación e inspección de actividades en Cubierta.

PARA SER TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:

TRABAJO EN ALTURA	✓	ESPACIO CONFINADO		OTRO ¿CUÁL?

RIESGOS AMBIENTALES

¿Existe posibilidad de algún tipo de derrame o emisión de alguna sustancia química y/o contaminante, por la ejecución del trabajo? Cuales? _____ SI ☐ NO ☐

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

Se realizan otras actividades en el área:
- Niveles de Ruido ☑
- Niveles de Iluminación ☑
- Otros Electricos ☑
- Otros: _____

- Obras Superficies Resbalosas ☑
- Cables y/o Tuberías enterradas ☑
- Elementos Combustibles ☑

- Riesgo Mecánico ☑
- Riesgo Locativo ☑
- Riesgo Ergonomico ☑

- Riesgo Químico ☑
- Riesgo Biológico ☑
- Riesgo Psicosocial ☑

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL

Casco	☑	Guantes	☑	Ropa de trabajo	☑	Otros de Vidrio	☐
Gafas de Seguridad	☑	Tapaoidos	☐	Botas	☑	Puntos de Anclajes Cert	☐
Arnés de Seguridad	☑	Mascarilla	☐	Arnés de Seguridad	☑	Otros	

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

Descripción		Indique cada una de las herramientas a utilizar
Manuales		herramienta de mano.
Electricos		
Neumáticos		
Hidráulicos		
Mecánicos		

PASO A PASO DE LA ACTIVIDAD

PASOS DE LA TAREA	PELIGROS ASOCIADOS	CONTROLES
1. Inspección de EPCC, área y/o lugar de trabajo	CONDICIONES DE SEGURIDAD -LOCATIVO- Caídas al mismo nivel, Caídas a distinto nivel, Golpes, Atrapamientos, Inhalación de polvo, Explosión-Incendio, Caída de objetos, exposición a temperaturas ambientes por calor.	1. Señalización y delimitación de área 2. Entrega, uso y Cuidado de EPP y EPCC 3. Capacitacion uso en auto cuidado, identificación de actos y condiciones inseguras. 4. Capacitación sobre uso y cuidado de EPP y EPCC 5. Implementar de programas de orden y aseo.
2. Alistamiento de herramientas y equipos a utilizar	CONDICIONES DE SEGURIDAD -LOCATIVO - MECANICOS Heridas en manos,Caídas al mismo nivel, Caídas a distinto nivel, Golpes, Atrapamientos, Inhalación de polvo, Explosión-Incendio, Caída de objetos, exposición a temperaturas ambientes por calor.	1. Realiza mantenimiento preventivo a equipos o herramientas, e inspección pre operacional de cada uno de los mismo 2. Entrega, uso y Cuidado de EPP y EPCC 3. Capacitar actividades a realizar 4. Adopta una higiene postural adecuada y autocuidado. 5. Implementar de programa de orden y aseo.
3. Supervisión, inspección y verificación de actividades de mantenimiento en cubierta	CONDICIONES DE SEGURIDAD -LOCATIVO - TRABAJO EN ALTURAS Ingresos, caídas,heridas, caídas, perdida del equilibrio, heridas, golpes, contusiones, fractura, politraumatismo y la muerte.	1.Diseñar y socializar programa de orden y aseo 2.Realizar capacitación referente al programa de orden y aseo (importancia del buen orden y aseo, prevención caídas, auto cuidado, identificación de actos y condiciones inseguras, identificación de peligro, etc.) 3.Realizar ATS 4.Entregar al personal expuesto EPI (botas de seguridad anti deslizantes).
	CONDICIONES DE SEGURIDAD -LOCATIVO - TRABAJO EN ALTURAS Caídas desde alturas, Heridas, Golpes, contusiones, fracturas, politraumatismos, Muerte.	1. Diseñar y socializar según lo establecido en la resolución 4272 de 2021 el programa de protección contra caídas, incluyendo procedimiento de trabajo seguro en alturas, lista de chequeo y permisos de trabajo. 2. Realizar entrenamiento en trabajo seguro en alturas a trabajadores expuestos. 3. Diseñar matriz de identificación de EPP. 4. Realizar inspección de equipos de protección contra caídas. 5. Diseñar y socializar plan de rescate y kits rescate en alturas (punto). 6. Realizar capacitacion trabajo seguro en alturas, auto cuidado, identificación de peligros, actos y condiciones inseguras. 7. Suministrar a trabajadores expuestos los elementos de protección contra caídas acorde con el trabajo(s), arnés de seguridad, eslinga con reductor, gafas y kits de seguridad).
4. Orden y aseo del área	CONDICIONES DE SEGURIDAD -LOCATIVO - TRABAJO EN ALTURAS Caídas al mismo nivel, Caídas a distinto nivel, Golpes, Atrapamientos, Caída de objetos. QUIMICO, FISICOS ORGANICOS, INORGANICOS Inhalación de polvo, vapor, (diferentes químicos inexistentes) FISICO (TEMPERATURAS EXTREMAS - RUIDO) Explosión-Incendio, exposición a temperaturas ambientes por calor.	1. Utilizar los EPP seleccionados para la tarea. 2. Organizar las áreas comunes retirando todo basura que este generando desorden. 3. Limpiar la zona de trabajo retirando elementos como madera, bolsas, residuos orgánicos. 4. Disponer residuos sólidos en los lugares indicados según estándares del proyecto.

PARTES DE UNIDAD ACOTIDIANAS VERIFICAR LAS SIGUIENTES CONDICIONES BÁSICAS

MARCAR X SI ES O NO APLICA, SEGÚN CORRESPONDA

1. ¿El trabajo está ubicado en el nivel del pavimento? (Trabajo en altura Caídas a nivel y diferente nivel.)	Si	2. ¿Identifica los aspectos como: operación de equipos e instrumentos, Sustancias Peligrosas, Almacenamiento del tipo, generación de residuos y descargas a cuerpo de agua?	Si	3. ¿La cuadrilla está suficientemente protegida con la materiales, con otros procedimientos o elementos? (Estado Provisional)	Si	4. ¿Existen la autorización del encargado para desarrollar dicha actividad?	Si
5. ¿Existen las condiciones del terreno de trabajo (Si, existen de cada Equipo disponible, herramientas, herramientas, maquinaria de trabajo, electrodos, Pozos, Etc.)?	Si	6. ¿La cantidad de EPP suficientes para la tarea (Casco, Botas, Arnés, Gafas, Protección Auditiva, Arnés de seguridad, Reversible, por encuentro en cuyo ambiente?	Si	7. ¿Los herramientas, equipos e instrumentos adecuados, están en condiciones de ser usados?	Si	8. ¿Existen el riesgo de accidentes y otros de terceros, especialmente por obras de trabajo, se encuentra limpia y ordenada?	Si

PUNTOS PARA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES

EJECUCIÓN Y REPORTE

SI RECIBIR LA ORDEN DE EJECUTAR, HACERLO CON PRECAUCIÓN, CAMINANDO POR EL DERECHO Y DESCANSANDO POR AREAS SEGURAS PARA EL PUERTO DE RECORRIDO DEL PROYECTO.

EN CASO DE ACCIDENTE, REPORTAR INMEDIATAMENTE AL JEFE DE SEGURIDAD, REGISTRO O MANDO DE OBRA

NOMBRE DEL CARGO: Nilson Fabián Cruz C.

Powered by CamScanner

MASTER	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:	SST-FR-
		VERSION:	1
	ANALISIS SEGURO DE TRABAJO	FECHA DE EMISION:	27/06/2019

FECHA DE EJECUCIÓN: SEMANA DEL 01 AL 05 DEL AÑO 23 RESPONSABLE Juan Guillermo.

HORA 8:00 AM. PROYECTO Colegio Nueva Alhambra Sede B.

PARTICIPANTES DEL TRABAJO

NOMBRE	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
Nitson Cruz	1012337053					Nitson Cruz	
[illegible]	[illegible]	FIRMA		FIRMA		[illegible]	
		FIRMA					

RESPONSABLE Y/O JEFE INMEDIATO DEL TRABAJO

NOMBRE	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
[illegible]	[illegible]	FIRMA		FIRMA		[illegible]	

COORD. SST/CLIENTE

NOMBRE	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
Nitson Cruz	1012337053	FIRMA		FIRMA		Nitson Cruz	

COORD.SST

NOMBRE	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
Nitson Cruz	1012337053	FIRMA		FIRMA		Nitson Cruz.	

Powered by CamScanner

MASTER	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:	SST-FP15-01
		VERSION:	1
	FORMATO DE ANALISIS DE TRABAJO SEGURO	FECHA DE EMISION:	23/03/2019

FECHA DE EJECUCIÓN: SEMANA DEL 17 AL 20 DEL AÑO 2023 RESPONSABLE

HORA 11 am PROYECTO Interventoria Colegios SED. Nueva Delhi

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Verificación y entrega de actividades en Cubierta ramb asfaltico

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:

TRABAJO EN ALTURA		ESPACIO CONFINADO		OTRO ¿Cuál?

RIESGOS AMBIENTALES

¿Existe posibilidad de algún tipo de derrame o emisión de alguna sustancia química y/o contaminante, por la ejecución del trabajo? SI ☐ NO ☒

Cuales?:

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

Se realizan otras actividades en el área:	☐	Otros	☑	Riesgo Eléctrico	☐	Riesgo Físico	☐
Niveles de Ruido	☑	Superficies Resbalosas	☑	Riesgo Mecánico	☑	Riesgo Químico	☐
Niveles de Iluminación	☑	Cables s/o Tuberías enterrados	☐	Riesgo Locativo	☑	Riesgo Biológico	☐
Uniones Eléctricas	☑	Elementos Combustibles	☐	Riesgo Ergonomico	☑	Riesgo Psicosocial	☑

Otros:

EQUIPOS Y ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL

Casco	☑	Guantes	☐	Ropa de trabajo	☑	Línea de Vida	☑
Gafas de Seguridad	☑	Tapaoidos	☐	Eslinga	☑	Puntos de Anclajes Cert	☐
Botas de Seguridad	☑	Mascarilla	☐	Arnés de Seguridad	☑	Otros:	

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

Descripción		Indique cada uno de los herramientas a utilizar
Manuales		Flexometro.
Eléctricas		
Neumáticas		
Hidráulicas		
Mecánicas		

PASO A PASO DE LA ACTIVIDAD

PASOS DE LA TAREA	PELIGROS ASOCIADOS	CONTROLES
1. Inspección de EPCC, Zona y/o lugar de trabajo.	Caidas al mismo nivel, Caidas a distinto nivel, Golpes, Atrapamientos, Inhalacion de polvo, Exposicion ruido, Caida de objetos, exposicion a temperaturas ambientes por calor.	1. Señalización y delimitación de área 2. Entrega, uso y Cuidado de EPP y EPCC 3. Capacitación uso en auto cuidado, identificación de actos y condiciones inseguras 4. Capacitación sobre uso y cuidado de EPP y EPCC 5. Implementar de programa de orden y aseo.
2. Alistamiento de herramientas y equipos a utilizar	Heridas en mismo,Caidas al mismo nivel, Caidas a distinto nivel, Golpes, Atrapamientos, Inhalacion de polvo, Exposicion ruido, Caida de objetos, exposicion a temperaturas ambientes por calor.	1. Realizar mantenimiento preventivo a equipos y herramientas, e inspección pre operacional de cada uno de los mismo. 2. Entrega, uso y Cuidado de EPP y EPCC. 3. Coordinar actividades a realizar 4. Adoptar una higiene postural adecuada y autocuidado. 5. Implementar de programa de orden y aseo.
	Tropiezos, resbalones, caidas, perdida del equilibrio, heridas, golpes, contusiones, etc.	1.Diseñar y socializar programa de orden y aseo 2.Realizar capacitación referente al programa de orden y aseo (importancia del bueno orden y aseo, prevención caidas, auto cuidado, identificación de actos y condiciones inseguras, identificación de peligro, etc.) 3.Realizar ATS 4.Entregar al personal expuesto EPI (Botas de seguridad anti deslizantes.

Powered by CamScanner

3. Supervisión, inspección y verificación de niveles, muros, vaciado de concreto, verificación en excavación y fundida de sitio KAISSON, fases de ascensores, loza mantenimiento los olivo y de lavanderías. mantenimiento apoyo asfaltico Cubierta.	Caída desde alturas, Heridas, Golpes, consumiciones, fracturas, politraumatismos, Muerte.	1. Diseñar y socializar según lo establecido en la resolución 1409 de 2012 el programa de protección contra caídas, incluyendo procedimientos de trabajo seguro en alturas, fichas de chequeo y permisos de trabajo. 2. Realizar entrenamiento en trabajo seguro en alturas a trabajadores expuestos. 3. Diseñar matriz de identificación de EPP. 4. Realizar inspección de equipos de protección contra caídas. 5. Diseñar y socializar plan de rescate y auto rescate en alturas (por) 6. Realizar capacitación trabajo seguro en alturas, auto cuidado, identificación de peligros, actos y condiciones inseguras. 7. Suministrar a trabajadores expuestos los elementos de protección contra caídas (basico con biaftruyeso, arnés de seguridad, eslingo con restricción, gafas y botas de seguridad).
4. Orden y aseo del área	Caídas al mismo nivel, Caídas a distinto nivel, Golpes, Atrapamientos, Inhalacion de polvo, Exposicion ruido, Caida de objetos, exposicion a temperaturas ambientes por calor.	1. Utilizar los EPP adecuados para la tarea. 2. Organizar las áreas comunes retirando todos basura que esté generando desorden. 3. Limpiar la zona de trabajo retirando elementos como madera, bolsas, residuos orgánicos. 4. Disponer residuos sólidos en los lugares indicados según estándares del proyecto.

ANTES DE INICIAR ACTIVIDADES VERIFIQUE LAS SIGUIENTES CONDICIONES BÁSICAS

***MARCAR SI, NO, N/A (no aplica), SEGÚN CORRESPONDA.**

1.- ¿ El RIESGO más crítico de la tarea fue identificado? (Trabajo en alturas,Caidas a nivel y desnivel, etc.)	Si	3.- ¿Identificó los Aspectos Ambientales de aceite o hidrocarburos, Sustancias Peligrosas contaminación del aire, generación de residuos y descargas a cursos de agua?	Si	5.- ¿ Se coordinó adecuadamente INTERFERENCIAS o sinergias con otras actividades y/o operaciones? (trabajos simultaneos)	Si	7.- ¿ Evaluó la aplicación de bloqueos fisicos requeridos para energía peligrosa?	Si
2.- ¿Evaluó las condiciones del entorno de trabajo (E): Niveles de ruido, Espacio disponible, Iluminación, Temperatura, Superficies de trabajo, Desniveles, Polvo, Etc.)?	Si	4.- ¿ Se identificó el EPP adecuado para la tarea: Casco, botas, Antifaz, Guantes, Protectores Auditivos, Arnés de Seguridad, Respirador, y/o encuentra en buen estado?	Si	6.- ¿ Las herramientas, equipos e instalaciones eléctricas, están en condiciones de ser usados?	Si	8.- ¿Evaluó el riesgo de incendio y vías de escape disponibles? ¿El área de trabajo se encuentra limpio y ordenado?	Si

EQUIPOS PARA ATENCION DE EMERGENCIAS		EVACUACION Y REPORTE
¿Se tienen extintores adecuados y suficientes en el sitio?		SI RECIBIO LA ORDEN DE EVACUAR, HAGALO CON PRECAUCIÓN, CAMINANDO POR SU DERECHA Y DESPLAZÁNDOSE POR SITIOS SEGUROS HASTA EL PUNTO DE ENCUENTRO DEL PROYECTO. EN CASO DE ACCIDENTE, REPORTAR INMEDIATAMENTE AL VIGIA DE SEGURIDAD, RESIDENTE O MAESTRO DE OBRA.
¿Se tiene equipo para maniobras de rescate en altura?		
¿Los brigadistas del grupo de trabajo estan identificados?		
¿Se tienen equipos de comunicación punto a punto?		
¿Se tiene clara la ruta de evacuación y punto de encuentro?		
¿Se tienen las hojas de datos de seguridad de los materiales?		
¿Se tiene camilla y botiquin en el sitio?		

RESPONSABLE Y/O JEFE INMEDIATO DEL TRABAJO	COOD. SST/CLIENTE	COOD.SST
		Nilsson Fabián Cruz Collazos

	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:	SST-FPS
INGENIERIA MASTER SAS		VERSION:	1
	ANALISIS SEGURO DE TRABAJO	FECHA DE EMISION:	27/04/2019

FECHA DE EJECUCIÓN: SEMANA DEL 17 AL 20 DEL AÑO 23 RESPONSABLE Juan Guillermo

HORA 8:00 Am. PROYECTO CED Nueva Delhi

EJECUTANTES DEL TRABAJO

NOMBRE	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
Nilsson Cruz C.	1012372053	FIRMA	FIRMA	FIRMA	Nilsson Cruz	N. Nilsson Cruz	FIRMA
Kelly Chiguillo	52791845	FIRMA	FIRMA	FIRMA	Kelly Chiguillo	Nilsson Cruz	FIRMA
		FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA

RESPONSABLE Y/O JEFE INMEDIATO DEL TRABAJO

NOMBRE	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
[illegible]	1022[illegible]	FIRMA	FIRMA	FIRMA	[illegible]	[illegible]	FIRMA

COOD. SST/CLIENTE

NOMBRE	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
		FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA

COOD SST

NOMBRE	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
Nilsson Cruz C.	1012372053.	FIRMA	FIRMA	FIRMA	Nilsson Cruz	Nilsson Cruz	FIRMA

Powered by CamScanner

MASTER

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO DE ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CODIGO: AST-FT-SST-07
VERSION: 1
FECHA DE EMISION: 15/05/2019

FECHA DE EJECUCIÓN: SEMANA DEL 29 AL 27 DEL AÑO 23

RESPONSABLE

HORA: 8:00 am

PROYECTO: Colegio Altamira Sede B.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD: Verificación actividades en Cubierta interventoría.

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:

TRABAJO EN ALTURA	ESPACIO CONFINADO	OTRO ¿CUAL?

RIESGOS AMBIENTALES

¿Existe probabilidad de algún tipo de liberación o emisión de alguna sustancia química y/o contaminante por la ejecución del trabajo? Cuales? SI NO

IDENTIFICACION DE RIESGOS

Se realizan otras actividades en el área: Ninguna

Ninguna		Obra		Riesgo Mecánico		Riesgo Físico	
Niveles de Ruido		Superficies Radiantes		Riesgo eléctrico		Riesgo Químico	
Niveles de Iluminación		Cuerpo con Volumen enterrado		Riesgo Locativo		Riesgo Biológico	
Líneas Eléctricas		Elementos Combustibles		Riesgo Ergonómico		Riesgo Psicosocial	

Otros:

ELEMENTOS Y EQUIPOS DE PROTECCION INDIVIDUAL

Casco		Guantes		Ropa de trabajo		Línea de Vida	
Gafas de Seguridad		Tapabocas		Botas		Puntos de Anclajes Certificados	
Botas de seguridad		Arnés de seguridad		Arnés de seguridad		Otros:	

HERRAMIENTAS A UTILIZAR

Descripción		Indique cada una de las herramientas a utilizar
Manuales		Flexometro.
Eléctricas		
Neumáticas		
Hidráulicas		
Mecánicas		

PASO A PASO DE LA ACTIVIDAD

PASOS DE LA TAREA	PELIGROS ASOCIADOS	CONTROLES
1. Inspección de EPCC, Zona y/o lugar de trabajo.	CONDICIONES DE SEGURIDAD -(LOCATIVO-) Caídas al mismo nivel, Caídas a distinto nivel, Golpes, atrapamientos, Infraccion de puntz, Exposicion ruido, Caida de objetos, exposicion a temperaturas ambientales por calor.	1. Señalización y delimitación de área 2. Entrega, uso y Cuidado de EPP y EPCC 3. Capacitación (as) en actv cuidado, identificación de actos y condiciones inseguras 4. Capacitación sobre uso y cuidado de EPP y EPCC 5. Implementar de programa de orden y aseo.
2. Alistamiento de herramientas y equipos a utilizar	CONDICIONES DE SEGURIDAD -(LOCATIVO - MECANICO) mientras en misma Caídas al mismo nivel, Caídas a distinto nivel, Golpes, Atrapamientos, Infraccion de puntz, Exposicion ruido, Caida de objetos, exposicion a temperaturas ambientes por calor	1. Realizar mantenimiento preventivo a equipos y herramientas, e inspección pre operacional de cada uno de los mismo 2. Entrega, uso y Cuidado de EPP y EPCC 3. Coordinar actividades a realizar 4. Adopta una higiene postural adecuada y ambientalidad. 5. Implementar de programa de orden y aseo.
3. Supervisión, inspección y realización de actividades de mantenimiento en cubierta	CONDICIONES DE SEGURIDAD -(LOCATIVO - TRABAJO EN ALTURAS) Impactos, aplastones, caidas, perdida del equilibrio, heridas, golpes, contusiones, fracturas, politraumatismo y la muerte.	1.Diseña e socializa programa de orden y aseo 2.Realiza capacitación relevante al programa de orden y aseo (importancia del buenn orden y aseo, prevención caídas, actv cuidado, identificación de actos y condiciones inseguras, identificación de peligro, etc.) 3.Realizar AST 4.Entregar al personal expuesto EPI (Botta de seguridad anti deslizantes.
	CONDICIONES DE SEGURIDAD -(LOCATIVO - TRABAJO EN ALTURAS) Caidas desde alturas, heridas, Golpes, contusiones, fracturas, politraumatismos, Muerte.	1. Diseña y socializa segun lo establecido en la resolución 4272 de 2021 el programa de protección contra caidas, instructivo procedimientos de trabajo seguro en alturas, lista de chequeo y permiso de trabajo. 2. Realiza entrenamiento en trabajo seguro en altura a trabajadores expuestos. 3. Diseña matriz de identificación de EPP. 4. Facilita inspección de equipos de protección contra caidas. 5. Diseña y socializa plan de rescate y auto rescate en alturas. (sst) 6. Realiza capacitación trabajo seguro en alturas, actv cuidado, identificación de peligros, actos y condiciones inseguras. 7. Suministra a trabajadores expuestos los elementos de protección contra caidas (arnes con trabapasjo, sintin de seguridad, eslingo con amortiguador, gafas y botta de seguridad).
4. Orden y aseo del área	CONDICIONES DE SEGURIDAD -(LOCATIVO - TRABAJO EN ALTURAS) Caidas al mismo nivel, Caidas a distinto nivel, Golpes, atrapamientos, Caida de objetos. (QUIMICO, PSICOSOCIALES, ORGANICOS, ERGONOMICOS) exposicion de polvos, orillo, alteracion postural, ergonomica. FISICO (TEMPERATURAS EXTREMAS - RUIDO) Exposicion ruido, exposicion a temperaturas ambientes por calor.	1. Utiliza los EPP adecuados para la tarea. 2. Organizar las tareas comunes retirando todo basura que este generando desorden. 3. Limpia la zona de trabajo retirando elementos como madera, tubos, residuos orgánicos. 4. Disponer residuos sólidos en los lugares indicados según entendidos del proyecto.

ANTES DE REALIZAR ACTIVIDADES VERIFIQUE LAS SIGUIENTES CONDICIONES BÁSICAS

MARQUE SI, NO, N-A (no aplica), BIEN CORRECTIVA.

1. ¿CONOCE usted el peligro de la tarea que desarrollará? (Evaluar con video o video existente)	Si	2. ¿Identifica los tipos de medidas de control a implementar, Señalización, Indagación y controles para dar este procedimiento de seguridad y manejo de riesgo?	Si	3. ¿Se cuenta con el mantenimiento PREVENTIVO de todas las herramientas con las actividades por realizar (revisión diaria/semanal)?	Si	4. ¿Existe la verificación del equipo Mínimo requerido para ejecutar la actividad?	
5. ¿El personal cumple con el examen de ingreso, Curso de trabajo seguro en alturas, Reentrenamiento, Certificado de trabajo, Certificado de aptitud médica?	Si	6. ¿Se identifica que el personal cuenta con Casco, Botas, Arnés, Eslingo, Guantes, Protección Auditiva, Gafas de seguridad, Ropa de trabajo, por personal a ser usado?	Si	7. ¿Los trabajadores, explican a todos los que van a ser parte de la actividad?	Si	8. ¿El plan de trabajo ha sido socializado con todo el personal involucrado? ¿El área de trabajo se encuentra limpia y ordenada?	

PUNTOS PARA EVALUAR DE INCIDENTES		DESCRIPCIÓN Y REPORTE
¿Se hizo el análisis preliminar y entregado en el sitio?		A RECIBIR LA ORDEN DE EJECUTAR, ANALIZO CON PRECAUCIÓN, CUMPLIENDO POR SU SEÑOR Y REGLAMENTARIOS POR ESTOS SEGURIDAD AVISO EL PUESTO DE ENCUENTRO DEL PROYECTO.
¿Se hizo algún cierre momentáneo de las vías de salida?		
¿Los trabajadores del grupo de trabajo saben identificarse?		
¿Se hizo el análisis de causalidad para cierre y cierre?		
¿Se hizo el cierre de la vía de salida y acceso de emergencia?		
¿Se hizo las listas de todos los trabajadores?		
¿Se hizo verificación y cierre en el sitio?		

EN CASO DE ACCIDENTE, INFORME INMEDIATAMENTE AL CASA DE SEGURIDAD, SEGURIDAD Y ALGUNOS DE OBRA

FIRMA DEL TRABAJADOR

NOMBRE: Nelson Fabián Cruz C.

Powered by CamScanner

MASTER	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:	SSI-FP0
	ANALISIS SEGURO DE TRABAJO	VERSION:	1
		FECHA DE EMISION:	27/06/2019

FECHA DE EJECUCIÓN: SEMANA DEL 24 AL 27 DEL AÑO 23 RESPONSABLE Juan Guillermo

HORA 8:00 Am PROYECTO Colegio Altamira Sede B.

EJECUTANTES DEL TRABAJO

NOMBRE	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
Nilson Cruz	1012372053				Nilson Cruz		
Kelly Chiguachi	52791845						

RESPONSABLE Y/O JEFE INMEDIATO DEL TRABAJO

NOMBRE	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
Nilson Cruz	1012372053				Nilson Cruz	Nilson Cruz	

COORD. SST/CLIENTE

NOMBRE	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO

COORD.SST

NOMBRE	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
Nilson Cruz	1012372053				Nilson Cruz	Nilson Cruz	

Powered by CamScanner

MASTER

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST

FORMATO DE INSPECCION DE EPP'S

CODIGO:	SST-FP03-04
VERSIÓN:	1
FECHA DE EMISION:	12/03/2019

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: Mabel Velasco
CARGO: Inspector SST
FRENTE DE OBRA (AREA): Colegios
TELEFONO: 3209453303 B

VERIFICADO POR:

CIUDAD: Bogotá DC.
FECHA DE INSPECCIÓN: 7/9/2023

USO: (SI) El trabajador SI usa el EPP, (NO) El trabajador NO usa el EPP

INSTRUCCIONES:
ESTADO: (B) Bueno, (M) Malo, (NR) No Revisiero

METODOS DE CONTROL: (1) Instrucción, (2) Motivación, (3) Cambio de EPP, (4) Capacitación, (5) Otro

No.	APELLIDOS Y NOMBRES	CASCO DE SEGURIDAD BARBUQUEJO COPA		GUANTES		PROTECTOR AUDITIVO DE COPA O INSERCIÓN		BOTAS PUNTA DE ACERO		GAFAS DE SEGURIDAD		GUANTES DE NITRILO LARGOS		MASCARILLAS 3M		METODOS DE CONTROL	OBSERVACIONES
		USO	ESTADO	USO	ESTADO	USO	ESTADO	USO	ESTADO	USO	ESTADO	USO	ESTADO	USO	ESTADO		
1	Alexander Rodriguez	SI	B	ND	NA	SI	B	SI	B	ND	NA	ND	ND	ND	ND	1	
2	Karen Acosta	SI	B	NA	NA	NT	NT	SI	B	ND	NA	No	No	No	No	1	
3	Andres Bello	SI	B	NA	NA	NT	NT	SI	B	ND	NA	No	No	No	No	1	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	

COMENTARIOS:
Ninguno

Mabel Velasco Ochoa
NOMBRE Y FIRMA DEL INSPECTOR

Powered by CamScanner

INGENIERIA MASTER SAS	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST	CODIGO:	SST-FPO3-08
		VERSIÓN:	2
	FORMATO INSPECCIÓN DE ORDEN Y ASEO OBRA	FECHA DE EMISION:	20/03/2019

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: Mabel Velasco	VERIFICADO POR:
CARGO: Inspecta SST	
FRENTE DE OBRA (AREA): Torre Rueda Sede B	CIUDAD: Bogotá
TELEFONO: 3207450048	FECHA DE INSPECCIÓN: 8/9/2023

SITUACION A OBSERVAR	CRITERIO DE CALIFICACION			
	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
LOCALES				
Las escaleras y plataformas, estan limpias, en buen estado y libres de obtaculos	✓			
Las paredes estan limpias y en buen estado	✓			
Las ventanas y tragaluces estan limpios sin impedir la entrada de luz natural	✓			
Las señales de seguridad estan visibles y correctamente distribuidas	✓			
Los extintores estan en su lugar de ubicación y visibles	✓			
SUELOS Y PASILLOS				
Los suelos estan limpios, secos, sin desperdicios ni material innecesario		X		Realizar Jornada Orden y Aseo
Las vias de circulacion de personas y vehiculos estan diferenciadas y señalizadas	✓			
Los pasillos y zonas de transito estan libres de obstaculos.		X		
Las carretillas estan aparcadas en los lugares especiales para ello	✓			
ALMACENAJE				
Las areas de almacenamiento y disposicion de materiales estan señalizadas		X		Senalizar las
Los lugares y sustancias almacenadas se encuentran correctamente señalizadas		X		Diferentes
Los materiales estan apilados sin invadir las zonas de paso	✓			Sustancias.
Los materiales se apilan de manera segura, limpia y ordenada		X		
MAQUINARAIA Y EQUIPOS				
Se encuentran limpios y libres en su entorno de todo material innecesario	✓			
Se encuentran libres de filtraciones innecesarias de aceites y grasas	✓			
Poseen las protecciones adecuadas y los dispositivos de seguridad en funcionamiento	✓			
HERRAMIENTAS				
Estan almacenadas en cajas o paneles adecuados, donde cada herramienta tiene su lugar	✓			
Se guardan limpias de aceite y grasa	✓			
Las electricas tienen el cableado y las conexiones en buen estado	✓			
Estan en condiciones seguras para el trabajo, no defectuosas y oxidadas	✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y ROPA DE TRABAJO				
Se encuentran marcados o identificados para poderlos identificar por su usuario	✓			
Se guardan en los lugares especificos de uso personalizado (Armarios o locker)		X		No se cuenta
Se encuentran limpios y en buen estado	✓			con un lugar
Cuando son desechables se depositan en los contenedores adecuados.	✓			Adecuado.
RESIDUOS				
Los contenedores estan colocados proximos y accesibles a los lugares de trabajo	✓			
Estan claramente identificados los contenedores de residuos especiales		X		
Los residuos inflamables se colocan en bidones cerrados			X	
Los residuos incompatibles se recogen en contenedores separados			X	
Se evita el rebose de los contenedores			X	
La zona alrededor de los contenedores esta limpia			X	
Existen los medios de limpieza a disposicion del personal del area	✓			

COMENTARIOS

Realizar Jornada de orden y aseo.

Powered by CamScanner

INGENIERIA MASTER SAS	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST	CODIGO:	SST-PRG-08
	FORMATO INSPECCIÓN DE ORDEN Y ASEO OBRA	VERSIÓN:	0
		FECHA DE EMISION:	01/09/2019

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: Mabel Velasco Osuna — VERIFICADO POR:
CARGO: Inspectora SST
FRENTE DE OBRA (AREA): Jose Joaquin Castro A — CIUDAD: Bosa
TELEFONO: 320 9450048 — FECHA DE INSPECCIÓN: 8/9/2023

SITUACION A OBSERVAR	CRITERIO DE CALIFICACION			
	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
LOCALES				
Las escaleras y plataformas, estan limpias, en buen estado y libres de obtaculos		X		Realizar
Las paredes estan limpias y en buen estado	✓			Jornada de
Las ventanas y tragaluces estan limpios sin impedir la entrada de luz natural	✓			orden y Aseo
Las señales de seguridad estan visibles y correctamente distribuidas	✓			
Los extintores estan en su lugar de ubicación y visibles	✓			
SUELOS Y PASILLOS				
Los suelos estan limpios, secos, sin desperdicios ni material innecesario		X		Señalizar las
Las vias de circulacion de personas y vehiculos estan diferenciadas y señalizadas	✓			Areas de
Los pasillos y zonas de tranito estan libres de obtaculos		X		Trabajo
Las carretillas estan aparcadas en los lugares especiales para ello	✓			
ALMACENAJE				
Las areas de almacenamiento y disposicion de materiales estan señalizadas	✓			
Los lugares y sustancias almacenadas se encuentran correctamente señalizadas	✓			
Los materiales estan apilados sin invadir las zonas de paso	✓			
Los materiales se apilan de manera segura, limpia y ordenada	✓			
MAQUINARIA Y EQUIPOS				
Se encuentran limpios y libres en su entorno de toda material innecesario	✓			
Se encuentran libres de filtraciones innecesarias de aceites y grasas	✓			
Poseen las protecciones adecuadas y los dispositivos de seguridad en funcionamiento	✓			
HERRAMIENTAS				
Estan almacenadas en cajas o paneles adecuados, donde cada herramienta tiene su lugar	✓			
Se guardan limpias de aceite y grasa	✓			
Las electricas tienen el cableado y las conexiones en buen estado	✓			
Estan en condiciones seguras para el trabajo, no defectuosas y oxidadas	✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y ROPA DE TRABAJO				
Se encuentran marcados o identificados para poderlos identificar por su usuario	✓			
Se guardan en los lugares especificos de uso personalizado (Armarios o locker)	✓			
Se encuentran limpios y en buen estado	✓			
Cuando son desechables se depositan en los contenedores adecuados	✓			
RESIDUOS				
Los contenedores estan colocados proximos y accesibles a los lugares de trabajo		X		Verificar Alma-
Estan claramente identificados los contenedores de residuos especiales		X		cenamiento de
Los residuos inflamables se colocan en bidones cerrados		X		los productos
Los residuos incompatibles se recogen en contenedores separados		X		
Se evita el rebose de los contenedores		X		
La zona alrededor de los contenedores esta limpia		X		
Existen los medios de limpieza a disposicion del personal del area		X		
COMENTARIOS				

Realizar Jornada de orden y Aseo, Almacenar de forma adecuada los productos quimicos.

Powered by CamScanner

INGENIERIA MASTER SAS	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST	CODIGO:	SST-FPGS-08
		VERSIÓN:	2
	FORMATO INSPECCIÓN DE ORDEN Y ASEO OBRA	FECHA DE EMISION:	23/08/2019

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: Mabel Velasco Quiroga	VERIFICADO POR:
CARGO: Inspectora SST	
FRENTE DE OBRA (AREA): Alemania Unificada sede A	CIUDAD: Bogotá
TELEFONO: 3209450048	FECHA DE INSPECCIÓN: 8/09/23

SITUACION A OBSERVAR	CRITERIO DE CALIFICACION			
	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
LOCALES				
Las escaleras y plataformas, estan limpias, en buen estado y libres de obtaculos		X		
Las paredes estan limpias y en buen estado		X		
Las ventanas y tragaluces estan limpios sin impedir la entrada de luz natural		X		
Las señales de seguridad estan visibles y correctamente distribuidas		X		
Los extintores estan en su lugar de ubicación y visibles	✓			
SUELOS Y PASILLOS				
Los suelos estan limpios, secos, sin desperdicios ni material innecesario		X		
Las vias de circulacion de personas y vehiculos estan diferenciadas y señalizadas		X		
Los pasillos y zonas de transito estan libres de obstaculos.		X		
Las carretillas estan aparcadas en los lugares especiales para ello	✓			
ALMACENAJE				
Las areas de almacenamiento y disposicion de materiales estan señalizadas		X		
Los lugares y sustancias almacenadas se encuentran correctamente señalizadas		X		
Los materiales estan apilados sin invadir las zonas de paso		X		
Los materiales se apilan de manera segura, limpia y ordenada		X		
MAQUINARAIA Y EQUIPOS				
Se encuentran limpios y libres en su entorno de todo material innecesario	✓			
Se encuentran libres de filtraciones innecesarias de aceites y grasas	✓			
Poseen las protecciones adecuadas y los dispositivos de seguridad en funcionamiento	✓			
HERRAMIENTAS				
Estan almacenadas en cajas o paneles adecuados, donde cada herramienta tiene su lugar	✓			
Se guardan limpias de aceite y grasa	✓			
Las electricas tienen el cableado y las conexiones en buen estado	✓			
Estan en condiciones seguras para el trabajo, no defectuosas y oxidadas	✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y ROPA DE TRABAJO				
Se encuentran marcados o identificados para poderlos identificar por su usuario	✓			
Se guardan en los lugares especificos de uso personalizado (Armarios o locker)	✓			
Se encuentran limpios y en buen estado	✓			
Cuando son desechables se depositan en los contenedores adecuados	✓			
RESIDUOS				
Los contenedores estan colocados proximos y accesibles a los lugares de trabajo			X	
Estan claramente identificados los contenedores de residuos especiales			X	
Los residuos inflamables se colocan en bidones cerrados			X	
Los residuos incompatibles se recogen en contenedores separados			X	
Se evita el rebose de los contenedores			X	
La zona alrededor de los contenedores esta limpia			X	
Existen los medios de limpieza a disposicion del personal del area			X	

COMENTARIOS

En general el frente se encuentra con falta de orden y aseo, se solicita verificar la información

Powered by CamScanner

AGENCIA MASTER SAS	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST	CODIGO:	SST-FOR-05
		VERSIÓN:	3
	FORMATO INSPECCIÓN DE ORDEN Y ASEO OBRA	FECHA DE EMISION:	22/02/2019

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: Mabel Salazar Ospina — VERIFICADO POR:
CARGO: Inspectora SST
FRENTE DE OBRA (AREA): Rafael Nuñez Lote B — CIUDAD: Bogotá DC
TELEFONO: 3209450048 — FECHA DE INSPECCIÓN: 8/9/23

SITUACION A OBSERVAR	CRITERIO DE CALIFICACION			
	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
LOCALES				
Las escaleras y plataformas, estan limpias, en buen estado y libres de obtaculos		X		Se Solicita
Las paredes estan limpias y en buen estado		X		orden y
Las ventanas y tragaluces estan limpios sin impedir la entrada de luz natural		X		Aseo delas
Las señales de seguridad estan visibles y correctamente distribuidas	✓			Areas.
Los extintores estan en su lugar de ubicación y visibles		X		
SUELOS Y PASILLOS				
Los suelos estan limpios, secos, sin desperdicios ni materal innecesario		X		
Las vias de circulacion de personas y vehiculos estan diferenciadas y señalizadas	✓			
Los pasillos y zonas de transito estan libres de obstaculos.	✓			
Las carretillas estan aparcadas en los lugares especiales para ello	✓			
ALMACENAJE				
Las areas de almacenamiento y disposicion de materiales estan señalizadas	✓			
Los lugares y sustancias almacenadas se encuentran correctamente señalizadas	✓			
Los materiales estan apilados sin invadir las zonas de paso	✓			
Los materiales se apilan de manera segura, limpia y ordenada	✓			
MAQUINARAIA Y EQUIPOS				
Se encuentran limpios y libres en su entorno de todo material innecesario	✓			
Se encuentran libres de filtraciones innecesarias de aceites y grasas	✓			
Poseen las protecciones adecuadas y los dispositivos de seguridad en funcionamiento	✓			
HERRAMIENTAS				
Estan almacenadas en cajas o paneles adecuados, donde cada herramienta tiene su lugar	✓			
Se guardan limpias de aceite y grasa	✓			
Las electricas tienen el cableado y las conexiones en buen estado	✓			
Estan en condiciones seguras para el trabajo, no defectuosas y oxidadas	✓			
ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y ROPA DE TRABAJO				
Se encuentran marcados o identificados para poderlos identificar por su usuario	✓			
Se guardan en los lugares especificos de uso personalizado (Armarios o locker)	✓			
Se encuentran limpios y en buen estado	✓			
Cuando son desechables se depositan en los contenedores adecuados.	✓			
RESIDUOS				
Los contenedores estan colocados proximos y accesibles a los lugares de trabajo			X	
Estan claramente identificados los contenedores de residuos especiales			X	
Los residuos inflamables se colocan en bidones cerrados			X	
Los residuos incompatibles se recogen en contenedores separados			X	
Se evita el rebose de los contenedores			X	
La zona alrededor de los contenedores esta limpia			X	
Existen los medios de limpieza a disposicion del personal del area			X	

COMENTARIOS

Realizar Jornadas de orden y aseo.

Powered by CamScanner

INGENIERIA MASTER SAS	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST	CODIGO:	SST-FP03-04
	FORMATO DE INSPECCION DE EPP'S	VERSIÓN:	1
		FECHA DE EMISION:	12/03/2019

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: Yeny Carolina Garza Barrera. — VERIFICADO POR: Carolina Garza.

CARGO: Inspectora en SST

FRENTE DE OBRA (AREA): Jose Joaquin Castro Sede B. — CIUDAD: Bogota.

TELEFONO: 3115455164 — FECHA DE INSPECCIÓN: 12/09/23

USO: (SI) El trabajador SI usa el EPP, (NO) El trabajador NO usa el EPP

INSTRUCCIONES:

ESTADO: (B) Bueno, (M) Malo, (NR) No Requiere

METODOS DE CONTROL: (1) Instrucción, (2) Motivación, (3) Cambio de EPP, (4) Capacitación, (5) Otro

No.	APELLIDOS Y NOMBRES	CASCO DE SEGURIDAD BARBUQUEJO COPA		GUANTES		PROTECTOR AUDITIVO DE COPA O INSERCIÓN		BOTAS PUNTA DE ACERO		GAFAS DE SEGURIDAD		GUANTES DE NITRILO LARGOS		MASCARILLAS 3M		METODOS DE CONTROL	OBSERVACIONES
		USO	ESTADO	USO	ESTADO	USO	ESTADO	USO	ESTADO	USO	ESTADO	USO	ESTADO	USO	ESTADO		
1	Luis Carlos Rojas Baron.	Si	B	NO	NR	Si	B	Si	B	Si	B	NO	NR	NO	NR		
2	Jhon Santana.	Si	B	NO	NR	Si	B	Si	B	Si	B	NO	NR	NO	NR		
3	Yeny Carolina Garza.	Si	B	NO	NR	Si	B	Si	B	Si	B	NO	NR	NO	NR		
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	

COMENTARIOS:

NOMBRE Y FIRMA DEL INSPECTOR

Powered by CamScanner

INGENIERIA MASTER SAS	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:	SST-FP03-02
	FORMATO DE INSPECCION DE EXTINTORES	VERSIÓN:	2
		FECHA DE EMISION:	23/03/2019

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: Yeny Carolina Garza — VERIFICADO POR: Carolina Garza

CARGO: Inspectora SST

FRENTE DE OBRA (AREA): Jose Joaquin Castro Sede B. — CIUDAD: Bogota

TELEFONO: — FECHA DE INSPECCIÓN: 16/08/23

PARTES DE UN EXTINTOR

1. Manija de disparo
2. Manija de transporte
3. Manómetro, pasador y seguro(nylon)
4. Cilindro
5. Manguera
6. Boquilla de Expansión o concentradora para H_2O a presión y químicos corrientes
7. Agente Expulsor interno
8. Agente extintor interno
9. Tubo Sifón



Nº	AREA O LUGAR DE UBICACIÓN	TIPO DE EXTINTOR	CAPACIDAD	ESTADO DEL EXTINTOR											FECHA DE VENCIMIENTO	OBSERVACIONES
				MANOMETRO INDICA CARGADO (AUSENTE EN Co2)	PASADOR DE SEGURIDAD	MANGUERA	BOQUILLA	MANIJA DE DISPARO	MANIJA DE TRANSPORTE	CILINDRO	PINTURA	LIBRE DE OBSTACULOS	VISIBILIDAD	SEÑALIZACION		
1	Aula Piso 2	ABC Multiproposito	20 Lb	B	B	NA	B	B	B	B	B	B	B	B	M	24 Jul. 0	

CRITERIOS DE CALIFICACION: B: BUENO R :REGULAR M: MALO

OBSERVACIONES GENERALES:

Powered by CamScanner

INGENIERIA MASTER SAS

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST

FORMATO INSPECCIÓN LOCATIVA OBRA

CODIGO: [illegible]
VERSIÓN: 2
FECHA DE EMISION: [illegible]

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: Yeny Carolina Garza Bavera
CARGO: Inspectora SST.
FRENTE DE OBRA (AREA): Jose Joaquin Castro Sede B.
TELEFONO: 3115955164.

VERIFICADO POR: Carolina Garza
CIUDAD: Bogotá
FECHA DE INSPECCIÓN: 06/09/2023

	AGENTE GENERADOR DEL RIESGO	SI	NO	N/A	RESPONSABLE CORRECCION	PRIORIDAD CONTROL			FECHA PROGRAMADA	FECHA DE CIERRE
						INMEDIATA	PRONTA	POSTERIOR		
	GENERALES									
1	¿El area esta ubicado en un lugar alejado de focos contaminacion e insalubridad?	X								
2	¿Los accesos se encuentran limpios, adecuados y señalizados?	X								
3	¿Se controla el crecimiento de maleza alrededor del area de trabajo?	X								
4	¿El area esta libre de basuras y aguas estancadas?	X								
5	¿Se encuentra señalizada el area, en lo que se refiere a circulacion de personas, servicio, seguridad y salida de emergencia?	X								
6	¿El area se encuentra libre de Mosquitos, Abejas, Avispas, Perros, Ratas?	X								
7	¿Los pisos/paredes se encuentran en buen estado, sin grietas, huecos o desniveles?	X								
	INSTALACIONES									
8	¿La temperatura y ventilacion de las diferentes areas se controlan y no afectan la comodidad de las personas?	X								
9	¿La iluminacion es adecuada en cada uno de los espacios del area donde se desarrolla la labor?	X								
	INSTALACIONES SANITARIAS									
10	¿El area cuenta con servicios sanitarios bien ubicados, separados por sexo, ventilados y en perfecto funcionamiento?	X								
11	¿El area cuenta con servicios sanitarios en cantidad suficiente?	X								
12	¿Los servicios sanitarios estan dotados de papeleras, de elementos de higiene personal (jabon, toallas desechables, papel higienico) y se encuentra en buenas condiciones de limpieza?	X								
13	¿Existe un lugar adecuado (campamento) para el consumo de alimentos de los trabajadores?	X								
	CONDICIONES DE SANEAMIENTO									
14	¿El agua que se provee para el consumo es potable?	X								
15	¿El punto de hidratacion esta bien ubicado y en perfecto funcionamiento?			X						
16	¿El acopio del agua para el consumo, es adecuado, esta protegido, es de capacidad suficiente y se desinfecta periodicamente?			X						
	LIMPIEZA DESINFECCIÓN Y CONTROL DE PLAGAS									
17	¿Existen procedimientos especificos de limpieza y desinfección?	X								
18	¿Se ejecutan procedimientos especificos para el control de plagas en el area?			X						
	MANEJO Y DISPOSICION DE RESIDUOS									
19	¿los residuos liquidos y vertimientos se controlan y no representan riesgo de contaminacion para la superficie en contacto con ellos?			X						
20	¿cuenta el area con puntos de acopio de residuos solidos, señalizado, clasificado, protegido y en buen estado?			X						

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

INGENIERIA MASTER SAS

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST

CODIGO:	SST-FOR-01
VERSIÓN:	3
FECHA DE EMISION:	22/03/2017

FORMATO INSPECCIÓN LOCATIVA OBRA

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: Yeny Carolina Garza Barrera — VERIFICADO POR: Carolina Garza.
CARGO: Inspectora SST
FRENTE DE OBRA (AREA): Juan Rey — CIUDAD: Bogotá
TELEFONO: 3115456164. — FECHA DE INSPECCION: 06/09/23.

	AGENTE GENERADOR DEL RIESGO	SI	NO	N/A	RESPONSABLE CORRECCION	PRIORIDAD CONTROL			FECHA PROGRAMADA	FECHA DE CIERRE
						INMEDIATA	PRONTA	POSTERIOR		
	GENERALES									
1	¿El area esta ubicado en un lugar alejado de focos contaminacion e insalubridad?	X								
2	¿Los accesos se encuentran limpios, adecuados y señalizados?		X		SST Contratista	X			06/09/23.	07/09/23
3	¿Se controla el crecimiento de maleza alrededor del area de trabajo?	X								
4	¿El area esta libre de basuras y aguas estancadas?		X		SST Contratista	X			06/09/23	07/09/23
5	¿Se encuentra señalizada el area, en lo que se refiere a circulacion de personas, servicio, seguridad y salida de emergencia?			X						
6	¿El area se encuentra libre de Mosquitos, Abejas, Avispas, Perros, Ratas?	X								
7	¿Los pisos/paredes se encuentran en buen estado, sin grietas, huecos o desniveles?			X						
	INSTALACIONES									
8	¿La temperatura y ventilacion de las diferentes areas se controlan y no afectan la comodidad de las personas?	X								
9	¿La iluminacion es adecuada en cada uno de los espacios del area donde se desarrolla la labor?	X								
	INSTALACIONES SANITARIAS									
10	¿El area cuenta con servicios sanitarios bien ubicados, separados por sexo, ventilados y en perfecto funcionamiento?	X								
11	¿El area cuenta con servicios sanitarios en cantidad suficiente?	X								
12	¿Los servicios sanitarios estan dotados de papeleras, de elementos de higiene personal (jabon, toallas desechables, papel higienico) y se encuentra en buenas condiciones de limpieza?	X								
13	¿Existe un lugar adecuado (campamento) para el consumo de alimentos de los trabajadores?	X								
	CONDICIONES DE SANEAMIENTO									
14	¿El agua que se provee para el consumo es potable?	X								
15	¿El punto de hidratacion esta bien ubicado y en perfecto funcionamiento?			X						
16	¿El acopio del agua para el consumo, es adecuado, esta protegido, es de capacidad suficiente y se desinfecta periodicamente?			X						
	LIMPIEZA DESINFECCIÓN Y CONTROL DE PLAGAS									
17	¿Existen procedimientos especificos de limpieza y desinfección?			X						
18	¿Se ejecutan procedimientos especificos para el control de plagas en el area?			X						
	MANEJO Y DISPOSICION DE RESIDUOS									
19	¿los residuos liquidos y vertimientos se controlan y no representan riesgo de contaminacion para la superficie en contacto con ellos?			X						
20	¿cuenta el area con puntos de acopio de residuos solidos, señalizado, clasificado, protegido y en buen estado?			X						

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

INGENIERIA MASTER SAS	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST	CODIGO:	SST-FP03-06
		VERSIÓN:	2
	FORMATO INSPECCIÓN DE ORDEN Y ASEO OBRA	FECHA DE EMISION:	23/03/2019

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: Yeny Carolina Goiza Barrera. VERIFICADO POR: Carolina Goiza.

CARGO: Inspectora SST. CIUDAD: Bogotá

FRENTE DE OBRA (AREA): Jose Joaquin Castro Sede B. FECHA DE INSPECCIÓN: 20190123.

TELEFONO: 3115465164.

SITUACION A OBSERVAR	CRITERIO DE CALIFICACION			
	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
LOCALES				
Las escaleras y plataformas, estan limpias, en buen estado y libres de obtaculos	X			
Las paredes estan limpias y en buen estado	X			
Las ventanas y tragaluces estan limpios sin impedir la entrada de luz natural	X			
Las señales de seguridad estan visibles y correctamente distribuidas	X			
Los extintores estan en su lugar de ubicación y visibles	X			
SUELOS Y PASILLOS				
Los suelos estan limpios, secos, sin desperdicios ni material innecesario	X			
Las vias de circulacion de personas y vehiculos estan diferenciadas y señalizadas			X	
Los pasillos y zonas de transito estan libres de obstaculos.	X			
Las carretillas estan aparcadas en los lugares especiales para ello			X	
ALMACENAJE				
Las areas de almacenamiento y disposicion de materiales estan señalizadas		X		
Los lugares y sustancias almacenadas se encuentran correctamente señalizadas			X	
Los materiales estan apilados sin invadir las zonas de paso	X			
Los materiales se apilan de manera segura, limpia y ordenada	X			
MAQUINARAIA Y EQUIPOS				
Se encuentran limpios y libres en su entorno de todo material innecesario	X			
Se encuentran libres de filtraciones innecesarias de aceites y grasas	X			
Poseen las protecciones adecuadas y los dispositivos de seguridad en funcionamiento	X			
HERRAMIENTAS				
Estan almacenadas en cajas o paneles adecuados, donde cada herramienta tiene su lugar	X			
Se guardan limpias de aceite y grasa	X			
Las electricas tienen el cableado y las conexiones en buen estado	X			
Estan en condiciones seguras para el trabajo, no defectuosas y oxidadas	X			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y ROPA DE TRABAJO				
Se encuentran marcados o identificados para poderlos identificar por su usuario	X			
Se guardan en los lugares especificos de uso personalizado (Armarios o locker)	X			
Se encuentran limpios y en buen estado	X			
Cuando son desechables se depositan en los contenedores adecuados.	X			
RESIDUOS				
Los contenedores estan colocados proximos y accesibles a los lugares de trabajo			X	
Estan claramente identificados los contenedores de residuos especiales			X	
Los residuos inflamables se colocan en bidones cerrados			X	
Los residuos incompatibles se recogen en contenedores separados			X	
Se evita el rebose de los contenedores			X	
La zona alrededor de los contenedores esta limpia			X	
Existen los medios de limpieza a disposicion del personal del area			X	
COMENTARIOS				

Powered by CamScanner

INGENIERIA MASTER S.A.S.	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:	SST-FP10-09
		VERSION:	1
	INSPECCION DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS	FECHA DE EMISION:	23/03/2019

EQUIPO:	ARNES ✓	ESLINGA EN Y ☐	ESLINGA DE POSICIONAMIENTO ✓	LINEA DE VIDA ☐	TIEOFF ☐
	ESLINGA CON ABSORVEDOR: ☐	MOSQUETON ☐		FRENO ARRESTADOR ☐	

FECHA DE INSPECCIÓN	17	08	23	REGISTRO
MARCA:	STELLPRO			
MODELO:	Arnes multiproposito en X			
SERIAL:	A.A 29730 1 / 193			
LOTE	A1A9A			FECHA DE FABRICA 6 / 08 / 23

CONDICIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO EN SEGURO EN ALTURAS

	EVALUAR AUSENCIA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES	ESTADO SI	ESTADO NO	ESTADO N/A	OBSERVACIONES
ARNES	**TEJIDO O CORREA**				
	FIBRAS EXTERNAS CORTADAS, DESGASTADAS, DESGARRADAS		✓		
	"Sujetar la correa con las manos separadas entre 15 y 20 centímetros. Curvar la cinta formando una U invertida. La tensión superficial resultante permite que las fibras dañadas o los cortes sean visibles con mayor facilidad. Verificar al tacto condición de las fibras. Continuar procedimiento a lo largo de la correa."				
	CORTES O ROTURA DEL TEJIDO O COSTURAS		✓		
	FISURA				
	ESTIRAMIENTO EXCESIVO (ELONGACIÓN DE LA RIATA)		✓		
	DETERIORO GENERAL		✓		
	CORROSIÓN O DESGASTE POR EXPOSICIÓN A ÁCIDOS O PRODUCTOS QUÍMICOS		✓		
	QUEMADURAS O FIBRAS DERRETIDAS		✓		
	PUNTOS O ÁREAS DURAS O BRILLANTES INDICAN DAÑO POR EXPOSICIÓN AL CALOR O A RADIACIÓN UV.		✓		
	DECOLORACIÓN DEL MATERIAL		✓		
	PRESENCIA DE MOHO		✓		
	COSTURAS				
	CORTADURAS		✓		
	DESHILACHAMIENTO		✓		
	HILOS FALTANTES		✓		
	QUEMADURAS		✓		
	EXPOSICIÓN A PRODUCTOS QUÍMICOS		✓		
	ARGOLLAS EN "D", ANILLOS, HEBILLAS Y REMACHES				
	DEFORMACIONES (DOBLADURAS, ETC)		✓		
	PICADURAS, GRIETAS		✓		
	PRESENTA DESGASTE		✓		
	CORROSIÓN U OXIDACION		✓		
	CUENTA CON LA ETIQUETA DE CERTIFICACIÓN				

MOSQUETONES Y GANCHOS

MARCA:		LOTE	DD MM AAAA
MODELO:		FECHA DE FABRICACIÓN	DD MM AAAA

	PUNTOS A INSPECCIONAR	ESTADO SI	ESTADO NO	ESTADO N/A	OBSERVACIONES
MOSQUETONES Y GANCHOS	DEFORMACIONES (DOBLADURAS, ETC)				
	BLOQUEO (AJUSTE EXCESIVO) DE LOS MOSQUETONES EN CIERRES DE SEGURIDAD				
	GRIETAS O PICADURAS				
	RESORTES (DETECTAR FALLAS)				
	FRENO (HACER PRUEBA)				
	DETERIORO GENERAL				
	CORROSIÓN				
	PRESENCIA DE MOHO				

INSPECCION DE ESLINGAS

MARCA:	STELLPRO	LOTE	1023
MODELO:	1.80m posicionamiento regulable	FECHA DE FABIRCACIÓN	10 / 22
SERIAL:	24054 1382		

	PUNTOS A INSPECCIONAR	ESTADO ESLINGA DE POSICIONAMIENTO SI	ESTADO ESLINGA DE POSICIONAMIENTO NO	ESTADO ESLINGA EN Y SI	ESTADO ESLINGA EN Y NO	ESTADO ESLINGA CON ABSORVEDOR DE CAÍDA SI	ESTADO ESLINGA CON ABSORVEDOR DE CAÍDA NO
ESLINGAS	FIBRAS EXTERNAS CORTADAS, DESGASTADAS, DESGARRADAS		✓				
	CORTES O ROTURA DEL TEJIDO O COSTURAS		✓				
	AJUSTE DE LOS MOSQUETONES EN CIERRES DE SEGURIDAD		✓				
	ESTIRAMIENTO EXCESIVO		✓				
	DEFORMACIONES (DOBLADURAS, ETC)		✓				
	QUEMADURAS O FIBRAS DERRETIDAS		✓				
	PUNTOS O ÁREAS DURAS O BRILLANTES INDICAN DAÑO POR EXPOSICIÓN AL CALOR O A RADIACIÓN UV.		✓				
	CORROSIÓN EN PARTES METÁLICAS		✓				
	PRESENCIA DE MOHO		✓				
	PRESENCIA DE SUSTANCIAS QUÍMICAS EN PARTES METÁLICAS Y EN LAS REATAS		✓				
	CUENTA CON LA ETIQUETA DE CERTIFICACIÓN		✓				

Powered by CamScanner

INGENIERIA MASTER S.A.S.	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:	SST-FP10-10
		VERSION:	1
	INSPECCION DE ANDAMIOS	FECHA DE EMISION:	23/03/2019

FECHA DE INSPECCIÓN: DD /MM/ AAAA 29/08/23 | TIPO DE ANDAMIO: FIJO TUBULAR ✓ | FIJO TIPO TIJERA: | LUGAR DE USO: Colegio

INSPECCIÓN PROGRAMADA | ETAPA DE MONTAJE | RECEPCIÓN | INSPECCIONADO POR: Nitsson Cruz

MECANISMO	29/08/23			25/08/23			26/08/23			28/08/23			DD/MM/AAAA		
	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A
Las bases estan niveladas, duras y rigidas y soporta 4 veces la carga que sostendra.	✓			✓			✓			✓					
Se verifico el buen funcionamiento del freno.	✓			✓			✓			✓					
La estructura esta adecuadamente armada y asegurada (los seguros son de fábrica y no improvisados)	✓			✓			✓			✓					
Los ganchos están libres de óxido, fisuras.	✓			✓			✓			✓					

PLATAFORMA	DD/MM/AAAA			DD/MM/AAAA			DD/MM/AAAA			DD/MM/AAAA			DD/MM/AAAA		
	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A
plataformas resistentes, completas, aseguradas y sin separación no se deslizan.	✓			✓			✓			✓					
Cuenta con protección para evitar caída de material.	✓			✓			✓			✓					
Los tablones resisten tres veces el peso de trabajador y material.	✓			✓			✓			✓					
Los tablones están libres de fisuras – torcidos.	✓			✓			✓			✓					
Cuenta con doble pasamano.	✓					✓			✓			✓			
Cuenta con guarda-pies.	✓					✓			✓			✓			

CABLES Y CUERDAS DE ANCLAJE	DD/MM/AAAA			DD/MM/AAAA			DD/MM/AAAA			DD/MM/AAAA			DD/MM/AAAA		
	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A
Libres de efectos químicos o del calor			✓			✓			✓			✓			✓
Libres de señales de abrasión			✓			✓			✓			✓			✓
En la parte superior (anclaje) están sujetos con una pernilla por golpe.			✓			✓			✓			✓			✓
Están libres de hilos sueltos o reventados.			✓			✓			✓			✓			✓
Están libres de nudos o partes estranguladas			✓			✓			✓			✓			✓
El alma está cubierta por los torones.			✓			✓			✓			✓			✓

INGENIERIA MASTER S.A.S.	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:	SST-FP10-10
		VERSION:	1
	VALIDACIÓN DE INSPECCIÓN	FECHA DE EMISION:	3/07/2019

FECHA	N°	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	CARGO	APTO PARA USAR		FIRMA
DD MM AA					SI	NO	
29 08 23	1	Nitsson Fabian Cruz C.	1012377055	Técnico SST	✓		Nitsson Cruz
INSPECTOR SST:							
29 08 23	1	Nitsson Fabian Cruz C.	1012377055	Técnico SST	✓		Nitsson Cruz C.
INSPECTOR SST:		Nitsson Fabian Cruz Contreras					
28 08 23	1	Nitsson Fabian Cruz C.	1012377055	Técnico SST	✓		Nitsson Cruz C.
INSPECTOR SST:							
27 08 23	1	Nitsson Fabian Cruz C.	1012377055	Técnico SST	✓		Nitsson Cruz C.
INSPECTOR SST:							
DD MM AA					SI	NO	
INSPECTOR SST:							

Powered by CamScanner

INSPECCION DE CUERDAS

		REGISTRO
MARCA:		
MODELO:		
SERIAL :		
LOTE:		
FECHA DE FABRICACIÓN:		

	PUNTOS A INSPECCIONAR	ESTADO SI	ESTADO NO	ESTADO N/A	OBSERVACIONES
LINEA DE VIDA	DEFORMACIONES (DOBLADURAS, ETC)				
	RASGADURAS/RASPADURAS (HILO, COSTURAS)				
	PRESENTA DESGASTE				
	CORROSIÓN U OXIDACION				
	FIBRAS EXTERNAS CORTADAS, DESGASTADAS, DESGARRADAS				
	CORTES O ROTURA DEL TEJIDO O COSTURAS				
	ESTIRAMIENTO EXCESIVO				
	DEFORMACIONES (DOBLADURAS, ETC)				
	QUEMADURAS O FIBRAS DERRETIDAS				
	PUNTOS O ÁREAS DURAS O BRILLANTES INDICAN DAÑO POR EXPOSICIÓN AL CALOR O A RADIACIÓN UV.				
	CORROSIÓN EN PARTES METÁLICAS				
	PRESENCIA DE MOHO				
	PRESENCIA DE SUSTANCIAS QUÍMICAS EN CUERDAS				
	ALMACENAMIENTO				
	SE PROTEGE DE LAS ARISTAS VIVAS DE MUROS (CONTACTO CON BORDES CONTUNDENTES)				
	CUENTA CON LA ETIQUETA DE CERTIFICACIÓN				

INSPECCION DEL ARRESTADOR DE CAÍDAS

MARCA:		FECHA DE FABRICA	DD MM AAAA
MODELO:		FECHA DE VENCIMIENTO	DD MM AAAA

	PUNTOS A INSPECCIONAR	ESTADO SI	ESTADO NO	ESTADO N/A	OBSERVACIONES
ARRESTADOR DE CAIDAS	AJUSTES O SEGUROS ADECUADOS	✓			
	PRESENTA CORROSIÓN, MANCHAS DE PINTURA O SUSTANCIA QUÍMICA		✓		
	DESGASTADO O CON DEFORMACIONES	✓			

INSPECCION DE TIEOFF

MARCA:		FECHA DE FABRICA	DD MM AAAA
MODELO:		LOTE	

	PUNTOS A INSPECCIONAR	ESTADO SI	ESTADO NO	OBSERVACIONES
TIEOFF	FIBRAS EXTERNAS CORTADAS, DESGASTADAS, DESGARRADAS			
	CORTES O ROTURA DEL TEJIDO O COSTURAS			
	ESTIRAMIENTO EXCESIVO			
	DEFORMACIONES (DOBLADURAS, ETC)			
	QUEMADURAS O FIBRAS DERRETIDAS			
	PUNTOS O ÁREAS DURAS O BRILLANTES INDICAN DAÑO POR EXPOSICIÓN AL CALOR O A RADIACIÓN UV.			
	CORROSIÓN EN PARTES METÁLICAS			
	PRESENCIA DE MOHO			
	PRESENCIA DE SUSTANCIAS QUÍMICAS EN PARTES METÁLICAS Y EN LAS REATAS			
	CUENTA CON LA ETIQUETA DE CERTIFICACIÓN			

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Equipos EPCC aptos para su uso

NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN: Nitsson Fabián Cruz Calderón	CEDULA Y FIRMA: Nitsson Cruz Calderón	FECHA	
CARGO: Tecnico SST.	Tecnico SST Master.	17-08-23	
NOMBRE DE JEFE INMEDIATO: Kelly Cifuentes Bueno.	CEDULA Y FIRMA	FECHA	
CARGO: Prof. Tecnico.	52791845	17-08-23	
RESPONSABLE:	CEDULA Y FIRMA	FECHA	
COORDINADOR DE ALTURAS: Nitsson Fabián Cruz Calderón	Nitsson fabián Cruz Calderón 1012537205	17-08-23	

Powered by CamScanner

MASTER	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST	CODIGO:	SST-FP08-04
	FORMATO DE INSPECCION DE EPP´S	VERSIÓN:	1
		FECHA DE EMISION:	12/03/2019

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: Nitsson Fabián Cruz Calderón — VERIFICADO POR:

CARGO: Técnico en Seguridad y Salud en el trabajo.

FRENTE DE OBRA (AREA): Interventoría SST Grupo 3. — CIUDAD: Bogotá

TELEFONO: 3122144998 — FECHA DE INSPECCION: 22-09-2023

INSTRUCCIONES:

USO: (SI) El trabajador SI usa el EPP, (NO) El trabajador NO usa el EPP

ESTADO: (B) Bueno, (M) Malo, (NR) No Registra

METODOS DE CONTROL: (1) Inducción, (2) Motivación, (3) Cambio de EPP, (4) Capacitación, (5) Otro

No.	APELLIDOS Y NOMBRES	CASCO DE SEGURIDAD SARSUQUEJO COPA		GUANTES		PROTECTOR AUDITIVO DE COPA O INSERCIÓN		BOTAS PUNTA DE ACERO		GAFAS DE SEGURIDAD		GUANTES DE NITRILO LARGOS		MASCARILLAS 3M		METODOS DE CONTROL	OBSERVACIONES
		USO	ESTADO	USO	ESTADO	USO	ESTADO	USO	ESTADO	USO	ESTADO	USO	ESTADO	USO	ESTADO		
1	Kelly Gordillo Chiquillo		B		B		NR		B		B		NR		NR		
2	Juan Guillermo Bueno		B		B		NR		B		B		NR		NR		
3	Carlos Andres Montes Torres		B		B		NR		B		B		NR		NR		
4	Nitsson Fabián Cruz.		B		B		NR		B		B		NR		NR		
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	

COMENTARIOS:

NOMBRE Y FIRMA DEL INSPECTOR

Nitsson Fabián Cruz Calderón — Nitsson Fab

Powered by CamScanner

MASTER	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST	CODIGO	
		VERSIÓN	
	FORMATO INSPECCIÓN LOCATIVA OBRA	FECHA DE EMISIÓN	

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: Nelson Fabián Cruz Cabrera — VERIFICADO POR:
CARGO: Técnico SST — CIUDAD: Bogotá D.C.
PUESTO DE OBRA (AREA): Altamira Lote B. — FECHA DE INSPECCIÓN: 20-08-23
TELEFONO: 3121274998

	AGENTE GENERADOR DEL RIESGO	SI	NO	N/A	RESPONSABLE CORRECCION	PRIORIDAD CONTROL INMEDIATA	PRONTA	POSTERIOR	FECHA PROGRAMADA	FECHA DE CIERRE
	GENERALES									
1	¿El area esta ubicado en un lugar alejado de focos contaminacion e inestabilidad?	✓								
2	¿Los accesos se encuentran limpios, adecuados y señalizados?	✓								
3	¿Se controla el crecimiento de maleza alrededor del area de trabajo?		✓							
4	¿El area esta libre de basuras y aguas estancadas?	✓								
5	¿Se encuentra señalizado el area, en lo que se refiere a circulacion de personas, servicio, seguridad y salida de emergencia?				✓					
6	¿El area se encuentra libre de Mosquitos, Abejas, Avispas, Perros, Ratas?	✓								
7	¿Los pisos/paredes se encuentran en buen estado, sin grietas, huecos o desniveles?	✓								
	INSTALACIONES									
8	¿La temperatura y ventilacion de los diferentes areas se controlan y no afectan la comodidad de las personas?	✓								
9	¿La iluminacion es adecuada en cada uno de los espacios del area donde se desarrolla la labor?	✓								
	INSTALACIONES SANITARIAS									
10	¿El area cuenta con servicios sanitarios bien ubicados, separados por sexo, ventilados y en perfecto funcionamiento?	✓								
11	¿El area cuenta con servicios sanitarios en cantidad suficiente?	✓								
12	¿Los servicios sanitarios estan dotados de papeleria, de elementos de higiene personal (jabon, toallas desechables, papel higienico) y se encuentra en buenas condiciones de limpieza?	✓								
13	¿Existe un lugar adecuado (campamento) para el consumo de alimentos de los trabajadores?	✓								
	CONDICIONES DE SANEAMIENTO									
14	¿El agua que se provee para el consumo es potable?	✓								
15	¿El punto de hidratacion esta bien ubicado y en perfecto funcionamiento?	✓								
16	¿El acopio del agua para el consumo, es adecuado, esta protegido, es de capacidad suficiente y se desinfecta periodicamente?	✓								
	LIMPIEZA DESINFECCIÓN Y CONTROL DE PLAGAS									
17	¿Existen procedimientos especificos de limpieza y desinfección?			✓						
18	¿Se ejecutan procedimientos especificos para el control de plagas en el area?			✓						
	MANEJO Y DISPOSICION DE RESIDUOS									
19	¿Los residuos liquidos y vertimientos se controlan y no representan riesgo de contaminacion para la superficie en contacto con ellos?	-		✓						
20	¿Cuenta el area con puntos de acopio de residuos solidos, señalizado, clasificado, protegido y en buen estado?	✓		1						

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

INGENIERIA MASTER SAS	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST	CODIGO:	SST-FPSS-08
		VERSIÓN:	2
	FORMATO INSPECCIÓN DE ORDEN Y ASEO OBRA	FECHA DE EMISION:	25/10/2019

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: Nilson Fabian Cruz Calderon	VERIFICADO POR:
CARGO: Tecnico en Seguridad y Salud en el trabajo	
FRENTE DE OBRA (AREA): CED Francisco Javier Matiz	CIUDAD: Bogotá D.C.
TELEFONO: 312 622 4998	FECHA DE INSPECCION:

SITUACION A OBSERVAR	CRITERIO DE CALIFICACION			
	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
LOCALES				
Las escaleras y plataformas, estan limpias, en buen estado y libres de obtaculos	✓			
Las paredes estan limpias y en buen estado	✓			
Las ventanas y tragaluces estan limpios sin impedir la entrada de luz natural	✓			
Las señales de seguridad estan visibles y correctamente distribuidas			✓	
Los extintores estan en su lugar de ubicación y visibles	✓			
SUELOS Y PASILLOS				
Los suelos estan limpios, secos, sin desperdicios ni material innecesario	✓			
Las vias de circulacion de personas y vehiculos estan diferenciadas y señalizadas	✓			
Los pasillos y zonas de transito estan libres de obstaculos.	✓			
Las carretillas estan aparcadas en los lugares especiales para ello	✓			
ALMACENAJE				
Las areas de almacenamiento y disposicion de materiales estan señalizadas	✓			
Los lugares y sustancias almacenadas se encuentran correctamente señalizadas	✓			
Los materiales estan apilados sin invadir las zonas de paso	✓			
Los materiales se apilan de manera segura, limpia y ordenada	✓			
MAQUINARAIA Y EQUIPOS				
Se encuentran limpios y libres en su entorno de todo material innecesario	✓			
Se encuentran libres de filtraciones innecesarias de aceites y grasas	✓			
Poseen las protecciones adecuadas y los dispositivos de seguridad en funcionamiento	✓			
HERRAMIENTAS				
Estan almacenadas en cajas o paneles adecuados, donde cada herramienta tiene su lugar	✓			
Se guardan limpias de aceite y grasa	✓			
Las electricas tienen el cableado y las conexiones en buen estado	✓			
Estan en condiciones seguras para el trabajo, no defectuosas y oxidadas	✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y ROPA DE TRABAJO				
Se encuentran marcados o identificados para poderlos identificar por su usuario	✓			
Se guardan en los lugares especificos de uso personalizado (Armarios o locker)	✓			
Se encuentran limpios y en buen estado	✓			
Cuando son desechables se depositan en los contenedores adecuados.	✓			
RESIDUOS				
Los contenedores estan colocados proximos y accesibles a los lugares de trabajo	✓			
Estan claramente identificados los contenedores de residuos especiales	✓			
Los residuos inflamables se colocan en bidones cerrados	✓			
Los residuos incompatibles se recogen en contenedores separados	✓			
Se evita el rebose de los contenedores	✓			
La zona alrededor de los contenedores esta limpia	✓			
Existen los medios de limpieza a disposicion del personal del area	✓			
COMENTARIOS				

Powered by CamScanner

INGENIERÍA MASTER BAS

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST

FORMATO INSPECCIÓN LOCATIVA OBRA

CÓDIGO | VERSIÓN: 1 | FECHA DE EMISIÓN

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: Nibia Fabian Cruz Calderon
CARGO: Tecnico SST
FRENTE DE OBRA (AREA): entregables sede A
TELEFONO: 3176229490

VERIFICADO POR: N. Fabian Cruz
CIUDAD: Bogotá DC
FECHA DE INSPECCIÓN: 22-04-23

	AGENTE GENERADOR DEL RIESGO	SI	NO	N/A	RESPONSABLE CORRECCION	PRIORIDAD CONTROL: INMEDIATA	PRONTA	POSTERIOR	FECHA PROGRAMADA	FECHA DE CIERRE
	GENERALES									
1	¿El area esta ubicado en un lugar alejado de focos contaminacion e insalubridad?		✓						NA	
2	¿Los accesos se encuentran limpios, adecuados y señalizados?	✓							NA	
3	¿Se controla el crecimiento de maleza alrededor del area de trabajo?	✓							NA	
4	¿El area esta libre de basuras y aguas estancadas?	✓							NA	
5	¿Se encuentra señalizada el area, en lo que se refiere a circulacion de personas, servicio, seguridad y salida de emergencia?			✓					NA	
6	¿El area se encuentra libre de Mosquitos, Abejas, Avispas, Perros, Ratas?	✓							NA	
7	¿Los pisos/paredes se encuentran en buen estado, sin grietas, huecos o desniveles?	✓							NA	
	INSTALACIONES									
8	¿La temperatura y ventilacion de las diferentes areas se controlan y no afectan la comodidad de las personas?	✓							NA	
9	¿La iluminacion es adecuada en cada uno de los espacios del area donde se desarrolla la labor?	✓							NA	
	INSTALACIONES SANITARIAS									
10	¿El area cuenta con servicios sanitarios bien ubicados, separados por sexo, ventilados y en perfecto funcionamiento?	✓							NA	
11	¿El area cuenta con servicios sanitarios en cantidad suficiente?	✓							NA	
12	¿Los servicios sanitarios estan dotados de papeleras, de elementos de higiene personal (jabon, toallas desechables, papel higienico) y se encuentra en buenas condiciones de limpieza?	✓							NA	
13	¿Existe un lugar adecuado (campamento) para el consumo de alimentos de los trabajadores?	✓							NA	
	CONDICIONES DE SANEAMIENTO									
14	¿El agua que se provee para el consumo es potable?	✓							NA	
15	¿El punto de hidratacion esta bien ubicado y en perfecto funcionamiento?	✓							NA	
16	¿El acopio del agua para el consumo, es adecuado, esta protegido, es de capacidad suficiente y se desinfecta periodicamente?	✓							NA	
	LIMPIEZA DESINFECCIÓN Y CONTROL DE PLAGAS									
17	¿Existen procedimientos especificos de limpieza y desinfección?	✓							NA	
18	¿Se ejecutan procedimientos especificos para el control de plagas en el area?			✓					NA	
	MANEJO Y DISPOSICIÓN DE RESIDUOS									
19	¿los residuos liquidos y vertimientos se controlan y no representan riesgo de contaminacion para la superficie en contacto con ellos?	✓							NA	
20	¿cuenta el area con puntos de acopio de residuos solidos, señalizado, clasificado, protegido y en buen estado?	✓							NA	

OBSERVACIONES

Powered by CamScanner

MASTER	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:	SST-FP10-04
		VERSION:	1
	PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	FECHA DE EMISION:	23/03/2019

FECHA DE INICIO DE LA TAREA	HORA DE INICIO DE LA TAREA	FECHA DE TERMINACIÓN DE LA TAREA	HORA DE TERMINACIÓN DE LA TAREA
14-08-23	11:00 Am	17-08-23	5:00 Pm

LUGAR DE TRABAJO	TIPO DE TRABAJO
Colegio Nueva Delhi.	Inspección entrega de obra, cubierta.

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA: Acceso por escalera a cubierta del colegio Nueva Delhi. para entrega de instalación marco estatico

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN

SISTEMA DE ACCESO A UTILIZAR: ANDAMIO ☐ ESCALERA PORTATIL ☑ OTRO ¿CUAL? _____

SE INVOLUCRA OTRA TAREA SI ____ NO ✓ ENERGIAS PELIGROSAS ☐ ESPACIOS CONFINADOS ☐ OTRO ¿CUAL? _____

ALTURA APROXIMADA A LA CUAL SE VA A DESARROLLAR LA ACTIVIDAD: 6 mts MTS. aprox.

CALCULO DE DISTANCIA DE CAIDA LIBRE

VARIABLE	INGRESE VALORES
LONGITUD DELA ESLINGA	1,80 mts
ABSORVEDOR DE CHOQUE	1,07
ALTURA DEL TRABAJADOR	1,70 mts
FACTOR DE SEGURIDAD	0,9
DISTANCIA DE CAIDA LIBRE (TOTAL SUMATORIA)	3,15



¿La distancia anclaje-obstaculo es mayor o igual a la distancia libre de caida? SI ☐ NO ☑ ☐ Si la respuesta es NO, la configuracion del sistema utilizado no es segura. Evalue el uso de un sistema de restriccion.

LOS SIGUIENTES ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y LOS SIGUIENTES SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS, DEBERÁN SER UTILIZADOS POR LOS TRABAJADORES DURANTE LA LABOR (ESPECIFICAR: CUMPLE= C NO CUMPLE = NC NO APLICA= NA)

Casco con barbuquejo sin señales de impacto fisuras, deformaciones, cambios de color y cualquier evidencia de daño.	C	Eslinga en "y" con absorbedor adecuada para la tarea (sin fibras descosidas, partidas, cristalizadas, manchadas, partes metálicas libres de golpes, deformidad, corrosión, oxido)	NA
Gafas de seguridad (libre de cortes o roturas)	C	Mosquetón de cierre automático libres de golpes, deformidad, corrosión u oxido.	C
Guantes apropiados para la tarea sin señales de daño	C	Anclaje portátil (llee of) sin fibras descosidas, partidas, cristalizadas, manchadas, argollas libres de golpes, deformidad, corrosión, oxido.	NA
Protectores auditivos sin desgastes o deformaciones	NA	Línea de vida portátil y/o línea de trabajo debidamente certificada, fibras libres de desgastes, sin nudos y protegidas.	C
Protección respiratoria apropiada para la tarea (desechable por fuma, protege desde la punta nasal hasta el inicio del cuello)	NA	Descensedadores sin fisuras ni deformaciones, libres de bordes afilados y de corrosión, se muevan libremente y cierren correctamente.	C
Botas de seguridad antideslizantes, sin deterioro general (no evidencia desgaste de la suela, fisura, rotura o desgaste general)	C	Absorbedores de energía todas las costuras estén en buen estado, sin deshilachados, manchas, quemaduras o deformaciones.	C
Arnés de cuerpo completo apropiado para la tarea (multipropósito o dieléctrico, según aplique) sin fibras descosidas, partidas, cristalizadas, manchadas, argollas libres de golpes, deformidad, corrosión, oxido.	C	El kit de rescate se encuentra disponible en el lugar de trabajo, en buenas condiciones generales, sin fibras descosidas, partidas, cristalizadas, manchadas, argollas libres de golpes, deformidad, corrosión, oxido, etc.	C
Eslinga de posicionamiento con absorbedor adecuado para la tarea (sin fibras descosidas, partidas, cristalizadas, manchadas, partes metálicas libres de golpes, deformidad, corrosión, oxido)	C	Línea de vida auto retráctil sin puntos de corrosión, el sistema de bloqueo funciona correctamente, libre de hilos rotos en el cable, conectores libres de corrosión y deformación.	C
Se comprobó el lugar de anclaje certificado y autorizado	C	El punto de anclaje es adecuado, resistente y no presenta deterioro (oxidación, corrosión, deformación, etc.)	C
OTRO(S)			

SISTEMAS DE ACCESO UTILIZADOS DURANTE LA TAREA (ESPECIFICAR: CUMPLE= C NO CUMPLE = NC NO APLICA= NA)

Se realizó chequeo preoperacional al sistema de acceso a utilizar y sus elementos.	C
Andamios han sido inspeccionados, son certificados, cumplen con las normas de seguridad.	NA
Se verifica el estado de la escalera (limpia, zapatas en buen estado, adecuada conexión de los travesaños y escalones, sin rajaduras, pandadura, etc.)	C.
OTRO(S)	

Powered by CamScanner

HERRAMIENTAS A UTILIZAR
Flexometro, Celular, Libreta de apuntes

PREPARACIÓN DEL ÁREA (MARQUE CON X)	SI	NO	N.A
Se ha realizado señalización preventiva que advierta al área de trabajo (Cinta, Conos, Señales Tubulares o Poliseñales) De tal manera que se proteja desde el ingreso de la zona y no permita el paso de personas o vehículos ajenos a la labor	✓		
Los trabajadores tienen competencia laboral y certificado de aptitud medica para el trabajo en alturas	✓		
Los trabajadores están certificados en alturas (Curso Avanzado y/o Reentrenamiento Vigente)	✓		
Se diligencio previamente el permiso seguro de trabajo ATS	✓		
Los equipos de protección contra caídas, equipos de protección personal y sistemas de acceso a utilizar se encuentran en buenas condiciones	✓		
En caso de utilizar plataformas elevadoras, que estas cumplan con las normas de seguridad			✓
Equipos y herramientas revisados y en buen estado	✓		
Cinta señalizando alrededor de los trabajos	✓		
Se tiene en cuenta medidas de trabajo seguros para aislamiento laborales en cercanía a líneas y/o equipos electricos energizados	✓		
En caso de trabajos en espacios confinados (Canalizar) o trabajos en caliente (trabajos donde se emite chispas o fuego). Se realizan las consultas preventivas respectivas. Incluyendo otros permisos con requerimientos especiales	✓		
Se han previsto medios de rescate, en caso de ser necesario	✓		
Se verificaron los puntos de anclaje y adaptadores de anclaje a utilizar	✓		
Otros (especificar):			

PERMISO CONCEDIDO A LOS TRABAJADORES (NOMBRE, CARGO, EMPRESA, EPS "SALUD", AFP "PENSIÓN", ARL "RIESGOS")

NOMBRE	CARGO	EMPRESA	EPS	AFP	ARL
Nilson Fabián Cure C.	Tecnico SST	Master	Famisanar	Bolivar	Porvenir.
Kelly Cifuentes B.	HSP Tecnico	Master	Famisanar	Bolivar	Colpensiones

FIRMA DE LOS TRABAJADORES (EJECUTORES) (NOMBRE, FIRMA Y NRO. DE CEDULA)
"ME ENCUENTRO EN ADECUADO ESTADO DE SALUD, COMPRENDO LAS PRECAUCIONES QUE DEBEN SER TOMADAS Y ME COMPROMETO A DESARROLLAR EL TRABAJO CUMPLIENDO LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS. PARTICIPANDO EL SUPERVISOR/A, CUMPLIENDO PROCEDIMIENTOS Y EVITANDO ACTOS INSEGUROS, ASI COMO REPORTAR CUALQUIER DAÑO DE EQUIPOS O INCIDENTES Y/O ACCIDENTES PRESENTADOS"

NOMBRE	FIRMA	CEDULA
Nilson Fabián Cure Calderón	Nilson Fabián Cure Calderón	1012397053.

OBSERVACIONES

TRABAJADORES O EJECUTORES:

SUPERVISOR Y/O JEFE (EMISOR)

PERMISO VALIDO DESDE:	FECHA	17-08-23	HORA:	11:00 Pm	HASTA:	FECHA	5:00 Pm	HORA:	17:08-23

¿Se riega el permiso de trabajo? SI ___ NO X

Firma Emisor. Nombre: Nilson Fabian Cure Cedula 1012397053 Firma: Nilson Fabian Cure C.

Nota: en caso de haber ingerido licor durante las últimas 24 horas, de requerir corrección visual y no hacer uso de ella o de haber ingerido algún medicamento que le produzca somnolencia, mareo o alteración de su condición de salud durante las últimas 24 horas ABSTÉNGASE de participar en la ejecución de la actividad e infórmelo.

Powered by CamScanner

Si el permiso de trabajo fue negado, la información siguiente a partir de este punto no debe ser diligenciada y en todos los espacios en blanco se debe trazar una línea que los ocupe.

DATOS DE AUTORIZACIÓN

Se afirma que se ha revisado el área de trabajo y que conforme al análisis de seguridad en el trabajo - AST se han establecido las medidas de control para los peligros identificados. Se autoriza la ejecución del trabajo.

Fecha de expedición: 17-09-23	Hora de Inicio: 11:00 Am.	Hora de Finalización: 5.00 Pm.

Coordinador de Trabajo Seguro en Alturas: Nombre Nilson Cruz C. Cedula 1012372053 Firma Nilson Fabian Cruz C.

FIRMA DEL SUPERVISOR Y/O JEFE (EMISOR) (NOMBRE, FIRMA Y NRO. DE CEDULA)
"PERSONALMENTE HE VERIFICADO LA PREPARACION DE LOS EQUIPOS Y/O ÁREA PARA EL TRABAJO Y LO CONSIDERO SEGURO PARA PROCEDER CON SU EJECUCIÓN Y ME COMPROMETO A VELAR PARA QUE SE MANTENGAN DURANTE LA EJECUCIÓN DEL TRABAJO LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS EN EL PRESENTE PERMISO, CON EL OBJETIVO DE EVITAR QUE OCURRAN ACCIDENTES Y/O INCIDENTES A LAS PERSONAS, EQUIPOS, INSTALACIONES, MEDIO AMBIENTE."

NOMBRE	CEDULA	FIRMA
Juan Guillermo Rodriguez	1020770598	

VoBo. Seguridad y Salud en el Trabajo:

Nilson Fabián Cruz Calderón	1012372053.	Nilson Cruz C.

OSERVACIONES ADICIONALES:

Powered by CamScanner

MASTER	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:	SST-FP10-04
		VERSION:	1
	PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	FECHA DE EMISION:	23/03/2019

FECHA DE INICIO DE LA TAREA	HORA DE INICIO DE LA TAREA	FECHA DE TERMINACIÓN DE LA TAREA	HORA DE TERMINACIÓN DE LA TAREA
24-08-23	08:00 Am	26-08-23.	4:00 Pm.

LUGAR DE TRABAJO: Coleoya Altamira Sede B. TIPO DE TRABAJO: Inspección Verificación actividades en Subestación

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA: Inspección y Verificación de actividades en Subestación de monte estallivo, Verificación condiciones de seguridad Actividad en alturas.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN

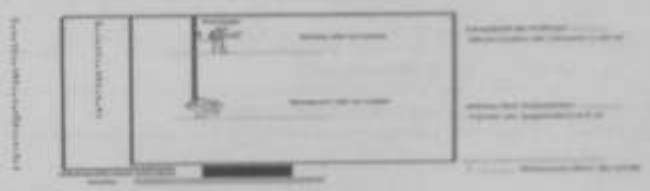
SIATEMA DE ACCESO A UTILIZAR: ANDAMIO ☐ ESCALERA PORTATIL ☒ OTRO ¿CUAL? _____

SE INVOLUCRA OTRA TAREA SI _____ NO X ENERGIAS PELIGROSAS ☐ ESPACIOS CONFINADOS ☐ OTRO ¿Cual? _____

ALTURA APROXIMADA A LA CUAL SE VA A DESARROLLAR LA ACTIVIDAD: 9 mts. MTS aprox

CALCULO DE DISTANCIA DE CAIDA LIBRE

VARIABLE	INGRESE VALORES
LONGITUD DELA ESLINGA	1,07
ABSORVEDOR DE CHOQUE	1.07
ALTURA DEL TRABAJADOR	1,72.
FACTOR DE SEGURIDAD	0,9
DISTANCIA DE CAIDA LIBRE (TOTAL SUMATORIA)	2.93



¿La distancia anclaje-obstaculo es mayor o igual a la distancia libre de caida? SI ☐ NO ☒ ☐ Si la respuesta es NO, la configuracion del sistema utilizado no es segura. Evalue el uso de un sistema de restriccion.

LOS SIGUIENTES ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y LOS SIGUIENTES SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS, DEBERÁN SER UTILIZADOS POR LOS TRABAJADORES DURANTE LA LABOR (ESPECIFICAR: CUMPLE= C NO CUMPLE = NC NO APLICA= NA)

Casco con barbuquejo sin señales de impacto fisuras, deformaciones, cambios de color y cualquier evidencia de daño.	C ✓	Eslinga en "y" con absorbedor adecuado para la tarea (sin fibras descosidas, partidas, cristalizadas, manchadas, partes metálicas libres de golpes, deformidad, corrosión, oxido)	C
Gafas de seguridad (libre de cortes o roturas)	C ✓	Mosquetón de cierre automático libres de golpes, deformidad, corrosión u oxido.	C
Guantes apropiados para la tarea sin señales de daño	C ✓	Anclaje portátil (line of) sin fibras descosidas, partidas, cristalizadas, manchadas, argollas libres de golpes, deformidad, corrosión, oxido.	C
Protectores auditivos sin desgastes o deformaciones	C ✓	Línea de vida portátil y/o línea de trabajo debidamente certificada, fibras libres de desgastes, sin nudos y protegidas.	C
Protección respiratoria apropiada para la tarea (desechable por turno, protege desde la punta nasal hasta el inicio del cuello)	NA	Descensedores sin fisuras ni deformaciones, libres de bordes afilados y de corrosión, se muevan libremente y cierren correctamente.	C
Botas de seguridad antideslizantes, sin deterioro general (no evidencia desgaste de la suela, fisura, rotura o desgaste general)	C	Absorbedores de energía todas las costuras estén en buen estado, sin deshilachados, manchas, quemaduras o deformaciones.	C
Arnés de cuerpo completo apropiado para la tarea (multipropósito o dieléctrico, según aplique) sin fibras descosidas, partidas, cristalizadas, manchadas, argollas libres de golpes, deformidad, corrosión, oxido.	C	El kit de rescate se encuentra disponible en el lugar de trabajo, en buenas condiciones generales, sin fibras descosidas, partidas, cristalizadas, manchadas, argollas libres de golpes, deformidad, corrosión, oxido, etc.	C
Eslinga de posicionamiento con absorbedor adecuada para la tarea (sin fibras descosidas, partidas, cristalizadas, manchadas, partes metálicas libres de golpes, deformidad, corrosión, oxido)	C	Línea de vida auto retráctil sin puntos de corrosión, el sistema de bloqueo funciona correctamente, libre de hilos rotos en el cable, conectores libres de corrosión y deformación.	NA
Se comprobó el lugar de anclaje certificado y autorizado	C	El punto de anclaje es adecuado, resistente y no presenta deterioro (oxidación, corrosión, deformación, etc.)	C

OTRO(S):

SISTEMAS DE ACCESO UTILIZADOS DURANTE LA TAREA (ESPECIFICAR: CUMPLE= C NO CUMPLE = NC NO APLICA= NA)

Se realizó chequeo preoperacional al sistema de acceso a utilizar y sus elementos.	C
Andamios han sido inspeccionados, son certificados, cumplen con las normas de seguridad.	C
Se verifico el estado de la escalera (limpia, zapatas en buen estado, adecuada conexión de los travesaños y escalones, sin rajaduras, pangadura, etc.)	C

OTRO(S):

Powered by CamScanner

HERRAMIENTAS A UTILIZAR:
Taladro, Multimetro, Cuaderno de notas.

PREPARACIÓN DEL AREA (MARQUE CON X)	SI	NO	N.A.
Se ha instalado señalizacion preventiva que delimite el area de trabajo (Cinta, Conos, Señales Tubulares o Polisombras) De tal manera que se pueda aislar o restringir la Zona y no permita el paso a personas o vehículos ajenos a la labor.	✓		
Los trabajadores tienen competencia laboral y certificado de aptitud medica para el trabajo en alturas .	✓		
Los trabajadores estan certificados en alturas (Curso Avanzado y/o Reentrenamiento Vigente)	✓		
Se diligencio previamente el analisis seguro de trabajo AST	✓		
Los equipos de protección contra caida, equipos de protección personal y sistemas de acceso a utilizar se encuentran en buenas condiciones	✓		
En caso de utilizar plataformas elevadoras, que éstas cumplan con las normas de seguridad	✓		
Equipos y herramientas revisados y en buen estado	✓		
Existe supervisión directa de los trabajos	✓		
Se tiene en cuenta medidas de trabajo seguras para adelantar labores en cercania a lineas y/o equipos electricos energizados	✓		
En caso de trabajar en espacios confinados (Cerrados) o trabajos en caliente (Trabajos donde se emite chispas o fuego). Se realizan las consultas preventivas respectivas, incluyendo otros permisos con requerimientos especiales	✓		
Se han previsto medios de rescate, en caso de ser necesario	✓		
Se verificaron los puntos de anclaje y adaptadores de anclaje a utilizar			
Otros (especificar):			

PERMISO CONCEDIDO A LOS TRABAJADORES (NOMBRE, CARGO, EMPRESA, EPS "SALUD", AFP "PENSIÓN", ARL "RIESGOS")

NOMBRE	CARGO	EMPRESA	EPS	AFP	ARL
Nitsson Fabián Cruz C.	Inspector SST	Master Ingenieria	Famisanar	Porvenir	Bolivar
Kathy Arguello	insp tecnico	Master	Famisanar	Proteccion	Bolivar.

FIRMA DE LOS TRABAJADORES (EJECUTORES) (NOMBRE, FIRMA Y NRO. DE CEDULA)
"HE SOCIALIZADO EL ANALISIS DE RIESGOS, COMPRENDO LAS PRECAUCIONES QUE DEBEN SER TOMADAS Y ME COMPROMETO A DESARROLLAR EL TRABAJO CUMPLIENDO LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS, PROCURANDO EL AUTOCUIDADO, CUMPLIENDO PROCEDIMIENTOS Y EVITANDO ACTOS INSEGUROS, ASÍ COMO REPORTAR CUALQUIER DAÑO DE EQUIPOS O INCIDENTES Y/O ACCIDENTES PRESENTADOS"

NOMBRE	FIRMA	CEDULA
Nitsson Fabián Cruz Calderón	Nitsson Fabián Cruz Calderón	1012337053

OBSERVACIONES

TRABAJADORES O EJECUTORES:

SUPERVISOR Y/O JEFE (EMISOR)

PERMISO VALIDO DESDE:	FECHA	24-8-23	HORA:	8:00 Am	HASTA:	FECHA	27-8-23	HORA:	5:00 Pm

¿Se niega el permiso de trabajo? SI ___ NO X

Firma Emisor: Nombre Nitsson Fabian Cruz C. Cedula 1012337053 Firma 1012337053.

Nota: en caso de haber ingerido licor durante las últimas 24 horas, de requerir corrección visual y no hacer uso de ella o de haber ingerido algún medicamento que le produzca somnolencia, mareo o alteración de su condición de salud durante las últimas 24 horas ABSTÉNGASE de participar en la ejecución de la actividad e infórmelo.

Powered by CamScanner

Si el permiso de trabajo fue negado, la información siguiente a partir de este punto no debe ser diligenciada y en todos los espacios en blanco se debe trazar una línea que los ocupe.

DATOS DE AUTORIZACIÓN

Se afirma que se ha revisado el área de trabajo y que conforme al análisis de seguridad en el trabajo - AST se han establecido las medidas de control para los peligros identificados. Se autoriza la ejecución del trabajo.

Fecha de expedición: 24-9-23	Hora de inicio: 8:00 Am	Hora de Finalización: 5,00 Pm

Coordinador de Trabajo Seguro en Alturas: Nombre: Nilsson Cruz C. Cedula: 10123720553 Firma: Nilsson Fabián Cruz C.

FIRMA DEL SUPERVISOR Y/O JEFE (EMISOR) (NOMBRE, FIRMA Y NRO. DE CEDULA)

PERSONALMENTE HE VERIFICADO LA PREPARACIÓN DE LOS EQUIPOS Y/O ÁREA PARA EL TRABAJO Y LO CONSIDERO SEGURO PARA PROCEDER CON SU EJECUCIÓN Y ME COMPROMETO A VELAR PARA QUE SE MANTENGAN DURANTE LA EJECUCIÓN DEL TRABAJO LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS EN EL PRESENTE PERMISO, CON EL OBJETIVO DE EVITAR QUE OCURRAN ACCIDENTES Y/O INCIDENTES A LAS PERSONAS, EQUIPOS, INSTALACIONES, MEDIO AMBIENTE."

NOMBRE	CEDULA	FIRMA
Juan Guiliano Enriquez	1020770913	

Vobo. Seguridad y Salud en el trabajo

Nilsson Fabián Cruz Calderón. 10123720553 Nilsson Cruz Calderón

OBSERVACIONES ADICIONALES:

Powered by CamScanner

INGENIERIA MASTER SAS	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:	SST-FP10-04
		VERSION:	1
	PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	FECHA DE EMISION:	23/03/2019

FECHA DE INICIO DE LA TAREA	HORA DE INICIO DE LA TAREA	FECHA DE TERMINACIÓN DE LA TAREA	HORA DE TERMINACIÓN DE LA TAREA
01-09-23	9:00 Am	03-09-23	5:00 Pm.

LUGAR DE TRABAJO: C60 Altamira Sede B. TIPO DE TRABAJO: Inspección y Verificación de instalación

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA: Inspeccionar y Verificar trabajos del contratista en el area tecnica y 501. Accesos por escalera a cubierta.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN

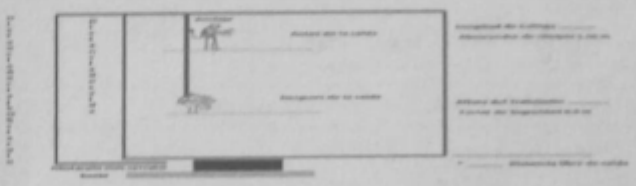
SIATEMA DE ACCESO A UTILIZAR: ANDAMIO ☐ ESCALERA PORTATIL ☑ OTRO ¿CUAL? _____

SE INVOLUCRA OTRA TAREA SI ____ NO X | ENERGIAS PELIGROSAS ☐ ESPACIOS CONFINADOS ☐ OTRO ¿Cuál? _____

ALTURA APROXIMADA A LA CUAL SE VA A DESARROLLAR LA ACTIVIDAD: 6 MTS. aprox.

CALCULO DE DISTANCIA DE CAIDA LIBRE

VARIABLE	INGRESE VALORES
LONGITUD DELA ESLINGA	2.09
ABSORVEDOR DE CHOQUE	1,07
ALTURA DEL TRABAJADOR	1,72
FACTOR DE SEGURIDAD	0,9
DISTANCIA DE CAIDA LIBRE (TOTAL SUMATORIA)	2,97



¿La distancia anclaje-obstaculo es mayor o igual a la distancia libre de caida? Si ☐ No ☐ ☐ | Si la respuesta es NO, la configuracion del sistema utilizado no es segura. Evalue el uso de un sistema de restriccion.

LOS SIGUIENTES ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y LOS SIGUIENTES SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS, DEBERÁN SER UTILIZADOS POR LOS TRABAJADORES DURANTE LA LABOR (ESPECIFICAR: CUMPLE= C NO CUMPLE = NC NO APLICA= NA)

Casco con barbuquejo sin señales de impacto fisuras, deformaciones, cambios de color y cualquier evidencia de daño.	C	Eslinga en " y" con absorbedor adecuada para la tarea (sin fibras descosidas, partidas, cristalizadas, manchadas, partes metálicas libres de golpes, deformidad, corrosión, oxido)	NA
Gafas de seguridad (libre de cortes o roturas)	NA	Mosquetón de cierre automático libres de golpes, deformidad, corrosión u oxido.	NA
Guantes apropiados para la tarea sin señales de daño	C	Anclaje portátil (tiee of) sin fibras descosidas, partidas, cristalizadas, manchadas, argollas libres de golpes, deformidad, corrosión, oxido.	NA
Protectores auditivos sin desgastes o deformaciones	NA	Línea de vida partátil y/o linea de trabajo debidamente certificada, fibras libres de desgastes, sin nudos y protegidas.	C
Protección respiratoria apropiada para la tarea (desechable por turno, protege desde la punta nasal hasta el inicio del cuello)	NA	Decsendedores sin fisuras ni deformaciones, libres de bordes afilados y de corrosión, se muevan libremente y cierren correctamente.	NA
Botas de seguridad antideslizantes, sin deterioro general (no evidencia desgaste de la suela, fisura, rotura o desgaste general)	C	Absorbedores de energía todas las costuras estén en buen estado, sin deshilachados, manchas, quemaduras o deformaciones.	NA
Arnés de cuerpo completo apropiado para la tarea (multipropósito o dieléctrico, según aplique) sin fibras descosidas, partidas, cristalizadas, manchadas, argollas libres de golpes, deformidad, corrosión, oxido.	C	El kit de rescate se encuentra disponible en el lugar de trabajo, en buenas condiciones generales, sin fibras descosidas, partidas, cristalizadas, manchadas, argollas libres de golpes, deformidad, corrosión, oxido, etc.	C
Eslinga de posicionamiento con absorbedor adecuada para la tarea (sin fibras descosidas, partidas, cristalizadas, manchadas, partes metálicas libres de golpes, deformidad, corrosión, oxido)	NA	Línea de vida auto retráctil sin puntos de corrosión, el sistema de bloqueo funciona correctamente, libre de hilos rotos en el cable, conectores libres de corrosión y deformación.	C
Se comprobó el lugar de anclaje certificado y autorizado	C	El punto de anclaje es adecuado, resistente y no presenta deterioro (oxidación, corrosión, deformación, etc.)	C
OTRO(S):			

SISTEMAS DE ACCESO UTILIZADOS DURANTE LA TAREA (ESPECIFICAR: CUMPLE= C NO CUMPLE = NC NO APLICA= NA)

Se realizó chequeo preoperacional al sistema de acceso a utilizar y sus elementos.	C
Andamios han sido inspeccionados, son certificados, cumplen con las normas de seguridad.	NA
Se verifico el estado de la escalera (limpia, zapatas en buen estado, adecuada conexión de los travesaños y escalones, sin rajaduras, pangadura, etc.)	C
OTRO(S):	

Powered by CamScanner

HERRAMIENTAS A UTILIZAR:
Flexometro, libreta apuntes.

PREPARACIÓN DEL AREA (MARQUE CON X)	SI	NO	N.A.
Se ha instalado señalización preventiva que delimite el area de trabajo (Cinta, Conos, Señales Tubulares o Polisombras) De tal manera que se pueda aislar o restringir la Zona y no permita el paso a personas o vehículos ajenos a la labor.	✓		
Los trabajadores tienen competencia laboral y certificado de aptitud medico para el trabajo en alturas	✓		
Los Trabajadores estan certificados en alturas (Curso Avanzado y/o Reentrenamiento Vigente)	✓		
Se diligencio previamente el analisis seguro de Trabajo AST	✓		
Los equipos de protección contra caída, equipos de protección personal y sistemas de acceso a utilizar se encuentran en buenas condiciones	✓		
En caso de utilizar plataformas elevadoras, que éstas cumplan con las normas de seguridad			✓
Equipos y herramientas revisados y en buen estado	✓		
Existe supervisión directa de los trabajos	✓		
Se tiene en cuenta medidas de trabajo seguras para adelantar labores en cercanía a líneas y/o equipos electricos energizados	✓		
En caso de trabajar en espacios confinados (Cerrados) o trabajos en caliente (Trabajos donde se emite chispas o fuego). Se realizan las consultas preventivas respectivas, incluyendo otros permisos con requerimientos especiales			✓
Se han previsto medios de rescate, en caso de ser necesario	✓		
Se verificaron los puntos de anclaje y adaptadores de anclaje a utilizar	✓		
Otros (especificar):			

PERMISO CONCEDIDO A LOS TRABAJADORES (NOMBRE; CARGO; EMPRESA; EPS "SALUD"; AFP "PENSIÓN"; ARL "RIESGOS")

NOMBRE	CARGO	EMPRESA	EPS	AFP	ARL
Ntsson Fabián Cruz C.	Inspector SST	Master	Famisanar	Porvenir	Bolivar
Kathy Higuita	WSP Jurídico	Master	Famisanar	Colpensiones	Bolivar.

FIRMA DE LOS TRABAJADORES (EJECUTORES) (NOMBRE, FIRMA Y NRO. DE CEDULA)
"HE SOCIALIZADO EL ANALISIS DE RIESGOS, COMPRENDO LAS PRECAUCIONES QUE DEBEN SER TOMADAS Y ME COMPROMETO A DESARROLLAR EL TRABAJO CUMPLIENDO LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS, PROCURANDO EL AUTOCUIDADO, CUMPLIENDO PROCEDIMIENTOS Y EVITANDO ACTOS INSEGUROS, ASI COMO REPORTAR CUALQUIER DAÑO DE EQUIPOS O INCIDENTES Y/O ACCIDENTES PRESENTADOS"

NOMBRE	FIRMA	CEDULA
Ntsson Fabián Cruz Calderón	Ntsson Fabián Cruz Calderón	1012372053.

OBSERVACIONES

TRABAJADORES O EJECUTORES:

SUPERVISOR Y/O JEFE (EMISOR)

PERMISO VALIDO DESDE:	FECHA	01-09-23	HORA	9:00Am	HASTA:	FECHA	03-09-23	HORA	5:00Pm

¿Se niega el permiso de trabajo? SI ____ NO X — Firma Emisor: Nombre Ntsson Fabian Cruz Ntsson Cruz C. Cedula 1012372053 Firma

Nota: en caso de haber ingerido licor durante las últimas 24 horas, de requerir corrección visual y no hacer uso de ella o de haber ingerido algún medicamento que le produzca somnolencia, mareo o alteración de su condición de salud durante las últimas 24 horas ABSTÉNGASE de participar en la ejecución de la actividad e infórmelo.

Powered by CamScanner

ANEXO SST-07. PLAN ANUAL INTERVENTORÍA

	SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDDA Y SALUD EN EL TRABAJO
	PLAN DE TRABAJO ANUAL 2023

FECHA DE ACTUALIZACION
11 DE ENERO DE 2023
NORMATIVIDAD
Decreto 1072 de 2015 Resolucion 0312 de 2019
NUMERO TOTAL DE ACTIVIDADES DEL AÑO 2022
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE TRABAJO 2023

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES MACRO	ALCANCE	RESPONSABLE EJECUCION	RESPONSABLE SEGUIMIENTO	RECURSOS
POLITICA SST		COORDINADORA SST		
POLITICA DE PREVENCION DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS		COORDINADORA SST		
POLITICA DE PREVENCION DE ACOSO LABORAL		COORDINADORA SST		
POLITICA DE VIAJE		COORDINADORA SST	LIDER DE SG-SST/ GERENTE	
OBJETIVOS		COORDINADORA SST		
INDICADORES		COORDINADORA SST		
RECURSOS		COORDINADORA SST		
CONTROL DOCUMENTOS Y REGISTROS		COORDINADORA SST	LIDER DE SG-SST	
INDUCCION Y REINDUCCION		COORDINADORA SST	LIDER DE SG-SST	
RESPONSABILIDADES SST Y RENDICION DE CUENTAS		COORDINADORA SST / LIDER DE SST	LIDER DE SG-SST	
PROCEDIMIENTO DE RENDICION DE CUENTAS SST		COORDINADORA SST	LIDER DE SG-SST	
IDENTIFICACION DE REQUISITOS LEGALES		COORDINADORA SST/ ARL ABOGADO LABORAL	LIDER DE SG-SST	
IDENTIFICACION DE PELIGROS		COORDINADORA SST	LIDER DE SG-SST	
COMITÉ DE COMITÉ DE CONVIVENCIA		COORDINADORA SST	LIDER DE SG-SST	
COMITÉ PARITARIO DESEGURIDAD Y SALUD EN TRABAJO (COPASST)		COORDINADORA SST	LIDER DE SG-SST	
PROGRAMA DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO		COORDINADORA SST/ APOYO ARL	LIDER DE SG-SST	
COMUNICACIÓN, PARTICPACION Y CONSULTA		COORDINADORA SST	LIDER DE SG-SST	
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL		COORDINADORA SST	LIDER DE SG-SST	
PROGRAMA DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS		COORDINADORA SST/ COORDINADOR DE MANTENIMIENTO	LIDER DE SG-SST	
PROGRAMA DE HIGIENE INDUSTRIAL		COORDINADORA SST / ASESOR ARL	LIDER DE SG-SST	Profesional SST, Materiales de oficina, computador, formatos, cámara fotográfica.
PROGRAMA DE ORDEN Y ASEO		COORDINADORA SST	LIDER DE SG-SST	
PROGRAMA DE INSPECCIONES		COORDINADORA SST	LIDER DE SG-SST	
PLAN DE EMERGENCIAS		COORDINADORA SST	LIDER DE SG-SST	
PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA		COORDINADORA SST/ ASESOR ARL	LIDER DE SG-SST	
CONSERVACION VISUAL		COORDINADORA SST	LIDER DE SG-SST	
CONSERVACION AUDITIVA		COORDINADORA SST	LIDER DE SG-SST	
PROGRAMA DE RIESGO PUBLICO		COORDINADORA SST	LIDER DE SG-SST	
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PVE		COORDINADORA SST	LIDER DE SG-SST	
PREVENCION DESRODENES MUSCULO ESQUELETICOS"		COORDINADORA SST / FISIOTERAPEUTA (ASESOR ARL)	LIDER DE SG-SST	
PVE- PSICOSOCIAL		COORDINADORA SST /ASESOR PSICOLOGO ESP. EN SST	LIDER DE SG-SST	
PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		MANTENIMIENTO	LIDER DE SG-SST	
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		COORDINADORA SST	LIDER DE SG-SST	
GESTION DEL CAMBIO		COORDINADORA SST / LIDER DE SST	GERENTE	
ADQUISICION Y CONTRATACIONES		COORDINADORA SST	GERENTE	
AUDITORIA		COORDINADORA SST / LIDER DE SST	GERENTE	
REVISION POR LA ALTA DIRECCION		COORDINADORA SST / LIDER DE SST	GERENTE	
INVESTIGACION DE INCIDENTES Y/O ACCIDENTES		COORDINADORA SST / LIDER DE SST	GERENTE	
EVALUACIÓN DE ESTANDARES MINIMOS		COORDINADORA SST / LIDER DE SST	GERENTE	
ACCION CORRECTIVA Y ACCION PREVENTIVA		COORDINADORA SST / LIDER DE SST	GERENTE	

RESPONSBALES

CLAUDIA SUAREZ ANGARITA **REPRESENTANTE LEGAL**	**DARLING ALGARIN ROJAS** **LIDER SGSST**

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

PORTADA

PLAN DE TRABAJO DE INGENIERIA MASTER Y CONSORCIOS

OBJETIVO

Establecer actividades para la implementacion del sistema de gestion de seguridad y salud en el trabajo

ALCANCE

Este plan de trabajo aplica para todo el personal de INGENIERIA MASTER S.A.S y CONSORCIOS que lo integren, sin importar su tipo de vinculacion

RESPONSABLES

*Gerencia
*Gestion Humana
*Coordinador SGSST
*Trabajadores

RECURSOS

*Humanos
*Financieros
*Tecnologicos

ELEMENTOS DEL SG-SST	ACTIVIDADES MACRO	PROGRAMAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA 2023																								TOTAL AÑO	
					ENE		FEB		MAR		ABR		MAY		JUN		JUL		AGO		SEP		OCT		NOV		DIC			
					P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P		P		P		P		P		P		P		P	
POLITICAS	POLITICAS DE GESTION DE LA EMPRESA		Realizar revisión de la política, incluyendo alineación con el control de documentos establecido por la empresa	Coordinador SGSST																									0	0
			Comunicar al COPASST	Coordinador SGSST																									0	0
			Publicacion en sitio	Coordinador SGSST																									0	0
PLANIFICACION	OBJETIVOS	MATRIZ DE OBJETIVOS METAS E INDICADORES	Realizar actualización de la matriz de objetivos, metas e indicadores.	Coordinador SGSST																									0	0
			Realizar analisis de datos de indicadores y analisis de tendencias, estableciendo planes de accion	Coordinador SGSST					P						P						P						P		4	0
			Divulgar los indicadores a Recursos Humanos, Gerencia, Copasst y trabajadores. (Boletin informativo)	ASESOR ARL												P											P		2	0
	RECURSOS	MATRIZ DE PRESUPUESTO	Planificar las actividades y recursos para el presupuesto del año 2023	Coordinador SGSST			P																						1	0
			Divulgacion y presentacion del presupuesto a la alta direccion SG-SST	Coordinador SGSST			P																						1	0
			Realizar seguimiento al Presupuesto (Recursos financieros, humanos, tecnicos)	Coordinador SGSST											P												P		2	0
	INDUCCION Y REINDUCCION	REGISTROS DE INDUCCION Y REINDUCCION	Realizar Induccion y reinduccion a los trabajadores, Evaluacion de eficacia reinduccion personal directo y/o contratistas (Evaluar politicas y objetivos) Una vez el personal envie los registros por correo, se deberan imprimir los soportes y alimentar la base de datos del personal que realizo la reinduccion	ASESOR ARL	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P		P		P		P		P		P		P		12	5
	RESPONSABILIDADES SST Y RENDICION DE CUENTAS	PROCEDIMIENTO DE RENDICION DE CUENTAS SST	Evaluar el desempeño de los trabajadores en SST.	Coordinador SGSST	P	E																					P		2	1
			Enviar y solcializar funciones y responsabilidades. Realizar Rendicion de cuentas de Trabajadores	ASESOR ARL												P													1	0
			Realizar Rendicion de cuentas de Copasst y CCL.	Coordinador SGSST												P													1	0
	IDENTIFICACION DE REQUISITOS LEGALES	MATRIZ DE REQUISITOS LEGALES	Consultar las fuentes de informacion de los requisitos legales e inclusion de requisitos en la matriz si son aplicables (Una vez identificado, se debe evaluar si el requisito legal y/o de otra índole es aplicable. En caso que este aplique, se debe registrar en el formato establecido)	ASESOR ARL					P						P						P						P		4	0
			Realizar análisis de tendencia del indicador de cumplimiento de requisitos legales que permita evidenciar el comportamiento y el cumplimiento de los requisitos legales establecidos	ASESOR ARL					P						P						P						P		4	0
			Comunicar nuevos requisitos legales (Boletin Informtivo)										P																1	0
			Presentar ante la alta dirección el resultado de las actividades de cumplimiento descritas en la Matriz De Requisitos Legales y la medición del indicador	ASESOR ARL																							P		1	0
	IDENTIFICACION DE PELIGROS	MATRIZ IPEVR	Aplicar encuesta a los trabajadores y realizar actualización de matriz de identificación de PEVR en la que se evidencia el alcance a todos los grupos empresariales de la empresa.	ASESOR ARL			P	E																					1	1
			Realizar seguimiento y ejecución de actividades planteadas en el plan de acción y priorización, Elaborar el plan de acción para el control de los riesgos, con el fin de mejorar los controles existentes si es necesario.	ASESOR ARL							P	E									P								2	1
			Comunicación Riesgos prioritarios identificados.(Boletin informativo)	ASESOR ARL					P	E																			1	1
	COMITÉ DE SEGURIDAD	COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	Realizar convocatoria y conformacion del comité de convivencia laboral								P																			
			Realizar revision de las actas del comte de convivencia laboral	Coordinador SGSST					P	E						P									P				3	1
			Realizar seguimiento a las actividades del comité de convivencia laboral	Coordinador SGSST					P	E						P									P				3	1
		COPASST	Realizar convocatoria y conformacion del comité paritario de seguridad y salud en el trabajo								P	E																		
			Realizar revision de las actas del comité paritario de seguridad y salud en el trabajo	Coordinador SGSST					P							P									P				3	0
			Realizar seguimiento a las actividades del comité paritario de seguridad y salud en el trabajo	Coordinador SGSST					P							P									P				3	0
			EQUIPOS PARA EL TRABAJO SEGURO EN ALTURAS (ANDAMIOS Y ESCALERAS PORTALITES)	Coordinador SGSST	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			Capacitacion en prevencion de patologias visuales por el uso de video terminales, pausas activas visuales	Coordinador SGSST	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			Capacitacion en prevención de patologias auditivas	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			Charla: dislipidemia, Diabetes y riesgo cardiovascular	Coordinador SGSST	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			Estilo de vida y trabajo saludable: estres y riesgo cardiovascular	Coordinador SGSST	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			Capacitacion en prevenciòn de enfermedades comunes y/o virales	Coordinador SGSST	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			socializacion de prevencion de accidentes comunes y las afectaciones en salud con respecto a los mienbros inferiores	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			0	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			MANEJO DE RESIDUOS BIOLOGICOS	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			CAPACITACIÓN CON ÉNFASIS EN AUTOCUIDADO Y ATENCIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS POR ACCIDENTE OFÍDICO.	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			HOJAS DE SEGURIDAD DE PRODUCTOS Y MANEJO DE SUSTANCIAS QUIMICAS DE ASEO	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	1	0
			USO SEGURO DE HERRAMIENTAS DE OFICINA.(prevencion de riesgos laborales en oficinas)	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	P		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			IMPORTANCIA DEL CUIDADO CON LA UTILIZACIÓN DE HERRAMIENTAS DE COCINA.	Coordinador SGSST	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			IDENTIFICACION DE ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS	Coordinador SGSST	0	0	P	E	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
			CAPACITACIONES PREVENCIÓN DEL RIESGO ELÉCTRICO EN OFICINA	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	P		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			ORDEN Y ASEO (Riesgo locativo)	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	P		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			AUTOCUIDADO E IMPORTANCIA DE USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL EPP	Coordinador SGSST	0	0			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			PREVENCION DE ACCIDENTES POR CAIDAS A NIVEL	Coordinador SGSST	0	0			0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			IMPORTANCIA DEL USO ADECUADO DE LUZ ARTIFICIAL	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			CURSO DE 50 HORAS VIRTUAL DEL SG-SST	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	1	0
			IDENTIFICACION DE PELIGROS, EVALUACION, Y VALORACION DEL RIESGO	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			INVESTIGACION DE ACCIDENTES E INCIDENTES Y EL	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			INSPECCION PLANEADAS	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DEL CCL	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	P		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0

APLICACIÓN	PROGRAMA DE CAPACITACION		LIDERAZGO	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	P		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			CAPACITACION EN RESOLUCION DE CONFLICTO	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	P		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			TRABAJO EN EQUIPO Y COMUNICACIÓN ASERTIVA	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	1	0
			PREVENCION DE ACOSO LABORAL	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			Capacitación sobre ergonomía aplicada en oficinas.	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	P		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			Capacitacion en higiene postural	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			Capacitacion en pausas activas y gimnasia laboral	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			Capacitacion el liderazgo	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			TRABAJO EN EQUIPO Y COMUNICACIÓN ASERTIVA Y AFECTIVA	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			CAPACITACION EN FATIGA LABORAL	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			CAPACITACION EN HIGIENE DEL SUEÑO	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			CAPACITACION EN INTELIGENCIA EMOCIONAL EN EL TRABAJO	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			CAPCITACION EN MANEJO DEL CONFLICTO	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			CAPACITACION EN MANEJO DE LA ECONOMIA Y FINANZAS EN EL HOGAR	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			PREVENCION DEL ACOSO LABORAL	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			CAPACITACION EN PREVENCION DE ACCIDENTES DE TRANSITO	Coordinador SGSST	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			CAPACITACION EN LA PREVENCION DE ATRACOS, ROBOS, HURTOS, ELABORAR PROCEDIMIENTO OPERATIVO NORMALIZADO (PONS) EN CASO DE ATRACO, ROBOS Y/O HURTOS.	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			DIVULGACION DE PROGRAMA DE PREVENCION DE RIESGO PUBLICO	Coordinador SGSST	P	E	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
			NORMAS DE SEGURIDAD VIAL AL CONDUCTOR O PEATÓN (MANEJO DEFENSIVO, USO DEL CINTURÓN DE SEGURIDAD, NORMAS Y SEÑALES DE TRÁNSITO.	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			PRIMEROS AUXILIOS POR ACCIDENTE GRAVE 1. REANIMACIÓN CARDIO PULMONAR 2. IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE HERIDAS, HEMORRAGIAS		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P		0	0	0	0	1	0
			MANEJO E IDENTIFICACIÓN DE LESIONES OSTEOMUSCULARES (FRACTURAS Y ESGUINCES) DEPENDIENDO DE LA COMPLEJIDAD DE LA FRACTURA		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P		0	0	0	0	1	0
			MANEJO DE EQUIPOS DE EMERGENCIA: -MANEJO DE EXTINTORES AVANZADO (VENTILACION APLICADA A INCENDIO, SISTEMAS DE VENTILACION Y TACTICAS DE COMBATE DE INCENDIO)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P		0	0	0	0	1	0
			BUSQUEDA Y RESCATE (ESPACIOS CERRADO, ALTURA, TECNICAS DE BUSQUEDA EN PARALELO, BUSQUEDA PRIMARIA Y LLAMADO Y ESCUCHA)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P		0	0	0	0		
			CAPACITACIÓN EN EVACUACIÓN ENFOCADA A RIESGO PSICOSOCIAL ¿QUÉ HACER EN CASO QUE UNA PERSONA NO QUIERA EVACUAR?		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P		0	0	0	0		
			TRANSPORTE DE LESIONADOS CON CAMILLAS MANUALES, CAMILLAS IMPROVISADAS, TECNICAS DE ARRASTRES DE PACIENTES.		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
			CLASIFICACION DE LOS INCENDIOS (COMPORTAMIENTO DEL FUEGO (APLICACION PRACTICA DE METODOS DE PROPAGACION DEL FUEGO)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
			Capacitacion en prevencion de patologias visuales por el uso de video terminales, pausas activas visuales		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
			Capacitacion en prevención de patologias auditivas		0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
			Charla: dislipidemia, Diabetes y riesgo cardiovascular		0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
			Estilo de vida y trabajo saludable: estres y riesgo cardiovascular		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P		P	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
			Capacitacion en prevenciòn de enfermedades comunes y/o virales		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0		
			socializacion de prevencion de accidentes comunes y las afectaciones en salud con respecto a los mienbros inferiores		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0		
	COMUNICACIÓN PARTICIPACION Y CONSULTA		Actualizar la matriz y socializar mecanismo de comunicación de participacion y consulta. Formato de Reporte de Actos y condiciones Inseguras (todos los trabajadores, jefes de areas y contratistas) Boletin Informativo	Coordinador SGSST			P	E																				1	1
			Realizar seguimiento semestral al reporte de actos y condiciones inseguras y hacer seguimiento a matriz de reportes de Actos y condiciones.	Coordinador SGSST										P												P		2	0
			Informar a los trabajadores y/o contratistas, Coppast sobre el desarrollo de todas las etapas del SG-SST Boletin Informativo.	Coordinador SGSST										P														1	0
	ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL		Entrega de EPP (Instrucciones de buen uso, y correcto mantenimiento del EPP, dejar registro en acta de entrega.	Coordinador SGSST									P															1	0
			Socializar instructivo para uso correcto de EPP																											
			Hacer seguimiento telefonico al personal, hasta recopilar los formatos de EPP enviados	ASESOR ARL					P					P						P						P		4	0
	PROGRAMA DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS		Seguimiento al programa de trabajo seguro en alturas	Coordinador SGSST							P							P							P		3	0
	PROGRAMA DE HIGIENE INDUSTRIAL		Planificacion de actividades del cronograma de Higiene Industrial	Coordinador SGSST																							0	0
			Seguimiento al cronograma de actividades del programa de higiene industrial.	Coordinador SGSST							P							P							P		3	0
	PROGRAMA DE ORDEN Y ASEO		Planificacion de actividades del cronograma de Orden y aseo	Coordinador SGSST			P	E																P			2	1
			Seguimiento al cronograma de actividades del programa de Orden y aseo	Coordinador SGSST							P							P							P		3	0
	PROGRAMA DE INSPECCIONES		Ejecutar el programa de inspecciones con cobertura en los grupos empresariales que la conforman, con la participación del COPASST.	Coordinador SGSST	P	R	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		12	0
			Realizar seguimeinto al cierre de indicadores y ejecucion del programa	Coordinador SGSST										P											P		2	0
	PLAN DE EMERGENCIAS		Divulgar los procedimientos operativos normalizados (PON´S) (Boletin Informativo)	Coordinador SGSST									P														1	0
			Realizar reunion para definir el plan de ayuda mutua	Coordinador SGSST																							0	0
			Elaborar guion de simulacro con los escenarios a simular	Coordinador SGSST																		P					1	0
			Realizar simulacro (Barranquilla-Bogota)	Coordinador SGSST																		P					1	0
			Documentar acciones de mejora, de acuerdo a los resultados de los simulacros	Coordinador SGSST																		P					1	0
			Tomar acciones de mejora, de acuerdo a los resultados.	Coordinador SGSST																		P					1	0
	PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA		Actualizacion y Planificacion del cronograma de actividades de medicina preventiva con base a el informe de condiciones de salud 2022	ASESOR ARL			P																					1	0
			Seguimiento al programa de medicina preventiva	ASESOR ARL							P							P							P		3	0
			Recopilacion y seguimiento de los compromisos medicos enviados	ASESOR ARL							P							P							P		3	0
	PROGRAMA DE RIESGO PUBLICO		Actualizacion del programa de riesgo publico.	Coordinador SGSST			P																				1	0
			Seguimiento al programa de prevencion de riesgo publico	Coordinador SGSST							P							P							P		3	0
	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PVE PREVENCION DESRODENES MUSCULO ESQUELETICOS		Planificacion de actividades del programa de prevencion de lesiones Osteomusculares	Coordinador SGSST	P	E																					1	1
			Aplicación de encuestas, para analisis 2023	Coordinador SGSST														P									1	0
			Seguimiento al programa de prevencion de lesiones osteomusculares	Coordinador SGSST							P							P							P		3	0
	PVE-PSICOSOCIAL		Planificacion de actividades del programa de vigilancia epidemiologica psicosocial	Coordinador SGSST			P																				1	0
			Seguimiento al programa de prevencion de vigilancia epidemiologica psicosocial.	Coordinador SGSST							P							P							P		3	0
	MANTENIMIENTO		Seguimiento al cumplimiento de las actividades del programa	Coordinador SGSST										P										P			2	0
	GESTION DEL CAMBIO		Identificacion de cambios y realizar gestion (evaluacion de riesgos, incluision en la matriz de peligros).	Coordinador SGSST																							0	0

| | | |

INGENIERIA MASTER SAS	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:	SST-PG-01
	PROGRAMA DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO	VERSION:	1
		FECHA DE EMISION:	23/03/2019

1. OBJETIVO:	Establecer los lineamientos requeridos por la organización, para garantizar la identificación y fortalecimientos de las competencias en términos de formación, requeridos por el personal durante la ejecución de todos sus procesos.
2. ALCANCE :	El programa de capacitación y de entrenamiento se debe aplicar en todas las áreas, trabajadores de la empresa independiente de su forma de contratación o vinculación.
3. RESPONSABLES:	Los responsables de la planificación, control y ejecución de las actividades establecidas a través del programa de capacitación son: • Gerente • Coordinador del SG-SST
4. MECANISMO DE CRONOGRAMA DE CAPACITACION:	Para la programacion de las capacitaciones se utilizara **PROGRAMADAS (P)**: fecha para la cual se programa la capacitacion **EJECUTADAS (E)** : Fecha en la cual se elabora la capacitacion, para la programaacion se utilizara 1 y asi mismo si la capacitacion es ejecutada 1 si no lo es se colocara 0 con el fin de llevar el indicador
5. RECURSOS	cuenta con recursos tecnologicos, financieros y humanos para la realizacion de las capacitaciones.
6. INDICADORES	• **% cumplimiento programa capacitación:** Número de capacitaciones ejecutadas/Número de capacitaciones programadas x 100% • **% cobertura:** Número de asistentes capacitación/Número de asistentes programados x 100% • **% Eficacia:** Número de trabajadores evaluados/ Número de evaluaciones ganadas x100%

10. MATRIZ DE CAPACITACION

CONTENIDO				2022																							
				ENE.		FEB.		MAR.		ABR.		MAY.		JUN.		JUL.		AGO.		SEP.		OCT.		NOV.		DIC.	
	NOMBRE	ALCANCE	RESPONSABLE	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
TRABAJO EN ALTURAS	EQUIPOS PARA EL TRABAJO SEGURO EN ALTURAS (ANDAMIOS Y ESCALERAS PORTALITES)		CAPACITADOR PRESENCIAL ARL					P																			
	CAPACITACION EN AUTORESCATE Y RESCATE EN ALTURAS		CAPACITADOR PRESENCIAL ARL					P																			
	IDENTIFICACION DE PELIGROS Y CONTROL DE RIESGOS EN ALTURAS, PREVENCION DE ACCIDENTES CON ENFASIS EN ALTURAS		CAPACITADOR PRESENCIAL ARL													P	E										
	MEDIDAS DE PREVENCION Y PROTECCION CONTRA CAIDAS EN TRABAJO DESARROLLADO EN ALTURAS		CAPACITADOR PRESENCIAL ARL					P																			
RIESGO BIOLOGICO	TRABAJO SEGURO DESDE CASA		CAPACITADOR PRESENCIAL ARL					P																			
	RIESGO BIOLOGICO: PREVENCION TRANSMISION Y PROPAGACION COVID - 19: MEDIDAS PREVENTIVAS (LAVADO DE MANOS, DISTANCIAMIENTO FISICO, USO DE EPP)		CAPACITADOR PRESENCIAL ARL					P																			
	FACTORES DE RIESGO INDIVIDUAL: SIGNOS Y SINTOMAS E IMPORTANCIA DEL REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD.		CAPACITADOR PRESENCIAL ARL							P																	
	AUTOCUIDADO CON ENFASIS EN RIEGO BIOLOGICO (PREVENCION DE ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS)									P																	
	MANEJO DE RESIDUOS BIOLOGICOS											P															
	CAPACITACION CON ENFASIS EN AUTOCUIDADO Y ATENCIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS POR ACCIDENTE OFÍDICO.		CAPACITADOR PRESENCIAL ARL									P															
RIESGO QUIMICO	HOJAS DE SEGURIDAD DE PRODUCTOS Y MANEJO DE SUSTANCIAS QUIMICAS DE ASEO		ARL PROFE PRESENCIAL BOGOTÁ/ PROFE VIRTUAL BARRANQUILLA																					P			
SEGURIDAD	USO SEGURO DE HERRAMIENTAS DE OFICINA.(prevencion de riesgos laborales en oficinas)	PERSONAL ADMINISTRATIVO	ARL PROFE VIRTUAL BOGOTÁ/BARRANQUILLA							P	E																
	IMPORTANCIA DEL CUIDADO CON LA UTILIZACIÓN DE HERRAMIENTAS DE COCINA.							P																			
	IDENTIFICACION DE ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS		CAPACITADOR PRESENCIAL ARL			P	E																				
	CAPACITACIONES PREVENCIÓN DEL RIESGO ELÉCTRICO EN OFICINA									P	E																
	ORDEN Y ASEO (Riesgo locativo)		ARL PROFE PRESENCIAL BOGOTÁ							P	E																
	AUTOCUIDADO E IMPORTANCIA DE USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL EPP	PERSONAL OPERATIVO	ARL PROFE PRESENCIAL BOGOTÁ/ PROFE VIRTUAL BARRANQUILLA			P	E																				
	PREVENCION DE ACCIDENTES POR CAIDAS A NIVEL		CAPACITADOR PRESENCIAL ARL			P	E					P															
HIGIENE INDUSTRIAL	IMPORTANCIA DEL USO ADECUADO DE LUZ ARTIFICIAL	PERSONAL ADMINISTRATIVO BOGOTA										P															
LEGAL	CURSO DE 50 HORAS VIRTUAL DEL SG-SST	COPASST, CCL, BRIGADISTAS	PROFE VIRTUAL																			P					
COPASST	IDENTIFICACION DE PELIGROS, EVALUACION, Y VALORACION DEL RIESGO	COPASST TODO LOS TRABJADORES LIDERES DE PROCESOS	ARL PROFE PRESENCIAL BOGOTÁ/PROFE VIRTUAL BARRANQUILLA									P															
	INVESTIGACION DE ACCIDENTES E INCIDENTES Y EL	COPASST LIDERES DE PROCESOS	ARL PROFE VIRTUAL BOGOTÁ/BARRANQUILLA										P	E													
	INSPECCION PLANEADAS		CAPACITADOR PRESENCIAL ARL										P	E													
CCL	FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DEL CCL	COMITÉ DE CONVIVENCIA								P	E																
	LIDERAZGO		CAPACITADOR PRESENCIAL ARL									P	E														
	CAPACITACION EN RESOLUCION DE CONFLICTO		ARL PROFE VIRTUAL BOGOTÁ/BARRANQUILLA									P	E														
	TRABAJO EN EQUIPO Y COMUNICACIÓN ASERTIVA		CAPACITADOR PRESENCIAL ARL																					P			
	PREVENCION DE ACOSO LABORAL		ARL PROFE PRESENCIAL BOGOTÁ/BARRANQUILLA			P																					
PVE OSTEOMUSCULAR	Capacitación sobre ergonomía aplicada en oficinas.		CAPACITADOR PRESENCIAL ARL									P	E														
	Capacitacion en higiene postural		CAPACITADOR PRESENCIAL ARL									P															
	Capacitacion en pausas activas y gimnasia laboral		CAPACITADOR PRESENCIAL ARL									P															
RIESGO PSICOSOCIAL	Capacitacion el liderazgo		ARL PROFE PRESENCIAL BOGOTÁ/BARRANQUILLA			P																					
	TRABAJO EN EQUIPO Y COMUNICACIÓN ASERTIVA Y AFECTIVA	TODOS LOS TRABAJADORES	CAPACITADOR PRESENCIAL ARL									P															
	CAPACITACION EN FATIGA LABORAL		ARL PROFE PRESENCIAL BOGOTÁ/BARRANQUILLA									P															
	CAPACITACION EN HIGIENE DEL SUEÑO		ARL PROFE PRESENCIAL BOGOTÁ/BARRANQUILLA											P	E												
	CAPACITACION EN INTELIGENCIA EMOCIONAL EN EL TRABAJO		ARL PROFE PRESENCIAL BOGOTÁ/BARRANQUILLA											P													
	CAPCITACION EN MANEJO DEL CONFLICTO		ARL PROFE PRESENCIAL BOGOTÁ/ PROFE VIRTUAL BARRANQUILLA											P													
	CAPACITACION EN MANEJO DE LA ECONOMIA Y FINANZAS EN EL HOGAR		CAPACITADOR PRESENCIAL ARL											P													
	PREVENCION DEL ACOSO LABORAL		ARL PROFE PRESENCIAL BOGOTÁ/BARRANQUILLA									P															
RIESGO PUBLICO	CAPACITACION EN PREVENCION DE ACCIDENTES DE TRANSITO	TODOS LOS TRBAJADORES	CAPACITADOR PRESENCIAL ARL					P																			
	CAPACITACION EN LA PREVENCION DE ATRACOS, ROBOS, HURTOS, ELABORAR PROCEDIMIENTO OPERATIVO NORMALIZADO (PONS) EN CASO DE ATRACO, ROBOS Y/O HURTOS.		CAPACITADOR PRESENCIAL ARL												P												
	DIVULGACION DE PROGRAMA DE PREVENCION DE RIESGO PUBLICO		ARL PROFE VIRTUAL BOGOTÁ/BARRANQUILLA	P																							
SEGURIDAD VIAL	NORMAS DE SEGURIDAD VIAL AL CONDUCTOR O PEATÓN (MANEJO DEFENSIVO, USO DEL CINTURÓN DE SEGURIDAD, NORMAS Y SEÑALES DE TRÁNSITO.	TODOS LOS TRABAJADORES	ARL PROFE PRESENCIAL BOGOTÁ/ PROFE VIRTUAL BARRANQUILLA									P															
EMERGENCIA	PRIMEROS AUXILIOS POR ACCIDENTE GRAVE 1. REANIMACIÓN CARDIO PULMONAR 2. IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE HERIDAS, HEMORRAGIAS	BRIGADISTAS	ARL PROFE PRESENCIAL BOGOTÁ/ PROFE VIRTUAL BARRANQUILLA																			P	E				
	MANEJO E IDENTIFICACIÓN DE LESIONES OSTEOMUSCULARES (FRACTURAS Y ESGUINCES) DEPENDIENDO DE LA COMPLEJIDAD DE LA FRACTURA		CAPACITADOR PRESENCIAL ARL																			P	E				
	MANEJO DE EQUIPOS DE EMERGENCIA: -MANEJO DE EXTINTORES AVANZADO (VENTILACION APLICADA A INCENDIO, SISTEMAS DE VENTILACION Y TACTICAS DE COMBATE DE INCENDIO) -BOTIQUINES USO E INSPECCION DE LOS DISPOSITIVOS Y EQUIPOS		ARL PROFE PRESENCIAL BOGOTÁ/ PROFE VIRTUAL BARRANQUILLA																			P	E				
	BUSQUEDA Y RESCATE (ESPACIOS CERRADO, ALTURA, TECNICAS DE BUSQUEDA EN PARALELO, BUSQUEDA PRIMARIA Y LLAMADO Y ESCUCHA)		ARL PROFE PRESENCIAL BOGOTÁ/BARRANQUILLA																			P	E				
	CAPACITACIÓN EN EVACUACIÓN ENFOCADA A RIESGO PSICOSOCIAL ¿QUÉ HACER EN CASO QUE UNA PERSONA NO QUIERA EVACUAR?		ARL PROFE PRESENCIAL BOGOTÁ/BARRANQUILLA																			P	E				
	TRANSPORTE DE LESIONADOS CON CAMILLAS MANUALES, CAMILLAS IMPROVISADAS, TECNICAS DE ARRASTRES DE PACIENTES.		ARL PROFE PRESENCIAL BOGOTÁ/BARRANQUILLA																								
	CLASIFICACION DE LOS INCENDIOS (COMPORTAMIENTO DEL FUEGO (APLICACIÓN PRACTICA DE METODOS DE PROPAGACION DEL FUEGO) SISTEMAS DE PROTECCION ACTIVOS Y PASIVOS CONTRA INCENDIO		ARL PROFE PRESENCIAL BOGOTÁ/BARRANQUILLA																								
MEDICINA PREVENTIVA	Capacitacion en prevencion de patologias visuales por el uso de video terminales, pausas activas visuales		ARL PROFE VIRTUAL BOGOTÁ/BARRANQUILLA											P													
	Capacitacion en prevención de patologias auditivas	TODOS LOS TRABAJADORES								P																	
	Charla: dislipidemia, Diabetes y riesgo cardiovascular											P															
	Estilo de vida y trabajo saludable: estres y riesgo cardiovascular															P	E	P									
	Capacitacion en prevenciòn de enfermedades comunes y/o virales		ARL PROFE VIRTUAL BOGOTÁ/BARRANQUILLA																	P							
	socializacion de prevencion de accidentes comunes y las afectaciones en salud con respecto a los mienbros inferiores		ARL PROFE VIRTUAL BOGOTÁ/BARRANQUILLA																	P							

PLAN DE ACCION

PLAN DE ACCION	RESPONSABLE	OBSERVACION	FECHA DE SEGUIMIENTO

	2022											
	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Capacitaciones Programadas (P)	1	5	7	7	15	7	2	2	2	6	2	0
Capacitaciones Ejecutadas (E)	0	3	0	4	3	3	1	1	0	5	0	0
% DE CUMPLIMIENTO	100%	100%	0%	57%	20%	43%	50%	50%	0%	83%	0%	####
	67%			40%			33%			#¡DIV/0!		
REPROGRAMADAS										0	0	0
										6	2	0

	SISTEM
	CRONOGRAM

Establecer las actividades a desarrollar por el Comité de convivencia laboral durar

Este cronograma aplica a todos los integrantes del comité de convivencia laboral

* COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL

DES

ACTIVIDADES
Reuniones del CCL
Realizar revision de las actas del comte de convivencia laboral
Programacion y seguimiento a realizacion de curso de 50 Horas virtual de SGSST
Capacitacion en Liderazago
Capacitacion en Trabajo en Equipo y comunicion asertiva
Capacitacion en resolución y mediacion de de Conflicto
Capacitacion en prevencion de acoso laboral
Verificar el Cumplimiento del cronograma a traves de los indicadores
Establecer planes de accion frente a las no conformidades encontradas

META	**FORMULA**	**NOMBRE DEL INDICADOR**	**FRE**
90%	No. De actividades planificadas/No. De	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	M

INDICADOR DE CUMPLIMIENTO

PLAN DE ACCION

A DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CO
MA DE ACTIVIDADES DEL COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	VE
	FECHA

OBJETIVO

nte el año 2022

ALCANCE

RESPONSABLES

SCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES

	CRONOGRAMA 2022													
	ENE		FEB		MAR		ABR		MAY		JUN		JUL	
	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
	P						P						P	
					P								P	
							P	E						
					P	E								
									P	E				
											P			

INDICADOR

CUENCIA	FUENTE	RESPONSA
ENSUAL	CRONOGRAMA DEL COMITE DE CONVIVENCIA LABORAL	Coordinad Comité de Con

	1	0	0	0	2	1	2	1	1	1	1	0	2	0
	######		#####		200%		200%		100%		####		#####	
	2022													

PLAN DE ACCION

	RESPONSABLE	FECHA DE EJECUCION	F

ODIGO:	SST-D-18
ERSION:	1
DE EMISION:	15/01/2019

AGO		SEP		OCT		NOV		DIC	
P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
				P					
						P			
P									
						P			
								P	
								P	

ABLE
of SST
xvivencia

1	0	0	0	1	0	2	0	2	0
####		####		####		####		####	

ECHA DE VERIFICACION

INGENIERIA MASTER S.A.S	**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PROGRAMA DE ERGONOMIA Y VIDA COTIDIANA**	**CODIGO:**																											
		VERSION:																											
		FECHA DE EMISIÓN:																											

OBJETIVO DEL PROGRAMA

Implementar uel programa de ergonomia y vida cotidiana para para identificar los procesos prioritarios desencadenantes de lesiones osteomusculares, estableciendo soluciones particulares a cada situación (proceso – individuo) con el fin de reducir, controlar y evitar las lesiones, mejor aumentar la eficiencia y la productividad.

ALCANCE

Está dirigido a todos los colaboradores con riesgo de exposición a riesgo biomecanico de la empresa

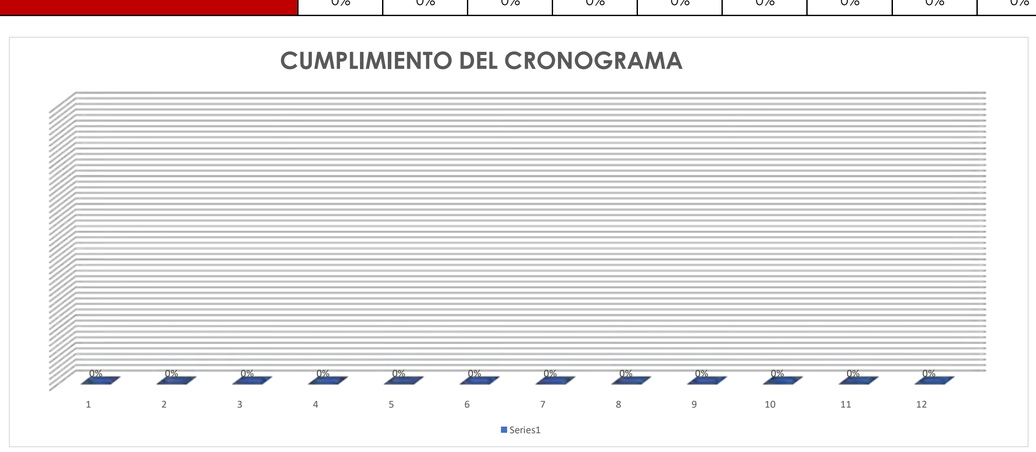
CRITERIOS DE SELECCION	
P	Programado
E	Ejecutado

CRONOGRAMA

	ACTIVIDADES	ALCANCE	RESPONSABLES	2022 ENE P	ENE E	FEB P	FEB E	MAR P	MAR E	ABR P	ABR E	MAY P	MAY E	JUN P	JUN E	JUL P	JUL E	AGO P	AGO E	SEP P	SEP E	OCT P	OCT E	NOV P	NOV E	DIC P	DIC E	CUMPLIMIE P
2020	Inspecciones de puestos de trabajo	Realización de inspecciones de puesto de trabajo de personal sintomatico y personal que refiera condiciones ergonómicas desfavorables en encuesta de morbilidad 2021.	FISIOTERAPEUTA OCUPACIONAL	P																								1
		Socialización de recomendaciones asociadas a las inspecciones realizadas para evaluar intervenciones y establecer compromisos.		P		P		P																				3
	Intervención programa de ergonomía y vida cotidiana	Seguimiento a intervenciones a puestos de trabajo						P														P						2
		Capacitación ergonomía en puestos de trabajo								P																		1
		Capacitacion en pausas activas y gimnasia laboral								P																		1
		Capacitación en prevención de desordenes musculo esqueléticos (MMSS Y Columna)								P																		1
P	Revisión de implementación 2021 y realización de diagnóstico del programa	Aplicación de encuestas de sintomatología tabular encuestas de sintomatologia y generar informe	FISIOTERAPEUTA OCUPACIONAL																			P		P				2
		Cronograma de actividades																								P		1
		Realización de inspecciones de puesto de trabajo de personal sintomatico y personal que refiera condiciones ergonómicas desfavorables en encuesta de morbilidad 2022	FISIOTERAPEUTA OCUPACIONAL																									0
		Socialización de recomendaciones asociadas a las inspecciones realizadas para evaluar intervenciones y establecer compromisos.	FISIOTERAPEUTA OCUPACIONAL																									0
H	Intervención programa de ergonomía y vida cotidiana	Seguimiento a intervenciones a puestos de trabajo	FISIOTERAPEUTA OCUPACIONAL																									0
		Seguimiento a casos Sintomaticos, Caso sospechosos, casos confirmados.	FISIOTERAPEUTA OCUPACIONAL																									0
		CAPACITACION	FISIOTERAPEUTA OCUPACIONAL																									0
		CAPACITACION	FISIOTERAPEUTA OCUPACIONAL																									0
		CAPACITACION	FISIOTERAPEUTA OCUPACIONAL																									0
	Seguimiento al cumplimiento del programa	Cumplimiento de actividades	MEDICO OCUPACIONAL					P						P						P								3
	Análisis de indicadores del programa	Registro y Analisis de indicadores	FISIOTERAPEUTA OCUPACIONAL																							P		1
	Definición de planes de acción de acuerdo al resultado de los análisis de indicadores	Informe de Gestión	FISIOTERAPEUTA OCUPACIONAL																							P		1
																												8
																												0%

*** Item: Atencion a autoReportes de condiciones de salud de caso eventual - post incapacidad: Se aplica cuando se presente el Autoreporte.**

CUMPLIMIENTO MENSUAL DEL CORNOGRAMA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
	2 0	1 0	3 0	3 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1 0	2 0	1 0	3 0
	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%



ANALISIS DE TENDENCIA

ANALISIS DE TENDENCIA	PERIODO	RESPONSABLE	FECHA

| | | |

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:	SST-D-24
INGENIERIA MASTER S.A.S	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA PREVENCIÓN DEL RIESGO PUBLICO	VERSION:	1
		FECHA DE EMISION:	

OBJETIVO
Promover e implementar un programa de prevención del riesgo público con el fin de generar una cultura del cuidado en la prevención de accidentes de trabajo generados por la exposición a riesgos públicos.
Formar a los trabajadores en la prevención de los riesgos publicos.
Desarrollar estrategias dirigidas a la actitud y comportamiento de los trabajadores expuestos a riesgo público, con el fin de que las apliquen en su entorno social.

ALCANCE
Aplica a todos los procesos y actividades de la empresa **INGENIERIA MASTER S.A.S.** y los distintos **CONSORCIOS** que este integra, en todos las ciudades.

METAS	INDICADORES
3.1.Capacitar al 70%,del personal expuesto a riesgo publico. 3.2.Disminuir en un 50% los accidentes de trabajo relacionados con factores de riesgo publico. 3.3.Cumplir en un 85% las actividades planificadas en el programa de prevención del riesgo publico.	EFICACIA DEL PROGRAMA

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA 2022																				2022							
		ENE		FEB		MAR		ABR		MAY		JUN		JUL		AGO		SEP		OCT		NOV		DIC		ENE		FEB		MAR		ABR	
		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
DIVULGACION DE NORMAS DE SEGURIDAD PARA ATENCION DEL RIESGO PUBLICO (establecidas por la empresa)	Coordinador SGSST															P	E															
INTELIGENCIA EMOCIONAL Y MANEJO DE SITUACIONES CRITICAS FRENTE A LOS FACTORES DE RIESGOS PUBLICOS	Coordinador SGSST									P	E																					
Revision del programa y Actualizacion de acuerdo con el ananlisis realizado	Coordinador SGSST																					P	E									
Revisión de estadisticas de accidentalidad enfocadas a riesgo publico.	Coordinador SGSST																					P	E									
Actualización en la identificación de los peligros, riesgos y población objeto del estudio expuestos).	Coordinador SGSST																							P	E							
Capacitación en prevención de accidentes de tránsito.	Coordinador SGSST																									P						
Capacitación en la prevención de atracos, robos, hurtos, elaborar procedimiento operativo normalizado (pons), en caso de atraco, robos y/o hurtos.	Coordinador SGSST																									P						E
Elaborar procedimiento operativo normalizado (pons), en caso de agresiones fisicas y/o verbales.	Coordinador SGSST																											P				E
Divulgación del programa de prevención del riesgo publico.	Coordinador SGSST																							P								E
Elaborar procedimiento operativo normalizado (pons), en caso de desordenes civiles y/o protestas.	Coordinador SGSST																											P				E

CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA																
DESCRIPCIÓN	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR
Actividades programadas por mes	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2	1	1	2	2	0
Actividades ejecutadas por mes	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2	1	0	0	0	4
% de cumplimiento por mes	####	####	####	####	100%	####	####	100%	####	####	100%	100%	0%	0%	0%	#####
PROEDIO TRIMESTRAL DE CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			0%			
META	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%				

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

ANALISIS	RESPONSABLE	ESTADO

INGENIERIA MASTER S.A.S

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

PLAN DE TRABAJO - INTERVENCION DE LOS FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL

OBJETIVO

Intervenir en los factores de riesgo organizacionales - Factores de riesgo

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. **Desarrollar intervencion en los trabajadores**
2. **Desarrollar intervencion en el diseño organizacional**
3. **Generar le medidas preventivas y correctivas de los factores de riesgo psicosociales de origen laboral**

No.	Tareas de las actividades	Objetivo	CRONOGRAMA 2021																													
			ENE		FEB		MAR		ABR		MAY		JUN		JUL		AGO		SEP		OCT		NOV		DIC		ENE					
			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			
1	APLICACIÓN DE ENCUESTA TABULACION DE LA INFORMACION	Aplicar la Herramienta que de acuerdo con la normatividad legal vigente se ha establecido para la medicion del riesgo Psicoscial			P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E												
2	ELABORACION DE INFORME SOCIALIZACION DE LOS RESULTADOS	Evidenciar por medio de un informe los resultados obtenidos a nivel general y con base a ello establecer un plan de trabajo																	P	E												
3	ELABORACION Y SOCIALIZACION PLAN DE TRABAJO																						P	E								
4	PROGRAMA DE SALUD MENTAL																															
5	PROGRAMA DE ESTILO DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLE																															P
6	PROGRAMA DE FATIGA E HIGIENE DEL SUEÑO																															P
7	DISEÑAR ESTRATEGIAS PARA IMPLEMENTAR EN OBRA zonas de refrigeración, hidratación, descanso																															
8	DESARROLLAR METODOLOGIA PARA MOTIVACION DE EQUIPOS CON ALTO RENDIMIENTO																															
9	DESARROLLAR METODOLOGIA SALARIO EMOCIONAL																															
10	ESTABLECER PAUSAS ACTIVAS PERIODICAS																															
11	CAPACITACION EN LIDERAZGO																															P
12	CAPACITACION EN COMUNICACIÓN ASERTIVA Y AFECTIVA																															
13	CAPACITACION EN ACOSO LABORAL																															
14	CAPACITACION EN FATIGA LABORAL																															
15	CAPACITACION EN HIGIENE DEL SUEÑO																															
16	CAPACITACION INTELIGENCIA EMOCIONAL EN EL TRABAJO																															
17	CAPACITACION MANEJO DE CONFLICTO																															
18	CAPACITACION EN MANEJO DE LA ECONOMIA Y FINANZAS EN EL HOGAR																															

PLAN DE ACCION

ANALISIS	PLAN DE ACCION	RESPONSABLE	FECHA DE EJECUCION	FE

INDICADOR DE CUMPLIMIENTO TRIMESTRAL	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	3					
			100%				100%				100%		100%		100%		100%		0%		100%		0%		####							
	100%				100%				100%				100%				33%						#¡D									
	I TRIMESTRE				**II TRIMESTRE**				**III TRIMESTRE**				**IV TRIMESTRE**				**IV TRI**															

CODIGO:	SST-D-23
VERSION:	1
FECHA DE EMISION:	17/07/2019

ONOGRAMA 2022

MAR		ABR		MAY		JUN	
P	E	P	E	P	E	P	E
P							
P							
P							
		P					
		P					
				P			
				P			
				P			
						P	E
						P	
						P	
						P	

DE VERIFICACION

3	0	2	0	3	0	4	1
0%		0%		0%		25%	
!		8%					
'RE		IV TRIMESTRE					

	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:	SST-PG-05
INGENIERIA MASTER S.A.S	PROGRAMA DE HIGIENE INDUSTRIAL	VERSION:	1
		FECHA DE EMISION:	25/05/2019

OBJETIVO

Optimizar las condiciones y el medio ambiente de trabajo, y por ende favorecer una mejor calidad de vida de todos los trabajadores de **INGENIERIA MASTER S.A.S.** y los distintos **CONSORCIOS** que este inegra.

ALCANCE

Aplica a todos los procesos y actividades de la empresa **INGENIERIA MASTER S.A.S.** y los distintos **CONSORCIOS** que este inegra, en todos las ciudades incluyendo contratistas y personal en mision

RESPONSABLE

Coordinador SGSST

INDICADOR

META	NOMBRE DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	FRECUENCIA DE MEDICION	FUENTE	RESPONSABLE
90%	CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA	INDICADOR DE PROCESO	Numero de actividades programadas / Numero de actividades ejecutadas x100	TRIMESTRAL	Programa de Higiene Industrial	Coordinador SGSST
100%	COBERTURA DEL PROGRAMA	INDICADOR DE PROCESO	Numero de areas intervenidas por el Programa/ Numero de areas requeridas para el monitoreo	TRIMESTRAL	Registro	Coordinador SGSST

ACTIVIDADES	ALCANCE	CRONOGRAMA 2022																							
		ENE		FEB		MAR		ABR		MAY		JUN		JUL		AGO		SEP		OCT		NOV		DIC	
		P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
Evaluacion Higienica de iluminaccion (ADMINISTRATIVAS BOGOTA)	BOGOTA/ BARRANQUILLA	P																							
Evaluacion Higienica de iluminaccion (ADMINISTRATIVAS BARRANQUILLA)		P																							
programar una campaña de mantenimiento periódico y preventivo a las luminarias						P																			
Ejecucion y seguimiento a planes de accion generado de los estudios higienicos	OFICINA BOGOTA/ BARRANQUILLA					P				P															
Tomar acciones de mejora, de acuerdo a los resultados en conjunto con el COPASST	TODOS LOS PROYECTOS					P																			
Capacitacion IMPORTANCIA DEL USO ADECUADO DE LUZ ARTIFICIAL	PERSONAL ADMINISTRATIVO							P																	

PLAN DE ACCION

PLAN DE ACCION	RESPONSABLE	FECHA DE EJECUCION (D-M-A)	FECHA DE VERIFICACION (D-M-A)

INDICADOR DE CUMPLIMIENTO TRIMESTRAL																							
2	0	0	0	3	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0%		#####		0%		0,0		0,0		####		#####		####		####		####		####		#####	
#¡DIV/0!						#¡DIV/0!						#¡DIV/0!						#¡DIV/0!					
I TRIMESTRE						II TRIMESTRE						III TRIMESTRE						IV TRIMESTRE					

	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:	SST-D-12
INGENIERIA MASTER S.A.S	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE MEDICINA PREVENTIVA	VERSION:	1
		FECHA DE EMISION:	23/03/2019

OBJETIVO

Implementar acciones dirigidas a prevenir la aparición de enfermedad laboral y accidentes de trabajo, así como la gestión de los factores de riesgo laborales, para mejorar las condiciones generales de salud y calidad de vida de los trabajadores

ALCANCE

Aplica a todos los procesos y actividades de la empresa **INGENIERIA MASTER S.A.S.** y los distintos **CONSORCIOS** que integre.

RESPONSABILIDAD

Coordinador de SST

INDICADOR

META	NOMBRE DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	FORMULA	FRECUENCIA DE MEDICION	FUENTE	RESPONSABLE
90%	CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA	PROCESO	Numero de actividades programadas / Numero de actividades ejecutadas x100	TRIMESTRAL	cronograma de actividades de medicina preventiva	Coordinador SST

		ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA 2022																							
				ENE		FEB		MAR		ABR		MAY		JUN		JUL		AGO		SEP		OCT		NOV		DIC	
				P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
H	MEDICINA PREVENTIVA	Realizar Examenes de Ingreso de acuerdo a profesiograma	Gestion Humana	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
		Realizar Examenes Periodicos de acuerdo a profesiograma	Gestion Humana	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
		Realizar Examenes de Retiro	Gestion Humana	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
		Divulgacion de profesiograma a persona encargado del envio de las Evaluaciones medicas Ocupacionales para fortalecer su conocimiento	Coordinador SST			P	E																				
		Comunicación de resultados de EMO y Seguimiento recomendaciones medicas por ingreso y enfermedad comun	Coordinador SST			P	E			P	E			P	E			P	E			P	E			P	
		Realizar registro de remision a EPS	Coordinador SST			P	E			P	E			P	E			P	E			P	E			P	
		Realizar Encuesta Sociodemograficas	Coordinador SST	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E			P	E				
		Realizar registro de las incapacidades medicas	Gestion Humana Coordinador SST			P	E			P	E			P	E			P	E			P	E			P	
		Realizar Diagnostico de vigilancia Epidemiologico BIOMECANICO	Fisioterapeuta															P	E								
		Establecer plan de trabajo para PVE BIOMECANICO	Fisioterapeuta															P									
		Realizar diagnostico de vigilancia Epidemiologico PSICOSOCIAL	Psicologo															P	E								
		Establecer plan de trabajo para PVE PSICOSOCIAL	Psicologo																							P	
		Seguimiento a casos de enfermedad laboral	Coordinador SST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
		Realizar Brigada de salud (Ralizar actividades de tamizaje cardiovascular (peso y talla, valoración optometrica)	Coordinador SST											P	E												
	CAPACITACION	Capacitacion en prevencion de patologias visuales por el uso de video terminales, pausas activas visuales	Coordinador SST									P															
		Capacitacion en prevención de patologias auditivas	Coordinador SST							P																	
		Charla: dislipidemia, Diabetes y riesgo cardiovascular	Coordinador SST									P															
		estres y riesgo cardiovascular	Coordinador SST													P											
		Capacitacion en prevenciòn de enfermedades comunes y/o virales	Coordinador SST															P									
		socializacion de prevencion de accidentes comunes y las afectaciones en salud con respecto a los mienbros inferiores	Coordinador SST															P									
V		Verificar el cumplimiento de las recomendaciones medicas ocupacionales	Coordinador SST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
		Verificar los indicadores de Ausentismo, Accidentalidad y enfermedad laboral	Coordinador SST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
		Verificar el cumplimiento del cronograma de actividades	Coordinador SST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
		Verificar con el Copasst las observaciones obtenidas de las actividades realizadas	Coordinador SST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
A		Establecer planes de Accion	Coordinador SST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

PLAN DE ACCION

PLAN DE ACCION	RESPONSABLE	FECHA DE EJECUCION (D-M-A)	FECHA DE VERIFICACION (D-M-A)

CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA																									
	3	3	7	7	3	3	7	6	4	3	7	7	4	3	11	8	2	2	6	6	2	2	6	2
	1,0		1,0		1,0		0,9		0,8		1,0		0,8		0,7		1,0		1,0		1,0		0,3	
	100%						87%						83%						78%						
	I TRIMESTRE						II TRIMESTRE						III TRIMESTRE						IV TRIMESTRE						

	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDA Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:	SST-PG-06
	PROGRAMA DE ORDEN Y ASEO	VERSION:	1
		FECHA DE EMISION:	25/05/2019

OBJETIVO

Ofrecer una ambiente laboral seguro, ordenado, limpio y saludable en **INGENIERIA MASTER S.A.S.** y los distintos **CONSORCIOS** que este inegra, mediante una gestión de orden y aseo que permita mejorar las condiciones ambientales con el fin de optimizar los proceso y el espacio físico.

ALCANCE

Aplica a todos los procesos y actividades de la empresa **INGENIERIA MASTER S.A.S.** y los distintos **CONSORCIOS** que este inegra, en todos las ciudades.

RESPONSABILIDAD

Coordinador SGSST

INDICADOR

META	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	FRECUENCIA DE MEDICION	FUENTE	RESPONSABLE
90%	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	Numero de actividades programadas / Numero de actividades ejecutadas x100	TRIMESTRAL	Programa de orden y aseo	Coordinador SGSST

ACTIVIDADES	CRONOGRAMA 2022																							
	ENE		FEB		MAR		ABR		MAY		JUN		JUL		AGO		SEP		OCT		NOV		DIC	
	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
Programar Capacitacion en Orden Y aseo							P	E																
Programar Inspecciones de orden y aseo	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	
Programar jornadas de orden aseo y limplieza											P										R	E		
Verificar el cumplimiento del programa por medio de los indicadores																							P	
Establecer planes de Accion																							P	

PLAN DE ACCION

PLAN DE ACCION	RESPONSABLE	FECHA DE EJECUCION (D-M-A)	FECHA DE VERIFICACION (D-M-A)

INDICADOR DE CUMPLIMIENTO TRIMESTRAL																							
	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	0
	0,0		0,0		0,0		1,0		1,0		0,5		1,0		1,0		1,0		1,0		2,0		0,0	
	0%						83%						100%						100%					
	I TRIMESTRE						II TRIMESTRE						III TRIMESTRE						IV TRIMESTRE					

OBJETIVO GENERAL DEL PROGRAMA
Controlar y mitigar los riesgos inherentes a la actividad de alturas, verificando el estado de los equipos, capacitando y concientizando al personal acerca de los peligros y riesgos a los que están expuestos durante las actividades en la
ALCANCE
Aplica para todo el personal que dentro de sus actividades lleve inmerso el trabajo en alturas en **INGENIERIA MASTER S.A.S Y LOS GRUPOS EMPRESARIALES.**
RESPONSABLE
Coordinador SST

CRONOGRAMA 2022

ACTIVIDADES	RESPONSABLE(S)	ENE		FEB		MAR		ABR		MAY		JUN		JUL		AGO		SEP		OCT		NOV		DIC	
		P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
Realizar seguimiento a la socializacion del programa de protección contra caidas a todos los consorcios (registros de la socializacion del personal de las obras)	Coordinador SSTA																			P	E				
CAPACITACION EN BUSQUEDA Y RESCATE (ESPACIOS CERRADO, ALTURA, TECNICAS DE BUSQUEDA) Programar Simulacros de rescate en alturas	Coordinador SSTA																			P					
Revision de fechas de vencimientos de cursos de *Reentrenamiento de Coordinador de Trabajo en Altura Enviar a formacion al personal con fecha proxima a vencer	Coordinador SSTA			P	E							P	E									P	E		
Inspeccion anual de Equipos de Trabajo Seguro en altura	Coordinador SSTA/ Proveedor de TSA					P																			
Limpieza de a los equipos de trabajo en alturas	Coordinador SSTA/SISO					P																			
Coordinar con la contratista el cumplimiento de la implementacion de medidas colectivas de prevencion de acuerdo a lo establecido en la resolucion 1409 de 2012- ART.16 ÍTEM A) "PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS DE OBJETOS, SE DEBEN DELIMITAR ÁREAS PARA PASO PEATONAL Y MALLAS ESCOMBRERAS".	Coordinador SSTA					P																			
Hacer seguimiento al diligenciamiento de los formatos requeridos para la tarea (Permiso de TSA, ATS, Inspección de EPCC, Hojas de vida de equipos, Lista de chequeo, inspección de andamio, inspección de escalera.)	Coordinador SSTA					P						P				P								P	
NIVEL DE CUMPLIMIENTO		0	0	1	1	4	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1	0	2	1	1	1	1	0
		0%		100%		0%		0%		0%		50%		0%		0%		0%		200%		100%		0%	

INDICADOR DEL PROGRAMA						
TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR					
PROCESO	Cumplimiento de la programación	No de actividades programadas / No de actividades ejecutadas	x 100%	META	Sueno	Aceptable
				90 %	>80%	70% a 89%

COORDINADOR SST

MES	# Actividades Programadas	# Actividades Ejecutadas	% De Cumplimiento	I TRIMESTRE		II TRIMESTRE		III TRIMESTRE		IV TRIMESTRE	
ENERO	0	0	####								
FEBRERO	1	1	100%								
MARZO	4	0	0%								
ABRIL	0	0	####								
MAYO	0	0	####								
JUNIO	2	1	50%	5	1	2	1	1	0	4	2
JULIO	0	0	####								
AGOSTO	0	0	####								
SEPTIEMBRE	1	0	0%								
OCTUBRE	2	1	50%								
NOVIEMBRE	1	1	100%								
DICIEMBRE	1	0	0%								
				20%		50%		0%		50%	

ANALISIS	
TRIMESTRE I	
TRIMESTRE II	
TRIMESTRE IV	

ACCIONES PROPUESTAS	RESPONSABLE		FECHA DE SEGUIMIENTO

	SISTEMA DE GESTION DE SEGRUIDD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:	SST-PG-02
INGENIERIA MASTER SAS	PROGRAMA DE INSPECCIONES PLANEADAS	VERSION:	1
		FECHA DE EMISION:	23/03/2019

OBJETIVO

Tomar medidas preventivas y/o correctivas que disminuyan la exposición a pérdidas y los posibles daños a personas, ambiente e infraestructura, y Hacer seguimiento a las medidas de prevención inplementadas.

ALCANCE

Aplica a todos los procesos y actividades realizadas por parte de la empresa **INGENIERIA MASTER S.A.S** y los **CONSORCIÓS** que la conforman.

RESPONSABLES

Coordinador SST
Gerencia
Copasst

INDICADOR

META	NOMBRE DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	FORMULA	FRECUENCIA DE MEDICION	FUENTE	RESPONSABLE
90%	CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA	PROCESO	Numero de inspecciones programadas / Numero de inspecciones ejecutadas x100	TRIMESTRAL	Cronograma de actividades del programa de inspecciones	Coordinador SSST
80%	EFICACIA DEL PROGRAMA	RESULTADO	Número de mejoras sugeridas en las inspecciones/ Número de mejoras inplementadas X100	TRIMESTRAL	Programa de inspecciones	Coordinador SSST

ACTIVIDADES		ALCANCE	CRONOGRAMA 2022																							
			ENE		FEB		MAR		ABR		MAY		JUN		JUL		AGO		SEP		OCT		NOV		DIC	
			P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
H	INSPECCIÓN LOCATIVA OBRA	Oficinas (Bogota- Barranquilla) Proyectos activos	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P	
	INSPECCION DE EXTINTORES		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P	
	INSPECCIÓN DE BOTIQUINES		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P	
	INSPECCIÓN DE EPP´S		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P	
	INSPECCIÓN LOCATIVA OFICINA		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P	
	INSPECCION VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD						P								P											
	INSPECCION PREOPERACIONAL DE VEHICULO	P. Gobernacion del Atlantico	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P	
V	Verificar con el Copasst las observaciones o mejoras de cada inspeccion	Copasst																								
A	Establecer planes de Accion																									

PLAN DE ACCION

PLAN DE ACCION	RESPONSABLE	FECHA DE EJECUCION (D-M-A)	FECHA DE VERIFICACION (D-M-A)

CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA																							
	6 0	6 0	7 0	6 0	6 0	6 0	7 0	6 0	6 0	6 0	6 0	6 0	6 0	6 0	6 0	6 0	6 0	6 0	6 0	6 0	6 0	6 0	6 0
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	0%			0%				0%				0%				0%							
	I TRIMESTRE			II TRIMESTRE				III TRIMESTRE				IV TRIMESTRE											

UBICACION:	
RESPONSABLE SEGUIMIENTO:	
PROCESO	**CARGOS**
OPERATIVO	**1. SUPERVISOR SST REGIÓN CARIBE** **2. GERENTE DE PROYECTOS REGIÓN CARIBE** **3. COORDINADOR DE PROYECTOS** **4. AUXILIAR SISOMA** **5. COORDINADOR SISO OBRA** **6. TRABAJADORA SOCIAL (CAMPO)**
	SERVICIOS VARIOS
	1. SUPERVISOR SST REGIÓN CARIBE **2. GERENTE DE PROYECTOS REGIÓN CARIBE** **3. COORDINADOR DE PROYECTOS** **4. AUXILIAR SISOMA** **5. COORDINADOR SISO**

	OBRA **6. TRABAJADORA SOCIAL (CAMPO)** **7. GERENTE DE PROYECTOS REGIÓN CENTRO** **8. COORDINADOR DE INTERVENTORÍA** **9. RESIDENTE DE INTERVENTORÍA** **10. ARQUITECTO RESIDENTE** **11. COORDINADOR DE CALIDAD Y PGIO** **12. COORDINADOR TECNICO Y PROGRAMACIÓN DE OBRA**
	SERVICIOS VARIOS
	1. COORDINADOR SGSST 1 **2. CONTADORA 1** **3. AUXILIAR CONTABLE 1** **4. AUXILIAR TÉCNICA 1** **5. GERENTE DE RECURSOS HUMANOS 1**

ADMINISTRATIVOS Y OPERATIVOS	1. SUPERVISOR SST REGIÓN CARIBE 2. COORDINADOR TIC
	SERVICIOS VARIOS
	1. COORDINADOR SGSST. 2. CONTADORA Y AUXILIAR CONTABLE 3. AUXILIAR TÉCNICA
	1. COORDINADORA ADMINISTRATIVA 2. ANALISTA ADMINISTRATIVA 3. AUXILIAR ADMINISTRATIVA 2. SERVICIOS VARIOS 3. RESIDENTE DE INTERVENTORÍA 4. ARQUITECTO RESIDENTE
OPERATIVO	1. SUPERVISORA SST REGIÓN CARIBE 2. DIRECTO DE PROYECTOS 3. COORDINADOR DE PROYECTOS 4. AUXILIAR SISOMA
	SERVICIOS VARIOS

ADMINISTRATIVO Y OPERATIVO	TODO EL PERSONAL
ADMINISTRATIVO Y OPERATIVO	1. COORDINADORA SGSST 2. GERENTE GENERAL 3. CONTADOR 4. AUXILIAR CONTABLE 5. GERENTE DE RECURSOS HUMANOS 6. COORDINADOR ADMINISTRATIVO 7. AUX
OPERATIVO	1. SUPERVISORA SST REGIÓN CARIBE 2. COORDINADOR DE PROYECTOS 3. AUXILIAR SISOMA 4. COORDINADOR SISO OBRA 5. TRABAJADORA SOCIAL (CAMPO) 6. COORDINADOR DE CALIDAD Y PGIO

ADMINISTRATIVO Y OPERATIVO	TODO EL PERSONAL
	1. GERENTE GENERAL 2. GERENTE ADMINISTRATIVO REGIÓN CARIBE Y REGIÓN CENTRO 3. AUXILIAR CONTABLE 4. AUXILIAR TECNICA
ADMINISTRATIVO	1. GERENTE GENERAL 2. GERENTE ADMINISTRATIVO REGIÓN CARIBE Y REGIÓN CENTRO 3. COORDINADOR TIC
ADMINISTRATIVO/OPERATIVO	1. GERENTE GENERAL 2. GERENTE ADMINISTRATIVO REGIÓN CARIBE Y REGIÓN
OPERATIVO	1. SUPERVISOR SST REGIÓN CARIBE 2. COORDINADOR DE PROYECTOS 3. AUXILIAR SISOMA
OPERATIVO	1. COORDINADOR TIC 2. COORDINADOR DE INTERVENTORÍA 3. RESIDENTE DE INTERVENTORÍA 4. COORDINADOR DE CALIDAD Y PGIO

OPI	5.COORDINADOR TECNICO Y PROGRAMACIÓN DE OBRA 6.DIRECTOR DE

MES
CUMPLIMIENTO

NUMERO DE TRABAJADORES:

PELIGRO	CLASIFICACION
1. PICADURA DE INSECTOS Y VECTORES 2. ACCIDENTES OFÍDICOS (MORDEDURA DE VÍBORAS).	**BIOLÓGICO**
VIRUS Y BACTERIAS	

EXPOSICION A AGENTES BIOLOGICOS COMO EL VIRUS SARS-CoV-2 (CONTACTO DIRECTO ENTRE PERSONAS, CONTACTO CON OBJETOS CONTAMINADOS)	**BIOLOGICO**
MANIPULACIÓN DE SUSTANCIAS QUIMICAS (DETERGENTE EN POLVO, LIMPUDO, DESINFECTANTE, MAGISTRL (ACIDO FOFORICO) ETC.	**QUIMICO**
POSTURA PROLONGADA SENTADO	

POSTURA MANTENIDA DE PIE	**BIOMECANICO**
POSTURA PROLONGADA DE PIE	
MOVIMIENTO REPETITIVO EN MIEMBROS SUPERIORES	
POSTURAS INCOMODAS (FLEXIÓN DE ESPALDA Y CUELLO, AGACHADO, INCLINACIÓN, CUCLILLAS, ETC.)	
MECANICO (PROYECCION DE PARTICULAS)	
MECÁNICO (MANIPULACIÓN DE UTENSILIOS DE COCINA COMO CUCHILLO)	
ELECTRICO (CONTACTO CON ALTA Y BAJA	

TENSION)		
LOCATIVO (ESPACIO REDUCIDO, CAIDAS A NIVEL Y DESNIVEL)		
LOCATIVO DESPLOME DE ESTRUCTURA	**CONDICIONES DE SEGURIDAD**	
LOCATIVO CAIDA DE OBJETOS		

TECNOLOGICO INCENDIO	
ACCIDENTE DE TRANSITO (CHOQUES, VOLCAMIENTOS, ATROPELLAMIENTO)	
ACCIDENTES AEREOS	**CONDICIONES DE SEGURIDAD**
PUBLICO (ROBOS, ATRACOS)	
ATRAPAMIENTO POR DERRUMBE O DESLIZAMIENTOS DE TIERRA	
TRABAJO EN ALTURAS	

ACTIVIDADES EJECUTADAS	ACTIVIDADES TOTAL
9	75
TOTAL CUMPLIMIENTO	

PRIORI

	FECHA:
CARGO:	
FUENTE GENERADORA	**NIVEL DEL RIESGO**
1. DESARROLLO DE LABORES EN LUGAR RODEADO DE VEGETACIÓN ALEDAÑA, ACUMULACIÓN DE ESCOMBROS QUE FACILITAN LA PROLIFERACIÓN DE CULEBRAS, VECTORES E INSECTOS COMO GUSANOS, MOSQUITOS, PANAL DE ABEJAS EN LOS ÁRBOLES, ETC., DURANTE VISITAS PROYECTOS (PARQUES). 2.	360
LAVADO DE BAÑO Y RECOLECCION DE BASURAS	150

COMPARTIR AMBIENTES DE LA EMPRESA	200
PRODUCTOS UTILIZADOS DURANTE EL LAVADO DE BAÑO Y ASEO DE OFICINA. 1. BANLQUEADOR 2. DESINFECTANTE 3. DETERGENTE 5. LIMPIA VIDRIOS 6. LUSTRA MUEBLES 7. LAVA LOZA 8. MAGISTRAL (ACIDO FOSFORICO)	150
1. DESARROLLO DE LABORES TODA O LA MAYOR PARTE DE LA JORNADA LABORAL SENTADO AL REDACTAR INFORMES INHERENTES AL SG-SST, DISEÑO DE FORMATOS, SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES, SEGUIMIENTO A INDICADORES, ENVIAR Y	

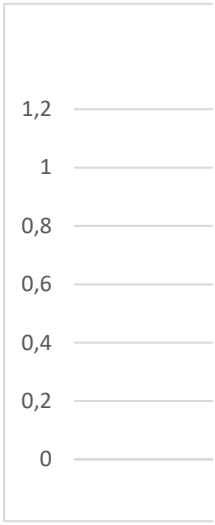
1. DESARROLLO DE LABORES PARTE DE LA JORNADA LABORAL DE PIE AL REALIZAR RECORRIDO Y SUPERVISIONES EN LOS PROYECTOS	
1. REDACCIÓN E INGRESO DIGITAL DE INFORMES PARTE DE LA JORNADA LABORAL AL PC, UTILIZANDO TECLADO,	150
VERIFICACIÓN DE NIVELES, ESTRUCTURA, ACERO DE LOSA, PUNTOS ELÉCTRICOS, TUBERÍAS, ESQUIVAR GATOS PARA VERIFICAR ALTURA DE LA ESTRUCTURA, APROBAR NIVEL Y DESNIVEL DE SUELO, ETC. UTILIZANDO CINTA MÉTRICA, NIVEL LASER Y LÁPIZ.	
PROYECCIÓN DE PARTÍCULAS GENERADAS POR LA UTILIZACIÓN DE HERRAMIENTAS EN EL PROYECTO, TALES COMO TRONZADORA Y PULIDORA,	150
REALIZAR LABORES DE CAFETERÍA, COMO CORTAR PAN, FRUTAS, ETC.	150
1. MANIPULACIÓN DE EQUIPOS ENERGIZADOS (COMPUTADOR, IMPRESORA, NEVERA, HORNO MICROONDAS, ETC). 2. INSTALACIONES	

2. INSTALACIONES ELÉCTRICAS EN LA OFICINA 3. CABLES EN PISO, DURANTE EL DESARROLLO DE SUS LABORES DE ASEO	
1. OBSTÁCULOS EN PISOS (CABLES) 2. OBJETOS DE OFICINA (ESCRITORIOS, SILLAS, PAPELERA) 3.ORDEN Y ASEO DEFICIENTE. 4. ESPACIO REDUCIDO, ETC. 5. CONTACTO CON PISOS MOJADOS.	
1.FALLAS E INESTABILIDAD DE LA ESTRUCTURA DE OFICINA Y PROYECTO (EDIFICIOS, MUROS, PAREDES, ETC).	150
1. MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN MIENTRAS SE DESPLAZA EN LOS PROYECTOS	150

1. EQUIPOS ELÉCTRICOS PRESENTES EN LA OFICINA Y PROYECTOS (COMPUTADORES, IMPRESORAS, NEVERA, HORNO MICROONDAS, VIDEO BEN, NEVERA, HERRAMIENTAS ELÉCTRICAS EN LOS PROYECTOS, ETC.) 2. DOCUMENTOS PRESENTES EN EL ÁREA DE TRABAJO.	150
1.VEHÍCULOS DE TRANSPORTE PRESENTES EN LAS VÍAS PÚBLICAS (AL DESPLAZARSE EN EL VEHÍCULO PROPIO, PUBLICO O A PIE, DENTRO Y FUERA DE LA CIUDAD DURANTE VISITAS A SUCURSALES DE LA EMPRESA, BANCOS, OFICINAS DE CLIENTES, ETC.) 2.AL DESPLAZARSE EN EL VEHÍCULO DE	360
1. VIAJAR EN AVIÓN A OTRAS CIUDADES DURANTE VISITA A OFICINAS SUCURSALES DE LA EMPRESA	240
1. DELINCUENCIA COMUN Y ORGANIZADA PRESENTE EN LA CIUDAD, DURANTE EL DESPLAZAMIENTO A BANCOS O ESTADÍA EN LA OFICINA. 2. REALIZAR VISITA A SUCURSALES DE	360
1. TRANSITAR POR ZONAS VULNERABLES, HÚMEDAS ALREDEDOR DE LA EXCAVACIÓN DURANTE RECORRIDO DE INSPECCIÓN CORRESPONDIENTE EN LOS PROYECTOS	360
1. MANTENIMIENTO LOCATIVO Y DE LUMINARIAS EN ESCALERAS CON UNA ALTURA SUPERIOR A 1.50M SOBRE UN NIVEL INFERIOR. 2. SUPERVISIÓN DE LABORES REALIZADAS EN LOS PROYECTOS A UNA	720

ALTURA SUPERIOR A 1.50 M (VERIFICACIÓN DE NIVELES A MUROS, FOSOS DE ASCENSORES, LOSA, ETC)	

CUMPLIMIENTO
12%
12%



ZACIÓN

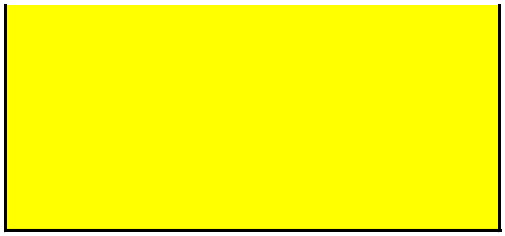
ACEPTABILIDAD DEL RIESGO
ACEPTABLE ON CONTROLES ESPECIFICOS
ACEPTABLE ON CONTROLES ESPECIFICOS

ACEPTABLE ON CONTROLES ESPECIFICOS
ACEPTABLE ON CONTROLES ESPECIFICOS

ACEPTABLE ON CONTROLES ESPECIFICOS
ACEPTABLE ON CONTROLES ESPECIFICOS
ACEPTABLE ON CONTROLES ESPECIFICOS
ACEPTABLE ON CONTROLES ESPECIFICOS

ESPECIFICOS
ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECIFICOS
ACEPTABLE ON CONTROLES ESPECIFICOS
ACEPTABLE ON CONTROLES ESPECIFICOS

ACEPTABLE ON CONTROLES ESPECIFICOS
ACEPTABLE ON CONTROLES ESPECIFICOS
ACEPTABLE ON CONTROLES ESPECIFICOS
ACEPTABLE ON CONTROLES ESPECIFICOS
ACEPTABLE ON CONTROLES ESPECIFICOS
ACEPTABLE ON CONTROLES ESPECIFICOS





DE RIESGOS Y S

FECHA DE SEGUIMIENTO: MARZO/2021
CONTROLES
1. REALIZAR EN CONJUNTO CON CONTRATISTAS CAMPAÑAS DE PREVENCION Y PROMOCION DE LA SALUD (LAVADO DE MANOS, PREVENCION DE ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS, BRIGADAS DE SALUD, ETC).
2. REALIAR EN CONJUNTO CON LA CONTRATISTA JORNADAS DE FUMIGACIÓN EN LA OBRA Y CONTROL DE MALEZA.
3. CAPACITACIÓN CON ÉNFASIS EN AUTOCUIDADO Y ATENCIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS POR ACCIDENTE OFÍDICO.
4. REALIZAR ENTREGA DE EPP (BOTAS DE SEGURIDAD) AL PERSONAL EXPUESTO.
1. CAPACITACIÓN SOBRE EL MANEJO DE RESIDUOS BILÓGICO.
2. CAPACITACIÓN SOBRE AUTO CUIDADO CON ÉNFASIS EN RIESGO BIOLÓGICO AL PERSONAL EXPUESTO.
3.SUMINISTRAR AL PERSONAL EXPUESTO EPP.
1. DIVULGACION DE PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA MITIGACION DE LA PROPAGACION DEL COVID-19.
2. DIVULGAR PROCEDIMIENTOS DE BIOSEGURIDAD PARA CONTRARRESTAR LA PROPAGACION Y TRANSMISION DEL VIRUS (LAVADO DE MANOS, USO ADECUADO DE TAPABOCAS, DISTANCIAMIENTO FISICO, ETIQUETA RESPIRATORIA).
3. REALIZAR MONITOREO DE SINTOMAS DE CONTAGIO POR COVID-19.

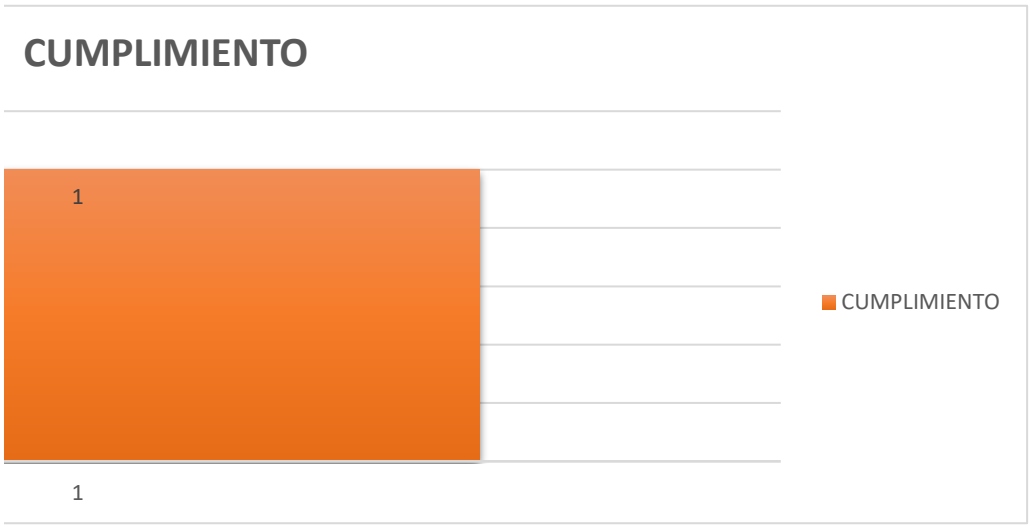
4. DIVULGACION MEDIANTE INDUCCION Y REINDUCCION INFORMACION ACERCA DEL COVID19 Y METODOS DE PREVENCION DE LA TRANSMISION Y PROPAGACION (PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD, MEDIDAS PREVENTIVAS, TECNICAS DE LAVADO ADECUADO DE MANOS, SIGNOS Y SINTOMAS, IMPORTANCIA DEL REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD, LIMPIEZA Y DESINFECCION DE SUPERFICIES Y PUESTOS DE TRABAJO, MECANISMOS DE COMUNICACION PARA CASOS SOSPECHOSOS, ENTRE OTROS).
5. REALIZAR CAMPAÑAS DE PREVENCION Y PROMOCION DE LA SALUD (LAVADO DE MANOS, COLOCACION Y RETIRO DE TAPABOCA).
6. REALIZAR ENTREGA DE TAPABOCA,
7. SEGUIMIENTO A REPORTE DE SINTOMAS DE TRABAJADORES MEDIANTE ENCUESTA DE CONDICIONES DE SALUD.
8. MEDICION DE TEMPERATURA AL INICIO DE LA JORNADA LABORAL PARA VERIFICAR ESTADO DE SALUD DE TRABAJADORES.
1. CAPACITACIÓN MANEJO SEGURO DE PRODUCTOS Y SUSTANCIAS QUÍMICAS DE ASEO UTILIZADAS EN LA LABOR.
2. CAPACITACIÓN SOBRE AUTOCUIDADO Y USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
3. DIVULGAR Y MANTENER LAS HOJAS DE SEGURIDAD DE LOS PRODUCTOS QUÍMICOS EN EL ÁREA DE TRABAJO.
4. SOCIALIZACION DE INSTRUCTIVOS EN NORMAS DE SEGURIDAD DE OFICIOS VARIOS
5. CAPACITACION SOBRE MANEJO DE RESIDUOS BIOLOGICOS
6. ETIQUETADO DE PRODUCTOS QUIMICOS
7. SUMINISTRAR AL PERSONAL EXPUESTO EPP (CALZADO SERRADO, GUANTES DE NITRILO, MASCARILLA DESECHABLE)
1. DISEÑAR PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA PREVENCIÓN DE LESIONES OSTEOMUSCULARES (CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES / CAPACITACIONES)
2. REALIZAR SEGUIMIENTO A LA PLANIFICACIÓN DE LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DE LAS SILLAS DE OFICINA.
3. CAPACITAR AL PERSONAL EN TEMAS RELACIONADOS CON EL RIESGO BIOMECÁNICO (HIGIENE POSTURAL).

4. REALIZAR (ASPT) ANÁLISIS SEGURO DE PUESTO DE TRABAJO.
5. REALIZAR ACTIVIDADES REFERENTES DEL PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE PREVENCIÓN DE LESIONES OSTEOMUSCULARES (VALORACIÓN OSTEOMUSCULAR DEL PERSONAL, INSPECCIONES BIOMECÁNICAS, ETC.).
6. REALIZAR ACTIVIDADES REFERENTES DEL PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE PREVENCIÓN DE LESIONES OSTEOMUSCULARES (VALORACIÓN OSTEOMUSCULAR DEL PERSONAL, INSPECCIONES BIOMECÁNICAS, ETC.).
7. REALIZAR EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS OCUPACIONALES CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR.
1. CAPACITACIÓN IMPORTANCIA DEL AUTO CUIDADO Y USO DE EPP
2. CAPACITACIÓN USO SEGURO DE HERRAMIENTAS DE OFICINA.
3. SUMINISTRAR GAFAS DE SEGURIDAD AL PERSONAL EXPUESTO.
1. CAPACITACIÓN O CHARLA IMPORTANCIA DEL CUIDADO CON LA UTILIZACIÓN DE HERRAMIENTAS DE COCINA.
1. REALIZAR JUNTO CON EL COPASST LAS INSPECCIONES DE SEGURIDAD.
2. DISEÑAR PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A EQUIPOS DE OFICINA (PC, IMPRESORA, AIRE ACONDICIONADO, HORNO MICRO ONDAS, ETC.)
3. CAPACITACIONES PREVENCIÓN DEL RIESGO ELÉCTRICO EN OFICINA .

4. CAPACITACIONES IDENTIFICACIÓN DE ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS.
4. AISLAR CABLES ELÉCTRICOS (ENTUBAR), SEÑALIZAR TABLERO ELÉCTRICO.
5. INSTALAR REGULADORES DE VOLTAJE A LOS EQUIPOS ENERGIZADOS DE LA OFICINA.
1. REALIZAR INSPECCIONES DE SEGURIDAD DE ORDEN Y ASEO
2. CAPACITACIÓN PREVENCIÓN DE CAÍDAS A NIVEL Y DESNIVEL
3. PROGRAMAR CAPACITACIÓN IDENTIFICACIÓN DE ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS
4. REALIZAR ASPT
5. ENTREGAR AL PERSONAL EXPUESTO BOTAS DE SEGURIDAD Y/O CALZADO DE SUELA ANTIDESLIZANTE.
1. DISEÑAR Y DIVULGAR NORMAS A SEGUIR EN CASO DE DESPLOME DE ESTRUCTURA.
2. REALIZAR SIMULACRO DE EVACUACIÓN PROGRAMADOS EN OFICINA Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES REFERENTES AL EVENTO EN LOS PROYECTOS. INCLUIR A CONTRATISTAS
3. REALIZAR INSPECCIÓN Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO
4. PARTICIPAR EN LOS SIMULACROS DE EVACUACIÓN PROGRAMADOS EN LOS PROYECTOS.
1. IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS COLECTIVAS DE PREVENCIÓN DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN 1409 DE 2012- ART.16 ÍTEM A) “PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS DE OBJETOS, SE DEBEN DELIMITAR ÁREAS PARA PASO PEATONAL Y MALLAS ESCOMBRERAS”.
2. CAPACITACIÓN CON ÉNFASIS EN IDENTIFICACIÓN DE ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS.
3. PROGRAMAR CAPACITACIÓN CON ÉNFASIS EN AUTO CUIDADO.
4. REALIZAR ENTREGA DE EPP (CASCOS DE SEGURIDAD) AL PERSONAL EXPUESTO.
1. SOCIALIZAR PLAN DE EMERGENCIAS Y PONS
2. CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO DE LA BRIGADA DE EMERGENCIAS.

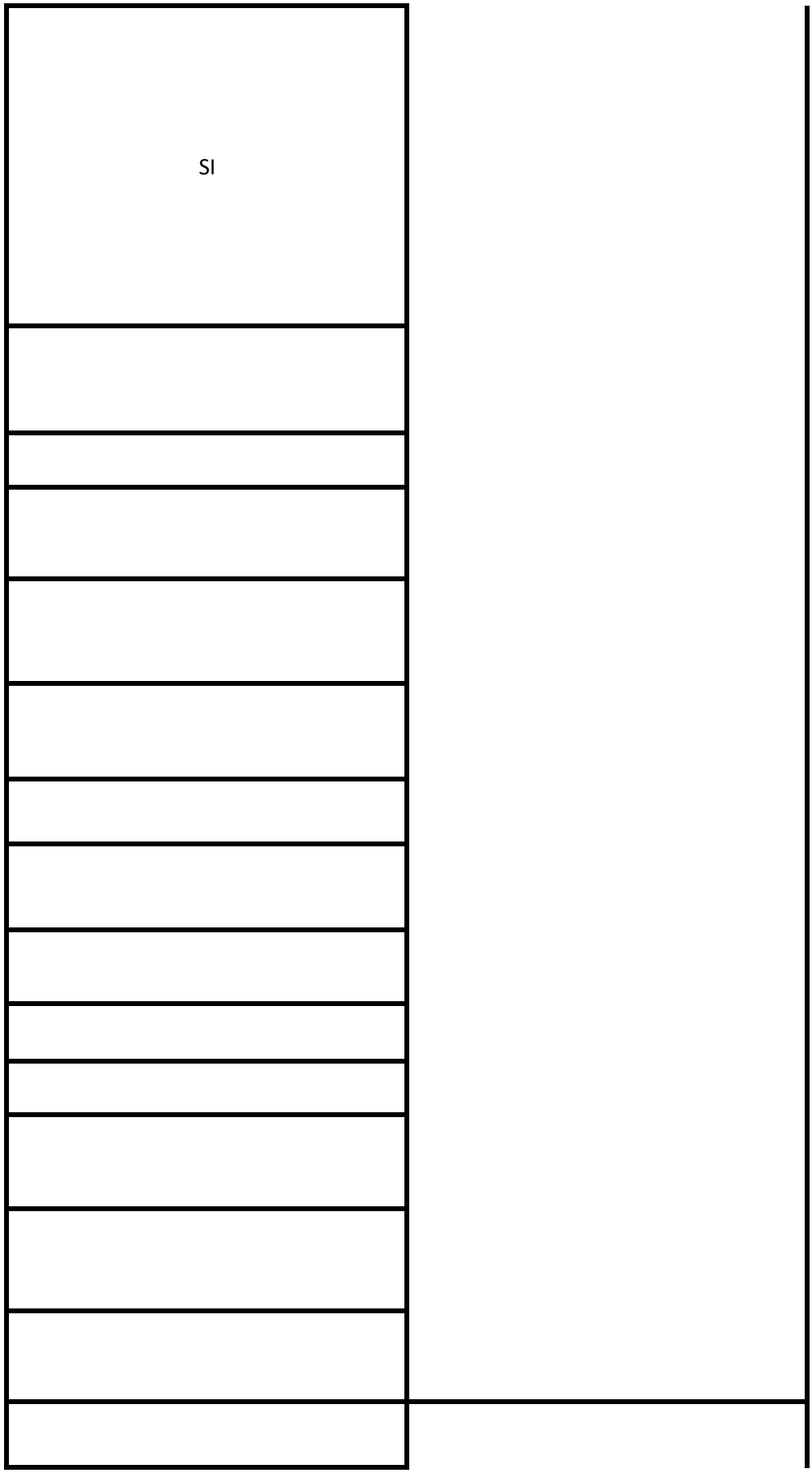
3. PROGRAMAR Y REALIZAR SIMULACRO DE EMERGENCIAS PROGRAMADOS EN OFICINA Y GARANTIZAR LA PARTICIPACIÓN DE TODO EL PERSONAL EN ACTIVIDADES REFERENTES AL EVENTO EN LOS PROYECTOS.
4. INSPECCIONES DE ELEMENTOS DE EMERGENCIAS VÍAS DE EVACUACIÓN, EXTINTORES, BOTIQUÍN, CAMILLA, SEÑALIZACIÓN).
5. PROGRAMAR CAPACITACIÓN EN USO ADECUADO DE EXTINTOR.
6. DOTAR EL ÁREA DE EXTINTORES Y RECURSOS PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS
1. CAPACITACIÓN NORMAS DE SEGURIDAD VIAL AL CONDUCTOR O PEATÓN (MANEJO DEFENSIVO, USO DEL CINTURÓN DE SEGURIDAD, NORMAS Y SEÑALES DE TRÁNSITO ETC.)
2. CAPACITACIÓN EN AUTO CUIDADO
3. DISEÑAR PROGRAMA DE GESTIÓN DE RIESGO PUBLICO SEGURIDAD VIAL
1. GARANTIZAR QUE LA COMPRA DE TIQUETES SEA EN AEROLINEAS RECONOCIDAS.
1. REALIZAR LA COMPRA DE TIQUETES EN AEROLINEAS RECONOCIDAS.
2. REALIZAR COMPRA DE POLIZA QUE CUBRA TODOS LOS RIESGOS
1. DISEÑAR Y IVULGAR NORMAS DE SEGURIDAD PARA ATENCION DEL RIESGO PUBLICO.
2. CAPACITACION PREVENCION DEL RIESGO PUBLICO AL PERSONAL EXPUESTO.
1. CAPACITACIÓN EN IDENTIFICACIÓN DE PELIGRO, ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS AL PERSONAL EXPUESTO
2. CAPACITAR EN AUTOCUIDADO
2. SUMINISTRAR AL PERSONAL EXPUESTO LOS EPP ADECUADOS (CASCO Y BOTAS DE SEGURIDAD)
1. SOCIALIZAR PROGRAMA DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS.
2. REALIZAR ENTRENAMIENTO EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS A TRABAJADORES EXPUESTOS.
3. SUMINISTRAR A TRABAJADORES EXPUESTOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS (CASCO CON BARBUQUEJO, ARNÉS DE SEGURIDAD, ESLINGA CON RESTRICCIÓN, GAFAS Y BOTAS DE SEGURIDAD).

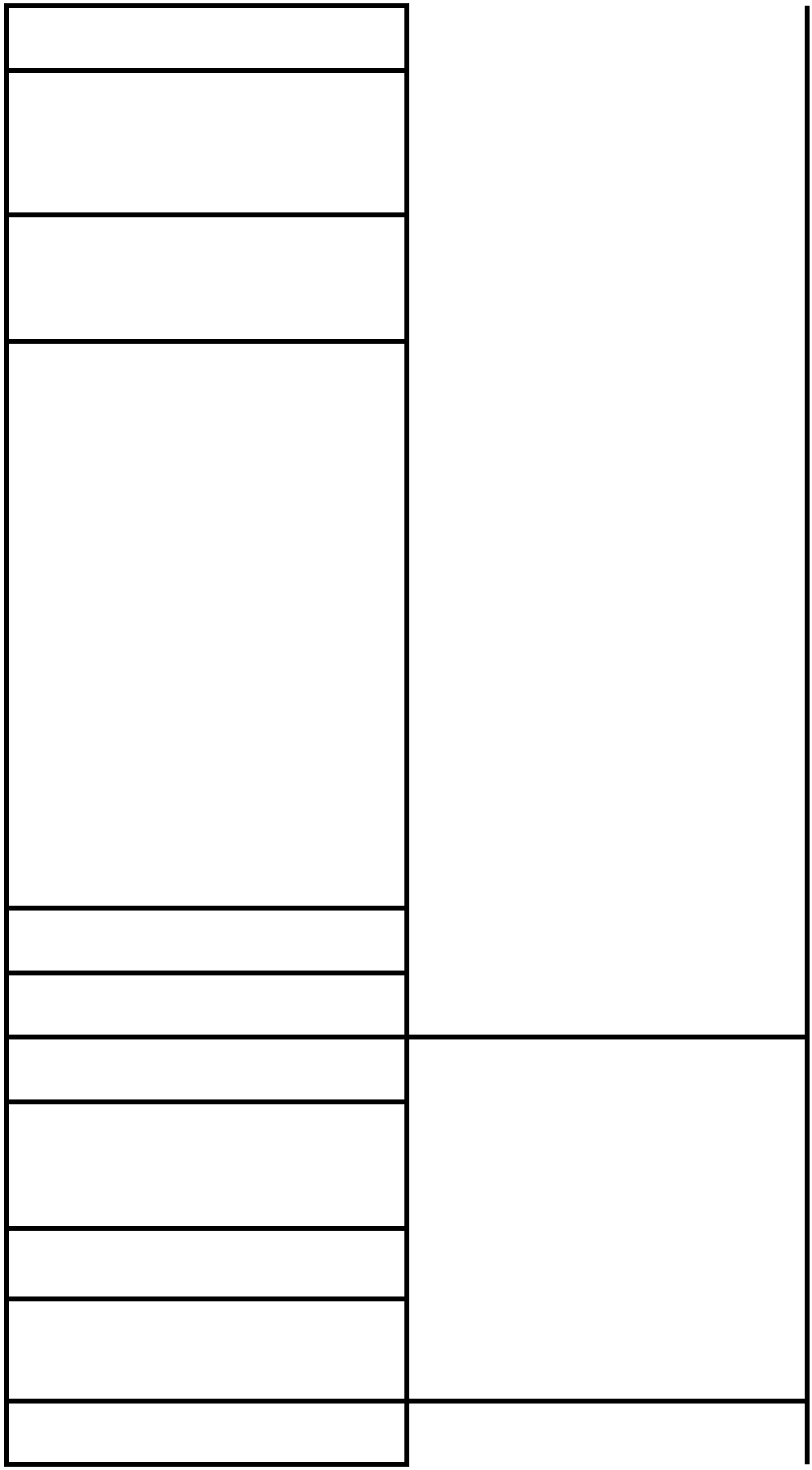
4. REALIZAR INSPECCIONES PRE OPERACIONALES A LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL CONTRA CAÍDAS
5. SOCIALIZAR PLAN DE RESCATE EN ALTURA (PONS)
6. PROGRAMAR CAPACITACIÓN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.



SEGUIMIENTO D

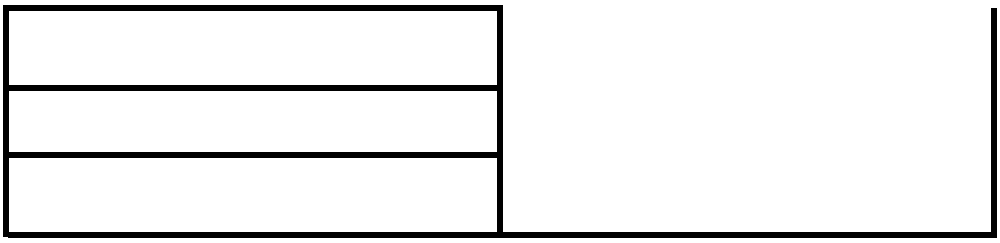
EVIDENCIA DE EJECUCION SI/NO	
	AT
SI	
SI	


SI



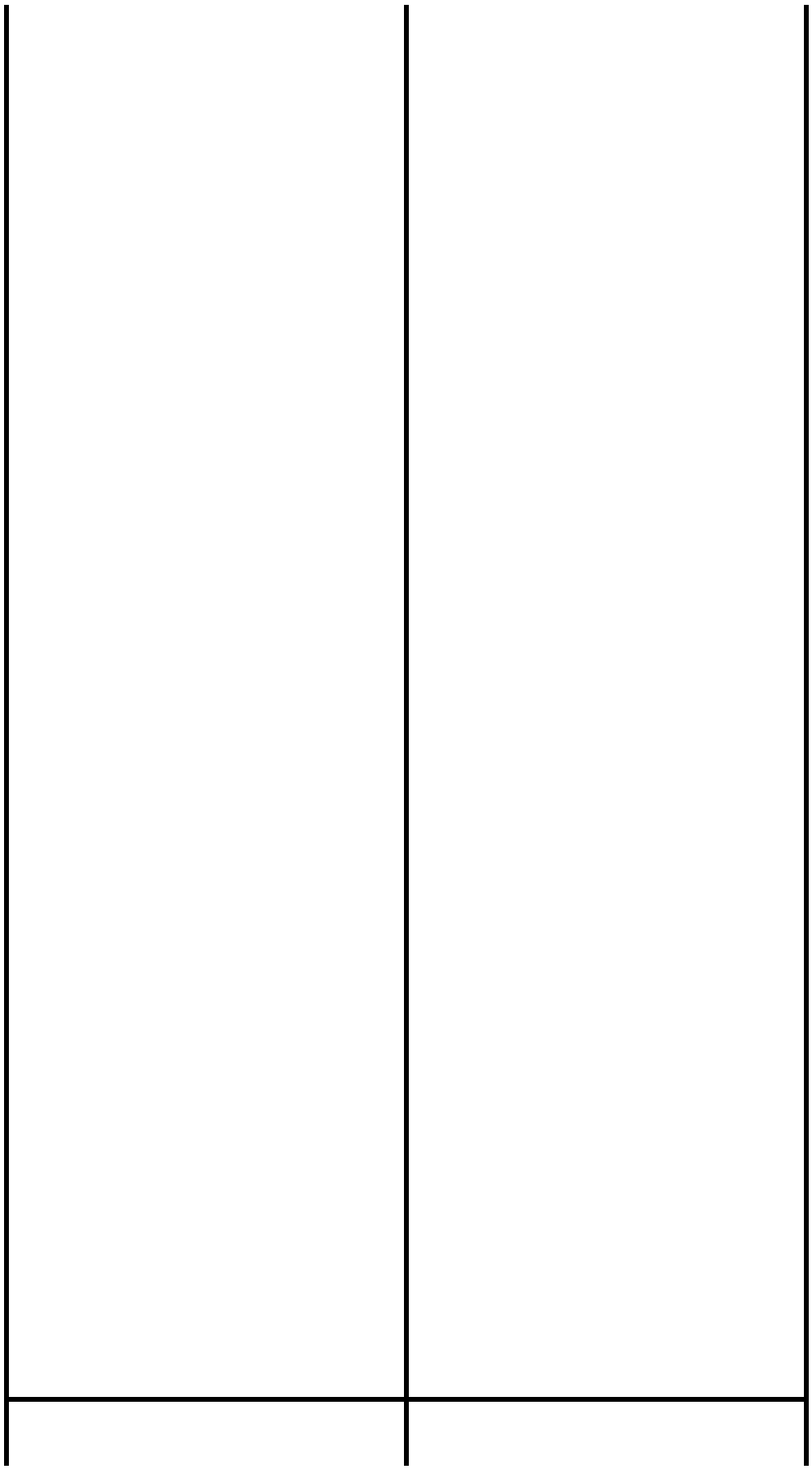
SI
SI
SI
SI

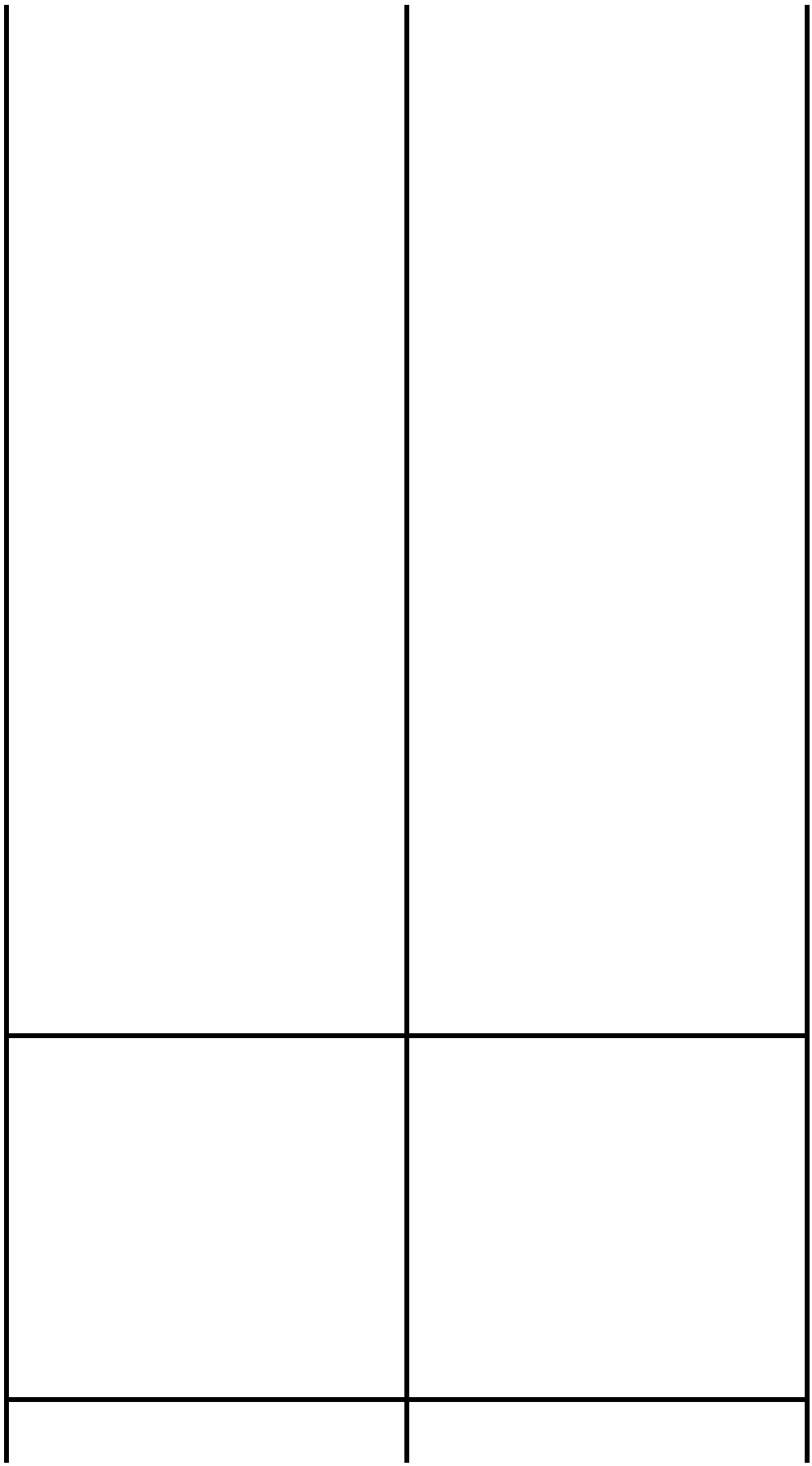
SI
SI

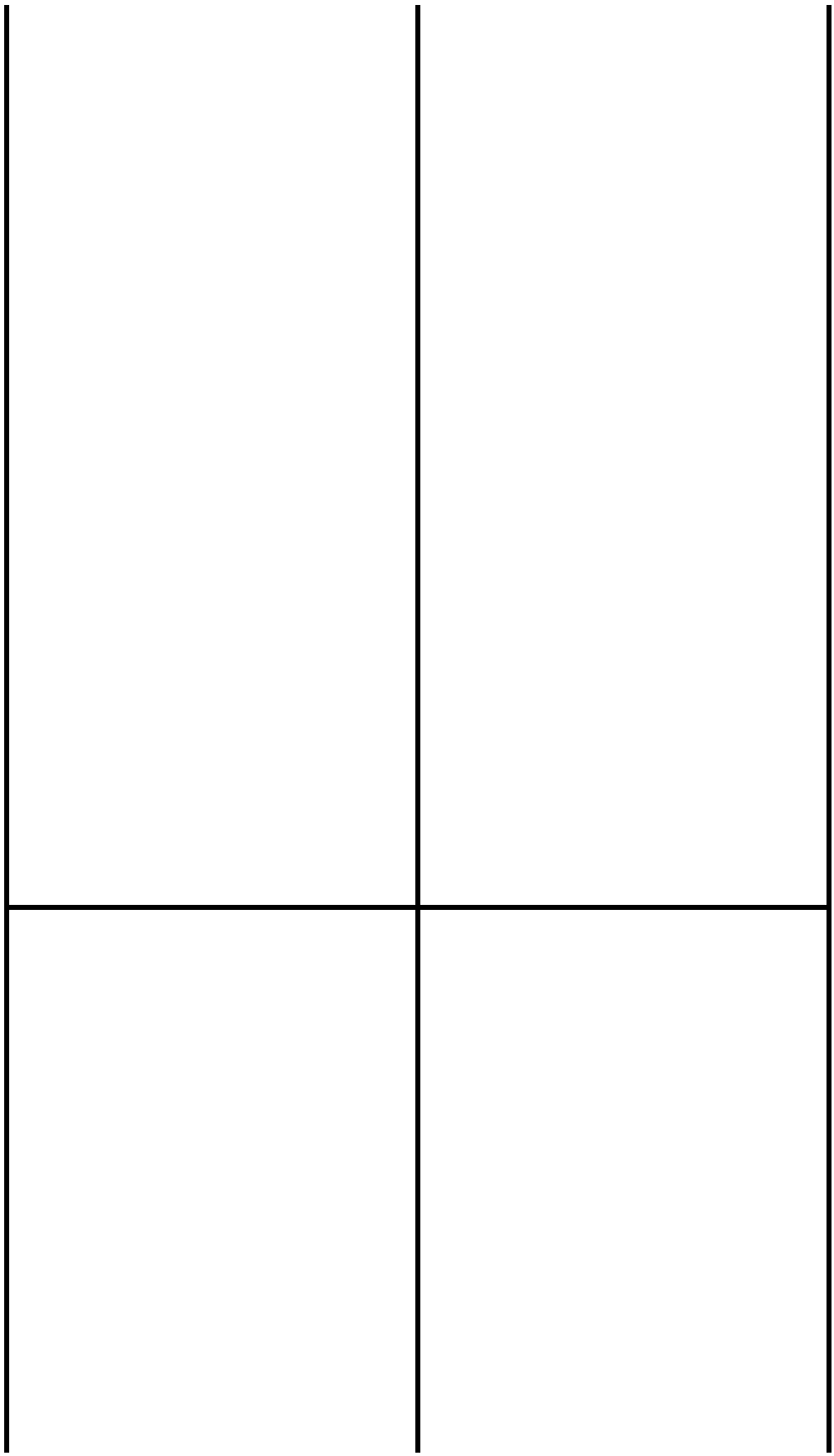


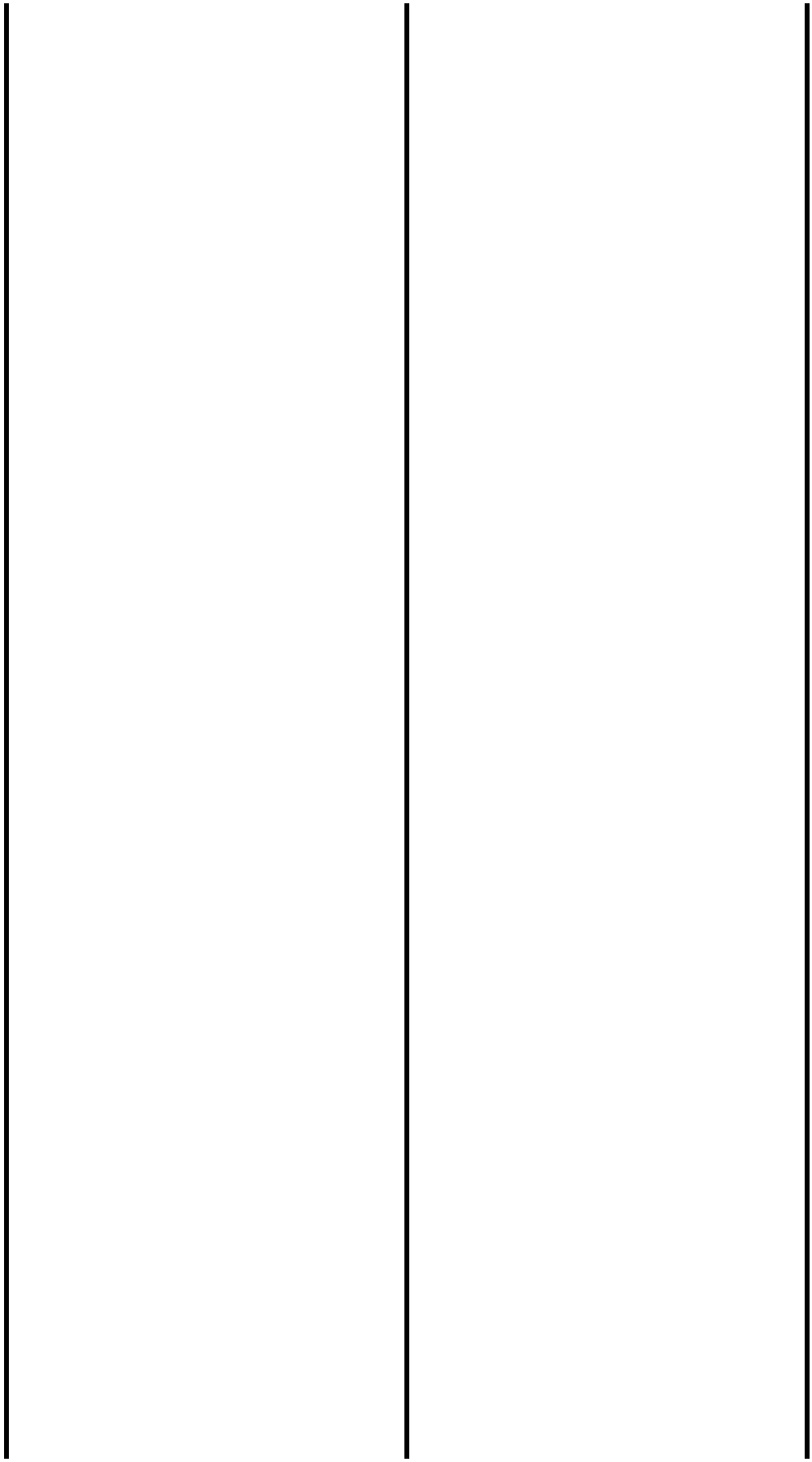
E CONTROLES

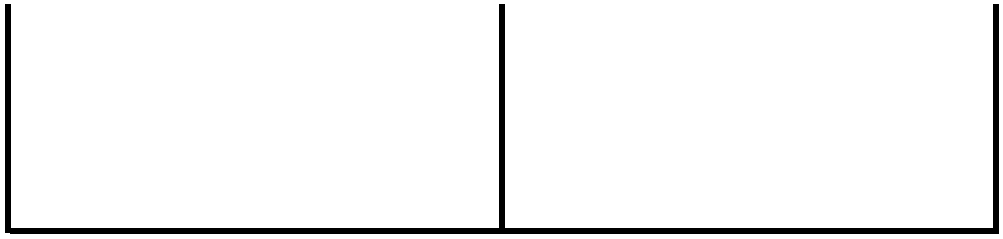
EFICACIA DE LC	
IT	EL



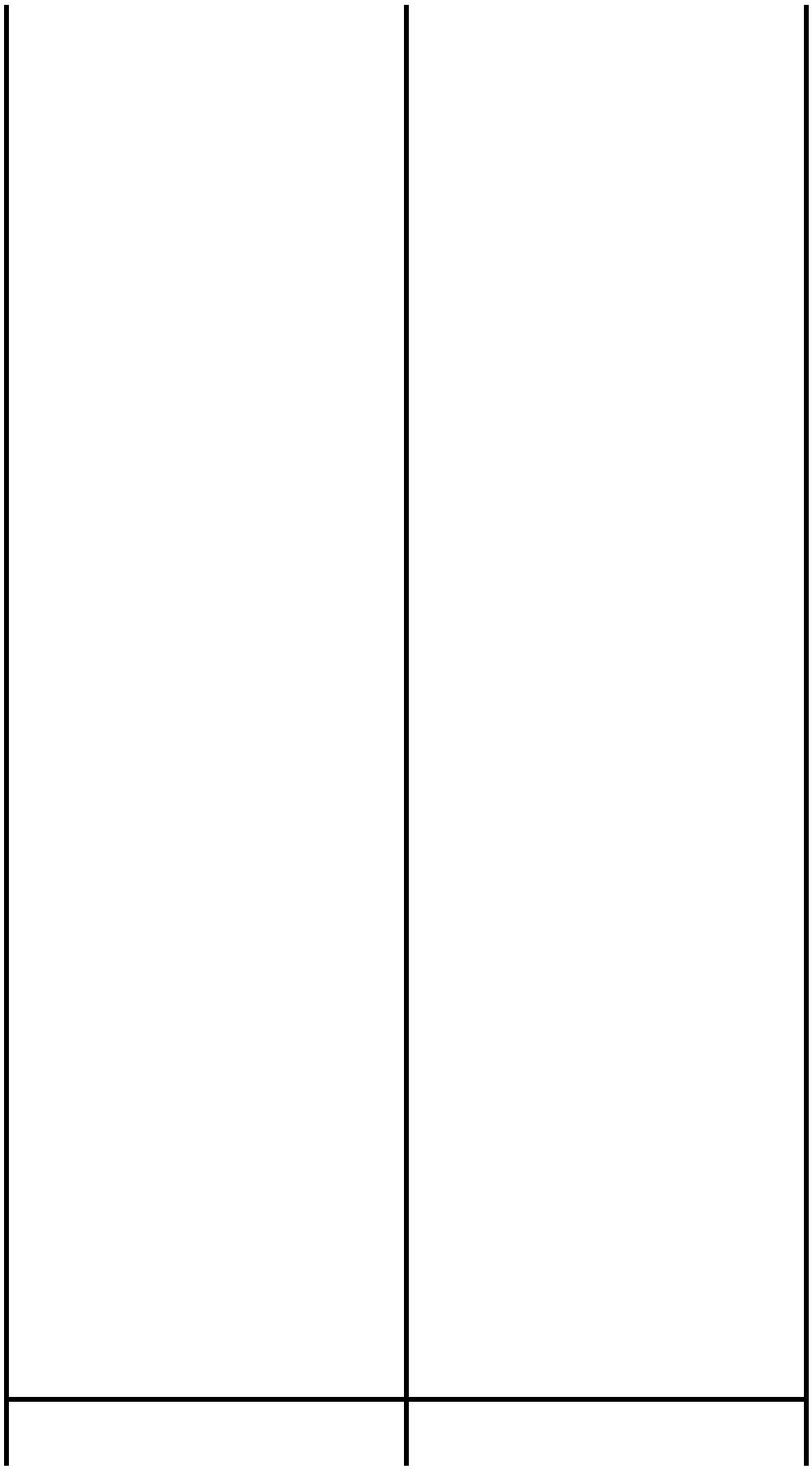


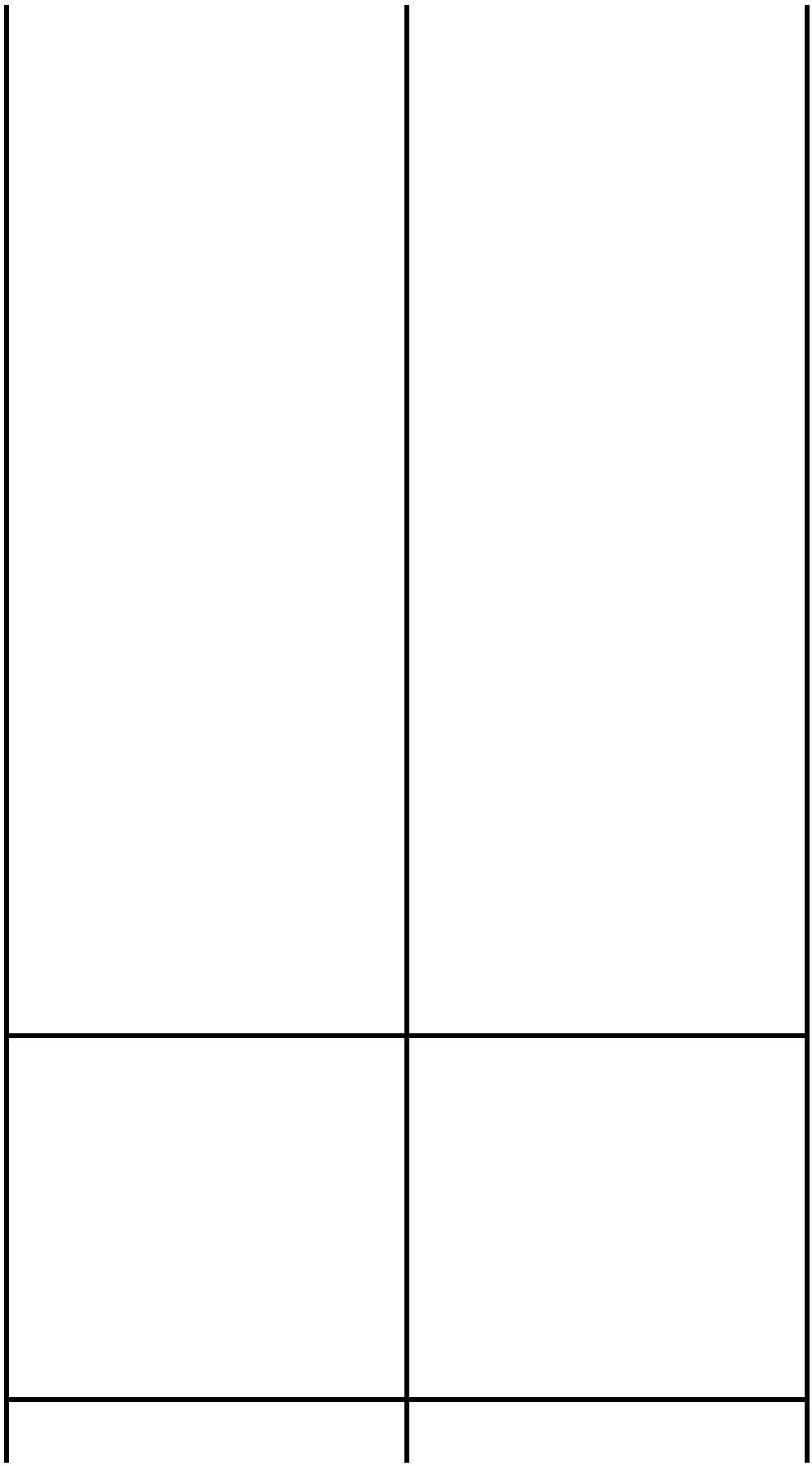


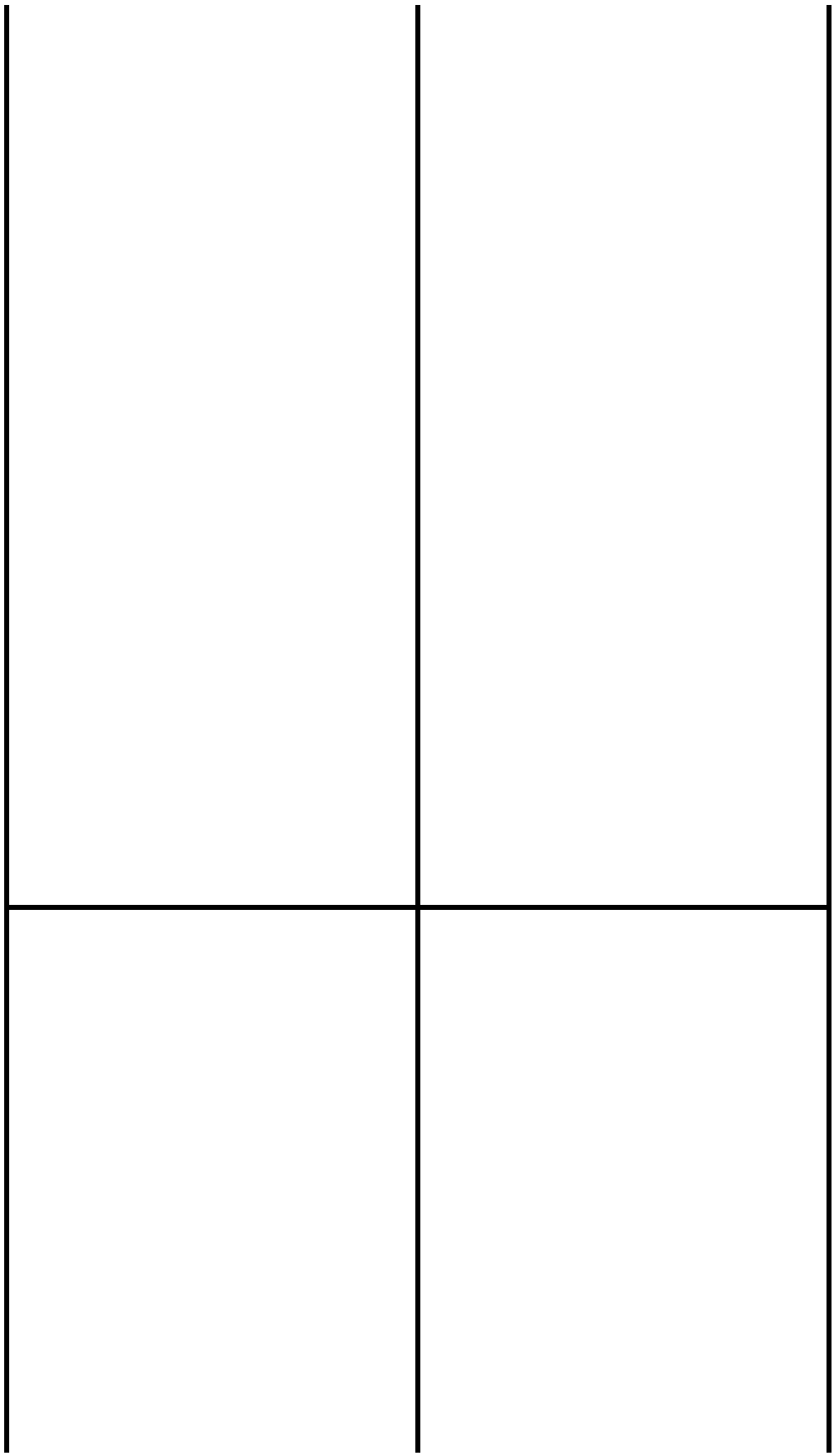


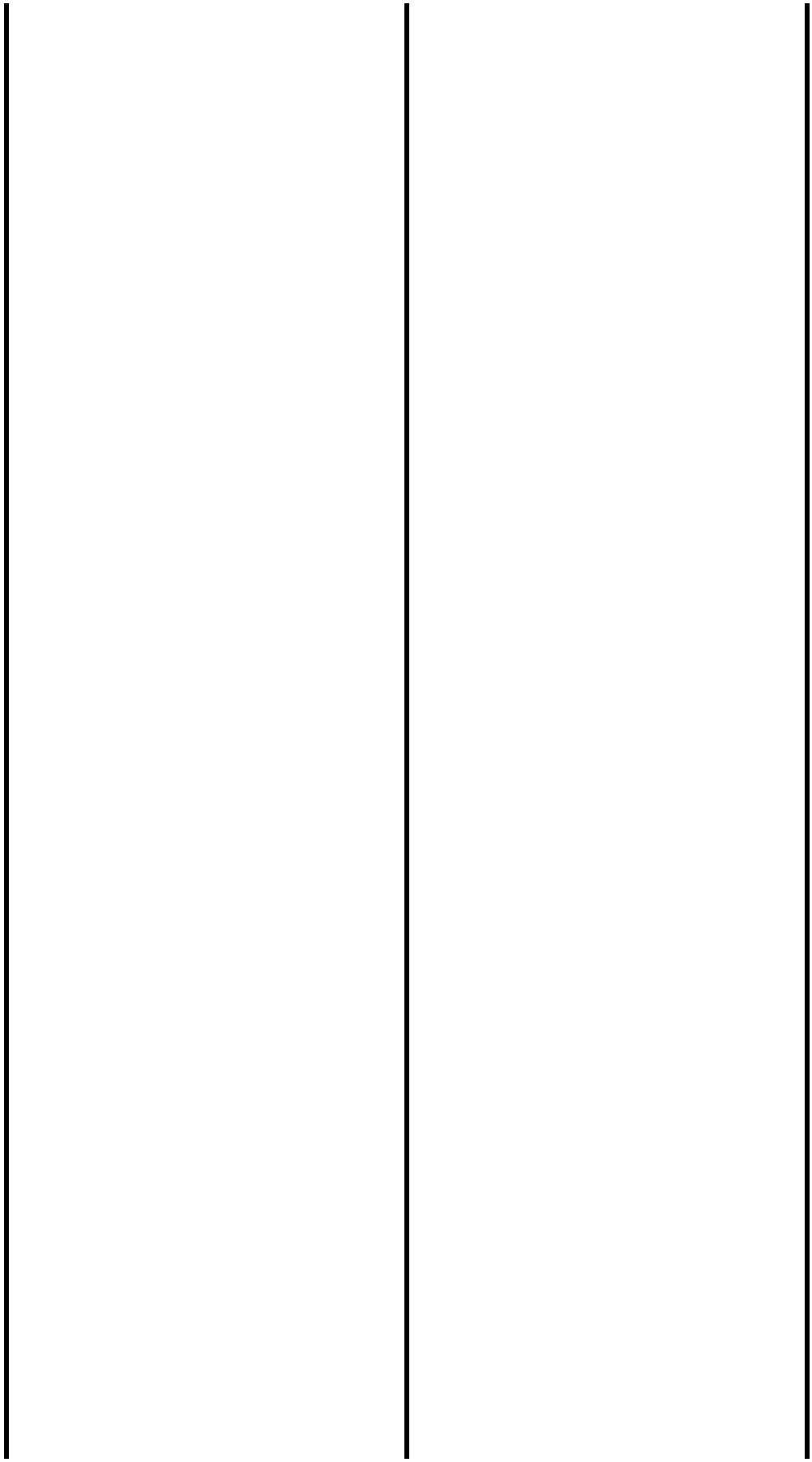


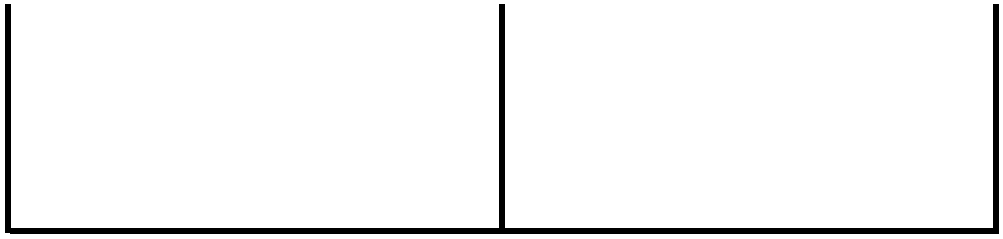
ÓS CONTROLES	
FUE EFICAZ EL CONTROL	
SI	NO



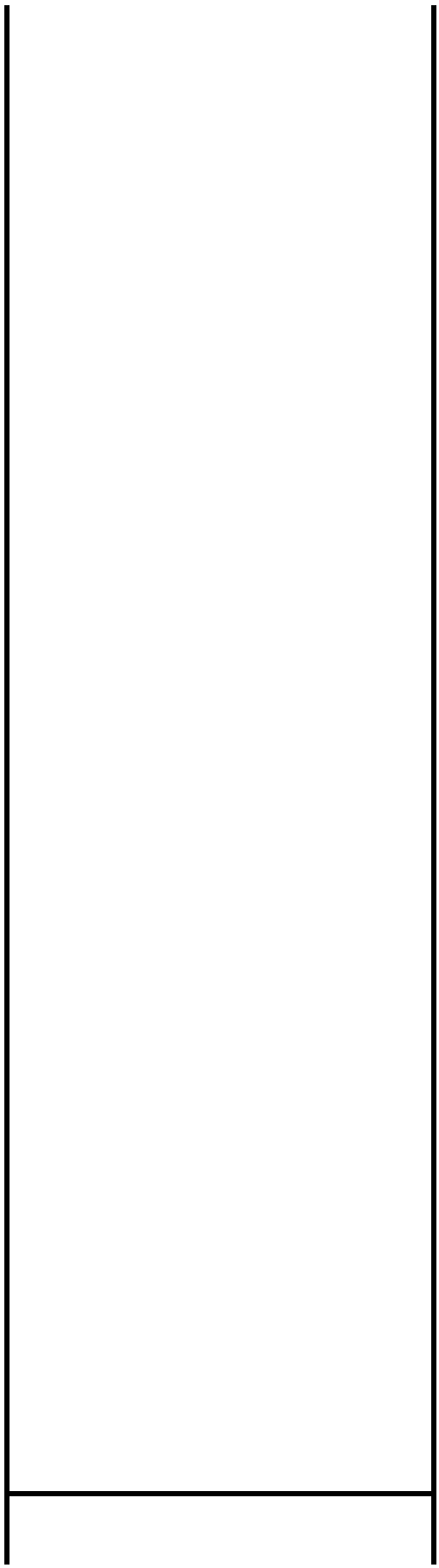


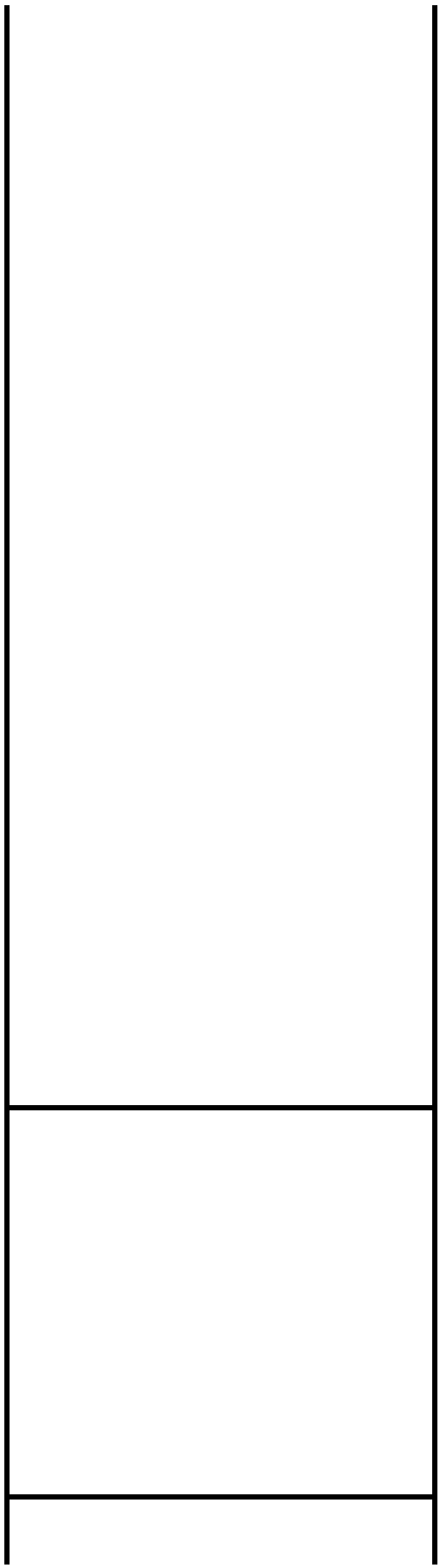


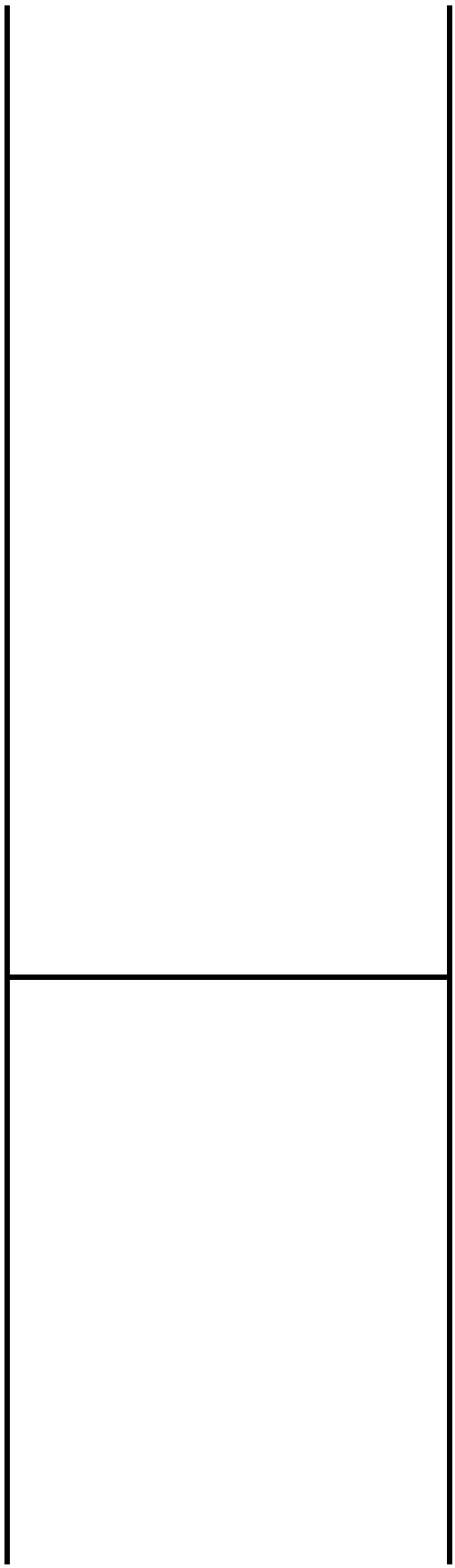




OBSERVACIONES









HOJA DE APOYO BASICA PARA PLANTEAR UN PLAN DE MEJORAMIENTO RELACIONADO CON " AUTOEVALUACIÓN DE LOS ESTÁNDARES MÍNIMOS SG-SST ", ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 29 DE RESOLUCIÓN 0312 DE 2019

NOMBRE, NÚMERO DE RESOLUCIÓN DE LICENCIA DE SALUD OCUPACIONAL, Y NÚMERO DEL CERTIFICADO DEL CURSO DE 50, o 20 HORAS DE CAPACITACIÓN VIRTUAL, DEL RESPONSABLE SG-SST	DARLING ALGARING

1. OBJETIVO

Guía relacionada con lod planes de mejoramiento, con el fin que se efectúen las acciones correctivas tendientes a la superación de las situaciones irregulares detectadas conforme a los requisitos del decreto 1072/2015 y resolución 0312 de 2019 actividades desarrolladas en INGENIERIA MASTER S.A.S.

2. ALCANCE

Aplica para todos los trabajadores, contratistas, desde la documentación requerida hasta la implementación del SG-SST.

3. METAS

Cumplir el 90% de las actividades a desarrollar

PLAZO DETERMINADO PARA SU CUMPLIMIENTO

FECHA PLANEADA DEL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO:

ETAPA	Numeral del estándar	ACTIVIDAD A DESARROLLAR		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	% Cumplimiento actividad/fase		RESPONSABLE (s)	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
				Cuando se cumpla se marca con 1, en **P si es (Planeado) o con** 1 si es **(Ejecutado)**																
PLANEAR	2.10.1	Una vez definido los criterios de selección de contratistas evaluar su desempeño y cmplimiento en materia de SST	P*													0%	0%			
			E*																	
HACER	3.1.4	Verificar que se realicen los exámenes médicos ocupacionales de acuerdo con lo que refiere el profesiograma, hacer seguimiento a las recomendaciones médicas enviadas a los trabajadores, hasta lograr su cumplimiento.	P*													0%				
			E*																	
	3.1.7	Elborar programa de estilo de vida y trabajo saludable	P*													0%				
			E*																	
	4.2.1	Priorizar para el priemer semestre del año 2021 las actividades de la matriz de identificacion de peligros para los riesgos prioritarios, de tal forma lograr el cumplimento del 100%	P*													0%	0%			
			E*																	
	4.2.2	Diseñar un formato de observacion de comportamiento y que sean aplicados a todos los trabajadores	P*													0%				
			E*																	
	4.2.4	Hacer seguimiento al cumplimiento del programa de inspecciones	P*													0%				
			E*																	
VERIFICAR			P*													0%	0%			
			E*																	
			P*													0%				
			E*																	
ACTUAR			P*													0%	0%			
			E*																	
			P*													0%				
			E*																	
TOTAL PROGRAMADO				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
TOTAL EJECUTADO				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				

5. RECURSOS ASIGNADOS

TIPO DE RECURSOS	DETALLE	OBSERVACIONES

HOJA DE APOYO BASICA PARA PLANTEAR UN PLAN DE MEJORAMIENTO RELACIONADO CON " AUTOEVALUACIÓN DE LOS ESTÁNDARES MÍNIMOS SG-SST ", ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 29 DE RESOLUCIÓN 0312 DE 2019

HUMANOS		
TECNICOS		
FINANCIEROS		
LOCATIVOS		

6. MEDICIÒN Y SEGUIMIENTO

PLAZO PARA EL CUMPLIMIENTO Y EJECUCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO		VARIABLES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
FORMULA	Actividades ejecutadas *100 Actividades programadas	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		ACTIVIDADES EJECUTADAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		RESULTADO													

GRAFICA



SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES

	ACTIVIDADES	RESPONSABLE(S)	ESTADO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
			2021												
H	Divulgar los procedimientos operativos normalizados (PON´S)	Coordinador SST	P										P		
			E										E		
	Socializar planos de evacuacion	Coordinador SST	P										P		
			E										E		
	PRIMEROS AUXILIOS POR ACCIDENTE GRAVE 1. REANIMACIÓN CARDIO PULMONAR 2. IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE HERIDAS, HEMORRAGIAS	Coordinador SST	P										P		
			E										E		
	MANEJO E IDENTIFICACIÓN DE LESIONES OSTEOMUSCULARES (FRACTURAS Y ESGUINCES)	Coordinador SST	P										P		
			E										E		
	MANEJO DE EQUIPOS DE EMERGENCIA: -EXTINTORES -BOTIQUINES -CAMILLAS	Coordinador SST	P										P		
			E										E		
	BUSQUEDA Y RESCATE (ESPACIOS CERRADO, ALTURA, TECNICAS DE BUSQUEDA)	Coordinador SST	P										P		
			E										E		
	TRANSPORTE DE LESIONADOS (MANUAL, ARRASTRE Y CAMILLAS)	Coordinador SST	P										P		
			E										E		
	CLASIFICACION DE LOS INCENDIOS (COMPORTAMIENTO DEL FUEGO (APLICACIÓN PRACTICA DE METODOS DE PROPAGACION DEL FUEGO)	Coordinador SST	P										P		
			E										E		
V	Realizar simulacro	Coordinador SST	P										P		
			E										E		
	Diligenciar formato de simulacro	Coordinador SST	P										P		
			E										E		
A	Tomar acciones de mejora, de acuerdo a los resultados.	Coordinador SST	P										P		
			E										E		
		PLANEADAS	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	0	0
		EJECUTADAS	E	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	0	0

MESES	PROGRAMADAS	EJECUTADAS	%
ENE	0	0	#¡DIV/0!
FEB	0	0	#¡DIV/0!
MAR	0	0	#¡DIV/0!
ABR	0	0	#¡DIV/0!
MAY	0	0	#¡DIV/0!
JUN	0	0	#¡DIV/0!
JUL	0	0	#¡DIV/0!
AGO	0	0	#¡DIV/0!
SEP	0	0	#¡DIV/0!
OCT	11	0	0%
NOV	0	0	#¡DIV/0!
DIC	0	0	#¡DIV/0!
TOTAL	11	0	0%



ANEXO SST-08. ACTA DE NOMBRAMIENTO DE VIGÍA SST

ACTA DE NOMBRAMIENTO DEL VIGIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS

Periodo: 2022 - 2024

El representante legal y el DIRECTOR DE PROYECTO del CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS integrado por **INGENIEIRA MÁSTER S.A.S**
En cumplimiento a lo establecido en el Decreto 1072 del 2015, la Resolución 2013 de 1986 "por la cual se reglamenta la organización y funcionamiento de los Comités de Medicina, Higiene y Seguridad Industrial en los lugares de trabajo" se designa como Vigia en Seguridad y Salud en el Trabajo en calidad de principal a: MABEL ELLYSETH VELASCO OSUNA. Así mismo a NITSSON FABIAN CRUZ CALDERON, se designa como vigia suplente.
En virtud de lo anterior, los referidos actuarán como vigia principal y vigia suplente por el término de 2 años o el tiempo que ejecute el proyecto asignado, de conformidad con el Decreto 1295 de 1994, periodo durante el cual el empleador se obliga a facilitar el tiempo necesario dentro de la jornada laboral para que el VIGIA realice sus respectivas funciones.

VIGÍA PRINCIPAL

Mabel Velasco

MABEL ELLYSETH VELASCO OSUNA
Cedula No. 1.023.976.667

VIGÍA SUPLENTE

Nitsson Fabian Cruz Calderon

NITSSON FABIAN CRUZ CALDERON
Cedula No. 1.012.372.053

ANEXOS SST – CONTRATISTA

ANEXO SST-9. INDUCCIÓN SST CONTRATISTA

PÁGINA 1 DE 1	INDUCCION DE PERSONAL Y REINDUCCION	
VERSIÓN: 13		
CÓDIGO: RH-F-001		
DOCUMENTO CONTROLADO		

Nombre del trabajador: JHON ACEVEDO Fecha 11 | 8 | 2023

Cargo: MAESTRO Área: OBRAS CIVILES

Este formato se diligencia para dejar constancia de que el trabajador que lo firma recibió inducción y/o reinducción sobre los siguientes temas:

ÍTEM	ACTIVIDAD	SI	NO	N.A.
1	Misión y Visión– Estructura Organizacional (Mapa de Procesos y Organigrama).	X		
2	Política Integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.	X		
3	Política de Prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.	X		
4	Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.	X		
5	Política de Contratación de proveedores, Política de Confidencialidad.	X		
6	Política de Elementos de Protección Personal y Política de Contratación de Proveedores.	X		
7	Política de Relacionamiento de Actores Sociales	X		
8	Divulgación del Reglamento de Higiene y Seguridad y Reglamento Interno de trabajo.	X		
9	Socialización de Funciones, Roles y Responsabilidades del Cargo (Perfil de cargo).	X		
10	Divulgación del Horario de trabajo y Horas Extras.	X		
11	Socialización de Actividades Programadas de SSTA.	X		
12	Presentación de Equipo de Trabajo y Conducto Regular de Comunicaciones.	X		
13	Socialización del Mantenimiento, uso y reposición de los E.P.P	X		
14	Integrantes y Funciones del COPASST y Comité de Convivencia Laboral.	X		
15	Divulgación del Plan de emergencia (Alarma de P.A, Rutas de evacuación, Punto de encuentro, Ubicación de los extintores, Brigadistas, Teléfonos de emergencia)	X		
16	Que hacer en caso de Incidente o Accidente.	X		
17	Identificación de peligros - Riesgos prioritarios y Aspectos e Impactos ambientales.	X		
18	Reporte de actos y condiciones inseguras.	X		
19	Actividades de toma de conciencia – participación-consulta y grupos de interés	X		
20	Socialización de los Canales de comunicación.	X		
21	Divulgación de Programas de Riesgo y sus actividades. (Mecánico, Alturas, Eléctrico, Químico, Vial).	X		
22	Divulgación Protocolo Bioseguridad Covid 19	X		
23	Decálogo de Compromiso con la vida	X		

Certifico que he recibido la inducción y soy responsable de la aplicación y cumplimiento de las políticas, funciones y responsabilidades en HSEQ correspondiente al cargo.

Firma del Trabajador: JHON ACEVEDO

C.C: 80878542

Nombre del funcionario que impartió la inducción:

Nombre: JULIAN ESCOBAR

Firma:

C.C: 1019074234

...lado de perfil de cargo

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 1	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS			
VERSIÓN: 0001				
CÓDIGO: HSEQ-F-193				
DOCUMENTO CONTROLADO				
FECHA: 11/01/2023	11/01/2023	TIEMPO		
CARGO: Maestro	Aprendiz	CONTRATO	Apoyo	
NOMBRE TRABAJADOR	Jhon Harold e			
IDENTIFICACIÓN C.C. N°	80.078.582			

CLASE DE RIESGO	RIESGO	APLICA SI	APLICA NO	FUENTE
FISICOS	RUIDO	X		
	VIBRACION	X		
	RADIACIONES IONIZANTES	X		
	RADIACIONES NO IONIZANTES	X		
	TEMPERATURAS EXTREMAS	X		
	PRESIONES ANORMALES	X		
	ILUMINACIÓN	X		
	VENTILACIÓN	X		
QUIMICOS	AEROSOLES SOLIDOS	X		
	LIQUIDOS	X		
	VAPORES Y GASES	X		
FISICO QUÍMICOS	INCENDIO	X		
	EXPLOSIÓN	X		
BIOLÓGICOS	BACTERIAS	X		
	VIRUS - COVID-19	X		
	HONGOS	X		
MECÁNICOS	HERRAMIENTAS MANUALES	X		
	EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN	X		
	MANIPULACIÓN DE MATERIALES	X		
	MECANISMOS EN MOVIMIENTO	X		
ELÉCTRICOS	ALTA Y MEDIA TENSIÓN	X		
	BAJA TENSIÓN	X		
	CARGA ESTÁTICA	X		
ERGONOMICOS	CARGA ESTÁTICA	X		
	CARGA DINÁMICA	X		
LOCATIVOS	ORDEN Y ASEO	X		
	CAIDAS A NIVEL	X		
	CAIDAS A DIFERENTE NIVEL	X		
PSICOLABORALES	CONTENIDO DE LA TAREA	X		
	RELACIONES HUMANAS	X		
NATURALES	TERREMOTOS O SISMOS	X		
	DESLIZAMIENTOS	X		
DE ORIGEN SOCIAL	ATENTADOS	X		
	ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD	X		
	HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES	X		
TRANSITO	ATROPELLAMIENTOS	X		
	COLISIONES	X		

ELABORO Julian Escobar REVISO

Powered by CamScanner

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

INDUCCIÓN X **REINDUCCIÓN** _____

Nombre del trabajador: JHON ACEVEDO

Fecha: 11/08/2023 **Cargo:** MAESTRO

De acuerdo con la capacitación recibida marque con una X la respuesta correcta:

1-En PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. Existen las siguientes políticas:

a. Política integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.
b. Política de prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.
c. Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.
d. Política de contratación de proveedores, Política de Confidencialidad y Política de Relacionamiento con actores Sociales.
X Todas las anteriores.

Indique la Política, con la que usted se identifica según sus funciones laborales y explíquela:

A

2- ¿Cuáles son las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST?

a. Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
b. Participar en la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados en la organización.
X a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: Pedro S.

3- Señale los programas de Riesgo:

a. Programa de riesgo mecánico y Programa de Riesgo vial.
b. Procedimiento de permisos de trabajo.
c. Programa de trabajo seguro en alturas y Programa de Riesgo Eléctrico.
X a y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Powered by CamScanner

4- ¿Cuál de los siguientes programas de vigilancia epidemiológica (PVE) existen en nuestra compañía?

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológico Biomecánico y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
d. Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Coronavirus.
X Todas las Anteriores.

5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:

X. Reportar los casi incidentes y accidentes de SSTA.
X. Usar los elementos de protección persona y cumplir los procedimientos de prácticas seguras.
c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
d. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización.
e. Divulgar la metodología social en las áreas de interés.

6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución No 2184 de 2019?

a. Dejarlos en cualquier lugar de la Compañía.
b. Depositarlos en las canecas con los respectivos colores y para darle disposición final o asumir el del cliente donde estemos laborando.
c. Uso racional de bolsas plasticas.
X Estableciendo el código de colores blanco, negro y verde para los contenedores de basura y bosas que se utilicen en la separación en la fuente.
e. Todas las anteriores.

7. ¿Algunos de los objetivos del sistema SGI son?

a. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
b. Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
c. Evitar los impactos socio ambientales y sociales.
d. Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
X a y d son correctas.

8. ¿Accidente de trabajo es?

X Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c. Ninguna las anteriores.
d. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante.
e. Todas las anteriores.

Powered by CamScanner

9. ¿Enfermedad Laboral es?:

a. Se define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
X. Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.
c. Todo estado patológico permanente o parcial derivado de alguna clase de trabajo en la que se ha visto obligado a laborar durante años.
d. Ningunas de las anteriores.
e. Todas las anteriores.

10- ¿Cuáles son los canales de comunicación internos y externos en nuestra Organización?

X. Escritos, Orales, Teléfono, Whatsapp, Tecnológicos y Correo corporativo.
b. Emisor y Receptor.
c. Gerente y jefe inmediato.
d. Mecanismos de comunicación internos y externos
e. Ningunas de las anteriores.

11. ¿Señale Actividades de Participación de los colaboradores en la Toma de Conciencia – Participación y Consulta?

a. Identificación de los peligros, riesgos y minimización de los riesgos asociados a las actividades que realizan e identificación de aspectos e impactos ambientales.
b. Participación en capacitaciones y comités, Copasst, Comité de convivencia laboral y Seguridad Vial
c. Reporte de actos y condiciones inseguras, divulgación de accidentes, incidentes y lecciones aprendidas.
d. Ninguna de las anteriores.
X. A, b y c son correctas.

12. Señale cuales son las medidas preventivas y de mitigación ante los cuidados del Covid-19.

a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
b. Seguir el protocolo que establece la organización.
c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.
X. Todas las anteriores.

13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:

- **Punto de encuentro área Administrativo:** _____
- **Punto de encuentro área Operativo:** cancha colegio
- **Mecanismo de alarma:** silbato

Powered by CamScanner

14.-Nombre cada una de las siguientes imágenes, las cuales hacen parte del programa ambiental:

Ahorro Energia



Uso del agua



Reciclaje y Tecnificación



15.-Señale si es falso o verdadero:

- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental [V]
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores [V]
- Los riesgos Operativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Publico, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Alturas, Espacios Confinados, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Material Particulado, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, Gases y Vapores Vibraciones y Movimientos repetitivos. [V]
- Los riesgos Administrativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, y Movimientos repetitivos. [F]

16.- Coloca según corresponda el nombre del EPI (elemento de protección individual)

Casco

Gafas

Botas



Tapa Oidos

Tapabocas

Guantes

Calificación: Cada punto vale 6,25 para un total de 100 puntos. _____

Juan Acuerdo

Firma del trabajador

cc. 80878542

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 1	INDUCCION DE PERSONAL Y REINDUCCION	
VERSIÓN: 13		
CÓDIGO: RH-F-001		
DOCUMENTO CONTROLADO		

Nombre del trabajador: Diego Acevedo Fecha 11 | 8 | 2023

Cargo: oficial Área: Los alpes sede A

Este formato se diligencia para dejar constancia de que el trabajador que lo firma recibió inducción y/o reinducción sobre los siguientes temas:

ÍTEM	ACTIVIDAD	SI	NO	N.A.
1	Misión y Visión– Estructura Organizacional (Mapa de Procesos y Organigrama).	✓		
2	Política Integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.	✓		
3	Política de Prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.	✓		
4	Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.	✓		
5	Política de Contratación de proveedores, Política de Confidencialidad.	✓		
6	Política de Elementos de Protección Personal y Política de Contratación de Proveedores.	✓		
7	Política de Relacionamiento de Actores Sociales.	✓		
8	Divulgación del Reglamento de Higiene y Seguridad y Reglamento Interno de trabajo.	✓		
9	Socialización de Funciones, Roles y Responsabilidades del Cargo (Perfil de cargo).	✓		
10	Divulgación del Horario de trabajo y Horas Extras.	✓		
11	Socialización de Actividades Programadas de SSTA.	✓		
12	Presentación de Equipo de Trabajo y Conducto Regular de Comunicaciones.	✓		
13	Socialización del Mantenimiento, uso y reposición de los E.P.P	✓		
14	Integrantes y Funciones del COPASST y Comité de Convivencia Laboral.	✓		
15	Divulgación del Plan de emergencia (Alarma de P.A, Rutas de evacuación, Punto de encuentro, Ubicación de los extintores, Brigadistas, Teléfonos de emergencia)	✓		
16	Que hacer en caso de Incidente o Accidente.	✓		
17	Identificación de peligros - Riesgos prioritarios y Aspectos e Impactos ambientales.	✓		
18	Reporte de actos y condiciones inseguras.	✓		
19	Actividades de toma de conciencia – participación-consulta y grupos de interés	✓		
20	Socialización de los Canales de comunicación.	✓		
21	Divulgación de Programas de Riesgo y sus actividades. (Mecánico, Alturas, Eléctrico, Químico, Vial).	✓		
22	Divulgación Protocolo Bioseguridad Covid 19	✓		
23	Decálogo de Compromiso con la vida	✓		

Certifico que he recibido la inducción y soy responsable de la aplicación y cumplimiento de las políticas, funciones y responsabilidades en HSEQ correspondiente al cargo.

Firma del Trabajador: Diego Acevedo

C.C: 1.022.431.123

Nombre del funcionario que impartió la inducción:

Nombre: Julian Escobar

Firma:

C.C: 1019071125

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 1 VERSIÓN: 0001 CÓDIGO: HSEQ-F-193 DOCUMENTO CONTROLADO	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS			
FECHA:	11-08-2023	TIEMPO		
CARGO:	Oficial	CONTRATO	Los alpes Sede A	
NOMBRE TRABAJADOR	Diego Acevedo			
IDENTIFICACIÓN C.C. N°	1.022.951.123			

CLASE DE RIESGO	RIESGO	APLICA		FUENTE
		SI	NO	
FISICOS	RUIDO	✓		
	VIBRACION	✓		
	RADIACIONES IONIZANTES	✓		
	RADIACIONES NO IONIZANTES	✓		
	TEMPERATURAS EXTREMAS	✓		
	PRESIONES ANORMALES	✓		
	ILUMINACIÓN	✓		
	VENTILACIÓN	✓		
QUIMICOS	AEROSOLES SOLIDOS	✓		
	LIQUIDOS	✓		
	VAPORES Y GASES	✓		
FISICO QUÍMICOS	INCENDIO	✓		
	EXPLOSIÓN	✓		
BIOLÓGICOS	BACTERIAS	✓		
	VIRUS - COVID-19	✓		
	HONGOS	✓		
MECÁNICOS	HERRAMIENTAS MANUALES	✓		
	EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN	✓		
	MANIPULACIÓN DE MATERIALES	✓		
	MECANISMOS EN MOVIMIENTO	✓		
ELÉCTRICOS	ALTA Y MEDIA TENSIÓN	✓		
	BAJA TENSIÓN	✓		
	CARGA ESTÁTICA	✓		
ERGONOMICOS	CARGA ESTÁTICA	✓		
	CARGA DINÁMICA	✓		
LOCATIVOS	ORDEN Y ASEO	✓		
	CAIDAS A NIVEL	✓		
	CAIDAS A DIFERENTE NIVEL	✓		
PSICOLABORALES	CONTENIDO DE LA TAREA	✓		
	RELACIONES HUMANAS	✓		
NATURALES	TERREMOTOS O SISMOS	✓		
	DESLIZAMIENTOS	✓		
DE ORIGEN SOCIAL	ATENTADOS	✓		
	ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD	✓		
	HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES	✓		
TRANSITO	ATROPELLAMIENTOS	✓		
	COLISIONES	✓		

ELABORO Julian Escobar REVISO

Powered by CamScanner

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

INDUCCIÓN ✓ **REINDUCCIÓN** _____

Nombre del trabajador: Diego Acevedo

Fecha: 11-08-2023 **Cargo:** Oficial

De acuerdo con la capacitación recibida marque con una X la respuesta correcta:

1-En PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. Existen las siguientes políticas:

a. Política integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.
b. Política de prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.
c. Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.
d. Política de contratación de proveedores, Política de Confidencialidad y Política de Relacionamiento con actores Sociales.
X e. Todas las anteriores.

Indique la Política, con la que usted se identifica según sus funciones laborales y explíquela:

e

2- ¿Cuáles son las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST?

a. Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
b. Participar en la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados en la organización.
X d. a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes:

Pedreros.

3- Señale los programas de Riesgo:

a. Programa de riesgo mecánico y Programa de Riesgo vial.
b. Procedimiento de permisos de trabajo.
c. Programa de trabajo seguro en alturas y Programa de Riesgo Eléctrico.
X d. a y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Powered by CamScanner

4- ¿Cuál de los siguientes programas de vigilancia epidemiológica (PVE) existen en nuestra compañía?

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológico Biomecánico y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
d. Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Coronavirus.
e. Todas las Anteriores.

5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:

a. Reportar los casi incidentes y accidentes de SSTA.
b. Usar los elementos de protección persona y cumplir los procedimientos de prácticas seguras.
c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
d. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización.
e. Divulgar la metodología social en las áreas de interés.

6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución No 2184 de 2019?

a. Dejarlos en cualquier lugar de la Compañía.
b. Depositarlos en las canecas con los respectivos colores y para darle disposición final o asumir el del cliente donde estemos laborando.
c. Uso racional de bolsas plasticas.
d. Estableciendo el código de colores blanco, negro y verde para los contenedores de basura y bosas que se utilicen en la separación en la fuente.
e. Todas las anteriores.

7. ¿Algunos de los objetivos del sistema SGI son?

a. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
b. Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
c. Evitar los impactos socio ambientales y sociales.
d. Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
e. a y d son correctas.

8. ¿Accidente de trabajo es?

a. Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c. Ninguna las anteriores.
d. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante.
e. Todas las anteriores.

Powered by CamScanner

9. ¿Enfermedad Laboral es?:

a. Se define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
X b. Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.
c. Todo estado patológico permanente o parcial derivado de alguna clase de trabajo en la que se ha visto obligado a laborar durante años.
d. Ningunas de las anteriores.
e. Todas las anteriores.

10- ¿Cuáles son los canales de comunicación internos y externos en nuestra Organización?

X a. Escritos, Orales, Teléfono, Whatsapp, Tecnológicos y Correo corporativo.
b. Emisor y Receptor.
c. Gerente y jefe inmediato.
d. Mecanismos de comunicación internos y externos
e. Ningunas de las anteriores.

11. ¿Señale Actividades de Participación de los colaboradores en la Toma de Conciencia – Participación y Consulta?

a. Identificación de los peligros, riesgos y minimización de los riesgos asociados a las actividades que realizan e identificación de aspectos e impactos ambientales.
b. Participación en capacitaciones y comités, Copasst, Comité de convivencia laboral y Seguridad Vial
c. Reporte de actos y condiciones inseguras, divulgación de accidentes, incidentes y lecciones aprendidas.
d. Ninguna de las anteriores.
X e. A, b y c son correctas.

12. Señale cuales son las medidas preventivas y de mitigación ante los cuidados del Covid-19.

a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
b. Seguir el protocolo que establece la organización.
c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.
X e. Todas las anteriores.

13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:

- **Punto de encuentro área Administrativo:** _____
- **Punto de encuentro área Operativo:** cancha Colegio
- **Mecanismo de alarma:** silbato

Powered by CamScanner

14.-Nombre cada una de las siguientes imágenes, las cuales hacen parte del programa ambiental:

Ahorro Energia



Uso del agua



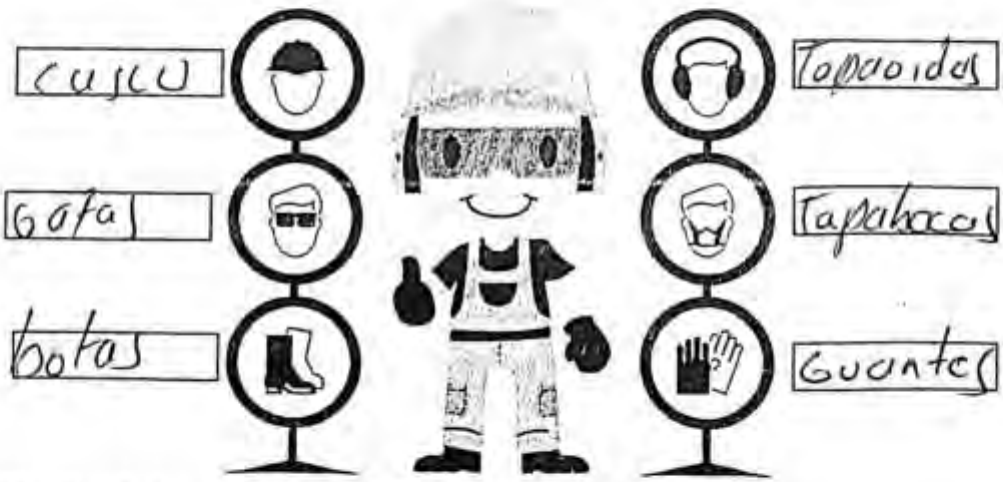
Reciclaje Reutilizacion



15.-Señale si es falso o verdadero:

- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental ☑
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores ☑
- Los riesgos Operativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Publico, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Alturas, Espacios Confinados, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Material Particulado, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, Gases y Vapores Vibraciones y Movimientos repetitivos. ☑
- Los riesgos Administrativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, y Movimientos repetitivos. F

16.- Coloca según corresponda el nombre del EPI (elemento de protección individual)



Calificación: Cada punto vale 6,25 para un total de 100 puntos. _____

Diego Acevedo

Firma del trabajador

cc. 1.022.951.123

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 1	INDUCCION DE PERSONAL Y REINDUCCION	
VERSIÓN: 13		
CÓDIGO: RH-F-001		
DOCUMENTO CONTROLADO		

Nombre del trabajador: Yomalcol Peña Fecha 11 | 8 | 2023

Cargo: Ayudante Área: Alpes

Este formato se diligencia para dejar constancia de que el trabajador que lo firma recibió inducción y/o reinducción sobre los siguientes temas:

ÍTEM	ACTIVIDAD	SI	NO	N.A.
1	Misión y Visión– Estructura Organizacional (Mapa de Procesos y Organigrama).	X		
2	Política Integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.	X		
3	Política de Prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.	X		
4	Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.	X		
5	Política de Contratación de proveedores, Política de Confidencialidad.	X		
6	Política de Elementos de Protección Personal y Política de Contratación de Proveedores.	X		
7	Política de Relacionamiento de Actores Sociales.	X		
8	Divulgación del Reglamento de Higiene y Seguridad y Reglamento Interno de trabajo.	X		
9	Socialización de Funciones, Roles y Responsabilidades del Cargo (Perfil de cargo).	X		
10	Divulgación del Horario de trabajo y Horas Extras.	X		
11	Socialización de Actividades Programadas de SSTA.	X		
12	Presentación de Equipo de Trabajo y Conducto Regular de Comunicaciones.	X		
13	Socialización del Mantenimiento, uso y reposición de los E.P.P	X		
14	Integrantes y Funciones del COPASST y Comité de Convivencia Laboral.	X		
15	Divulgación del Plan de emergencia (Alarma de P.A, Rutas de evacuación, Punto de encuentro, Ubicación de los extintores, Brigadistas, Teléfonos de emergencia)	X		
16	Que hacer en caso de Incidente o Accidente.	X		
17	Identificación de peligros - Riesgos prioritarios y Aspectos e Impactos ambientales.	X		
18	Reporte de actos y condiciones inseguras.	X		
19	Actividades de toma de conciencia – participación-consulta y grupos de interés	X		
20	Socialización de los Canales de comunicación.	X		
21	Divulgación de Programas de Riesgo y sus actividades. (Mecánico, Alturas, Eléctrico, Químico, Vial).	X		
22	Divulgación Protocolo Bioseguridad Covid 19	X		
23	Decálogo de Compromiso con la vida	X		

Certifico que he recibido la inducción y soy responsable de la aplicación y cumplimiento de las políticas, funciones y responsabilidades en HSEQ correspondiente al cargo.

Firma del Trabajador: Yomalcol Peña

C.C: 1082479243

Nombre del funcionario que impartió la inducción:

Nombre: Julian Escobar

Firma:

C.C: 1019076734

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 1 VERSIÓN: 0001 CÓDIGO: HSEQ-F-193 DOCUMENTO CONTROLADO	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS			
FECHA:	11/08/2023	TIEMPO		
CARGO:	Ayudante	CONTRATO	APOS	
NOMBRE TRABAJADOR	Jamaica Peña			
IDENTIFICACIÓN C.C. N°	1082479243			

CLASE DE RIESGO	RIESGO	APLICA SI	APLICA NO	FUENTE
FISICOS	RUIDO	Y		
	VIBRACION	X		
	RADIACIONES IONIZANTES	X		
	RADIACIONES NO IONIZANTES	X		
	TEMPERATURAS EXTREMAS	X		
	PRESIONES ANORMALES	X		
	ILUMINACIÓN	X		
	VENTILACIÓN	X		
QUIMICOS	AEROSOLES SOLIDOS	X		
	LIQUIDOS	X		
	VAPORES Y GASES	X		
FISICO QUÍMICOS	INCENDIO	X		
	EXPLOSIÓN	X		
BIOLÓGICOS	BACTERIAS	Y		
	VIRUS - COVID-19	Y		
	HONGOS	Y		
MECÁNICOS	HERRAMIENTAS MANUALES	X		
	EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN	X		
	MANIPULACIÓN DE MATERIALES	X		
	MECANISMOS EN MOVIMIENTO	X		
ELÉCTRICOS	ALTA Y MEDIA TENSIÓN	X		
	BAJA TENSIÓN	X		
	CARGA ESTÁTICA	X		
ERGONOMICOS	CARGA ESTÁTICA	X		
	CARGA DINÁMICA	X		
LOCATIVOS	ORDEN Y ASEO	X		
	CAIDAS A NIVEL	X		
	CAIDAS A DIFERENTE NIVEL	X		
PSICOLABORALES	CONTENIDO DE LA TAREA	X		
	RELACIONES HUMANAS	X		
NATURALES	TERREMOTOS O SISMOS	X		
	DESLIZAMIENTOS	X		
DE ORIGEN SOCIAL	ATENTADOS	X		
	ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD	X		
	HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES	X		
TRANSITO	ATROPELLAMIENTOS	X		
	COLISIONES	X		

ELABORO JULIAN ESCOBAR REVISO

Powered by CamScanner

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

INDUCCIÓN X **REINDUCCIÓN** _____

Nombre del trabajador: Yamaicol Peña

Fecha: 10/oct/2023 **Cargo:** Ayudante

De acuerdo con la capacitación recibida marque con una X la respuesta correcta:

1-En PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. Existen las siguientes políticas:

a. Política integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.
b. Política de prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.
c. Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.
d. Política de contratación de proveedores, Política de Confidencialidad y Política de Relacionamiento con actores Sociales.
X Todas las anteriores.

Indique la Política, con la que usted se identifica según sus funciones laborales y expliquela:

A

2- ¿Cuáles son las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST?

a. Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
b. Participar en la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados en la organización.
X a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: _____

3- Señale los programas de Riesgo:

a. Programa de riesgo mecánico y Programa de Riesgo vial.
b. Procedimiento de permisos de trabajo.
c. Programa de trabajo seguro en alturas y Programa de Riesgo Eléctrico.
X a y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Powered by CamScanner

4- ¿Cuál de los siguientes programas de vigilancia epidemiológica (PVE) existen en nuestra compañía?

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológico Biomecánico y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
d. Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Coronavirus.
e. Todas las Anteriores.

5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:

a. Reportar los casi incidentes y accidentes de SSTA.
b. Usar los elementos de protección persona y cumplir los procedimientos de prácticas seguras.
c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
d. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización.
e. Divulgar la metodología social en las áreas de interés.

6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución No 2184 de 2019?

a. Dejarlos en cualquier lugar de la Compañía.
b. Depositarlos en las canecas con los respectivos colores y para darle disposición final o asumir el del cliente donde estemos laborando.
c. Uso racional de bolsas plasticas.
d. Estableciendo el código de colores blanco, negro y verde para los contenedores de basura y bosas que se utilicen en la separación en la fuente.
e. Todas las anteriores.

7. ¿Algunos de los objetivos del sistema SGI son?

a. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
b. Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
c. Evitar los impactos socio ambientales y sociales.
d. Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
e. a y d son correctas.

8. ¿Accidente de trabajo es?

a. Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c. Ninguna las anteriores.
d. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante.
e. Todas las anteriores.

Powered by CamScanner

9. ¿Enfermedad Laboral es?:

a. Se define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
b. Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.
c. Todo estado patológico permanente o parcial derivado de alguna clase de trabajo en la que se ha visto obligado a laborar durante años.
d. Ningunas de las anteriores.
e. Todas las anteriores.

10- ¿Cuáles son los canales de comunicación internos y externos en nuestra Organización?

a. Escritos, Orales, Teléfono, Whatsapp, Tecnológicos y Correo corporativo.
b. Emisor y Receptor.
c. Gerente y jefe inmediato.
d. Mecanismos de comunicación internos y externos
e. Ningunas de las anteriores.

11. ¿Señale Actividades de Participación de los colaboradores en la Toma de Conciencia – Participación y Consulta?

a. Identificación de los peligros, riesgos y minimización de los riesgos asociados a las actividades que realizan e identificación de aspectos e impactos ambientales.
b. Participación en capacitaciones y comités, Copasst, Comité de convivencia laboral y Seguridad Vial
c. Reporte de actos y condiciones inseguras, divulgación de accidentes, incidentes y lecciones aprendidas.
d. Ninguna de las anteriores.
e. A, b y c son correctas.

12. Señale cuales son las medidas preventivas y de mitigación ante los cuidados del Covid-19.

a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
b. Seguir el protocolo que establece la organización.
c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.
e. Todas las anteriores.

13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:

- **Punto de encuentro área Administrativo:** _____
- **Punto de encuentro área Operativo:** cancha del colegio
- **Mecanismo de alarma:** Alarma o silbato

Powered by CamScanner

14.-Nombre cada una de las siguientes imágenes, las cuales hacen parte del programa ambiental:

ahorro energia



uso eficiente agua



reciclaje



15.-Señale si es falso o verdadero:

- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental [V]
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores [V]
- Los riesgos Operativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Publico, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Alturas, Espacios Confinados, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Material Particulado, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, Gases y Vapores Vibraciones y Movimientos repetitivos. [V]
- Los riesgos Administrativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, y Movimientos repetitivos. [V]

16.- Coloca según corresponda el nombre del EPI (elemento de protección individual)



Calificación: Cada punto vale 6,25 para un total de 100 puntos. _____

Yomaled Peña
Firma del trabajador

cc. 1082479243

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 1	INDUCCION DE PERSONAL Y REINDUCCION	
VERSIÓN: 13		
CÓDIGO: RH-F-001		
DOCUMENTO CONTROLADO		

Nombre del trabajador: Henry Villar **Fecha** 11 | 08 | 2023

Cargo: oficial **Área:** ALPES INSTITUCION ED.

Este formato se diligencia para dejar constancia de que el trabajador que lo firma recibió inducción y/o reinducción sobre los siguientes temas:

ÍTEM	ACTIVIDAD	SI	NO	N.A.
1	Misión y Visión– Estructura Organizacional (Mapa de Procesos y Organigrama).	✓		
2	Política Integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.	✓		
3	Política de Prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.	✓		
4	Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.	✓		
5	Política de Contratación de proveedores, Política de Confidencialidad.	✓		
6	Política de Elementos de Protección Personal y Política de Contratación de Proveedores.	✓		
7	Política de Relacionamiento de Actores Sociales.	✓		
8	Divulgación del Reglamento de Higiene y Seguridad y Reglamento Interno de trabajo.	✓		
9	Socialización de Funciones, Roles y Responsabilidades del Cargo (Perfil de cargo).	✓		
10	Divulgación del Horario de trabajo y Horas Extras.	✓		
11	Socialización de Actividades Programadas de SSTA.	✓		
12	Presentación de Equipo de Trabajo y Conducto Regular de Comunicaciones.	✓		
13	Socialización del Mantenimiento, uso y reposición de los E.P.P	✓		
14	Integrantes y Funciones del COPASST y Comité de Convivencia Laboral.	✓		
15	Divulgación del Plan de emergencia (Alarma de P.A, Rutas de evacuación, Punto de encuentro, Ubicación de los extintores, Brigadistas, Teléfonos de emergencia)	✓		
16	Que hacer en caso de Incidente o Accidente.	✓		
17	Identificación de peligros - Riesgos prioritarios y Aspectos e Impactos ambientales.	✓		
18	Reporte de actos y condiciones inseguras.	✓		
19	Actividades de toma de conciencia – participación-consulta y grupos de interés	✓		
20	Socialización de los Canales de comunicación.	✓		
21	Divulgación de Programas de Riesgo y sus actividades. (Mecánico, Alturas, Eléctrico, Químico, Vial).	✓		
22	Divulgación Protocolo Bioseguridad Covid 19	✓		
23	Decálogo de Compromiso con la vida	✓		

Certifico que he recibido la inducción y soy responsable de la aplicación y cumplimiento de las políticas, funciones y responsabilidades en HSEQ correspondiente al cargo.

Firma del Trabajador: Henry Villar

C.C: 1082471048

Nombre del funcionario que impartió la inducción:

Nombre: Julian Escobar

Firma:

C.C: 1019074234.

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 1	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS		
VERSIÓN: 0001			
CÓDIGO: HSEQ-F-193			
DOCUMENTO CONTROLADO			
FECHA: 11-05-2023	11-05-2023	TIEMPO	
CARGO: Oficial	Oficial	CONTRATO	AIPES CIDA
NOMBRE TRABAJADOR	Henry Villa		
IDENTIFICACIÓN C.C. N°	1062471048		

CLASE DE RIESGO	RIESGO	APLICA SI	APLICA NO	FUENTE
FISICOS	RUIDO	/		
	VIBRACION	/		
	RADIACIONES IONIZANTES	/		
	RADIACIONES NO IONIZANTES	/		
	TEMPERATURAS EXTREMAS	/		
	PRESIONES ANORMALES	/		
	ILUMINACIÓN	/		
	VENTILACIÓN	/		
QUIMICOS	AEROSOLES SOLIDOS	/		
	LIQUIDOS	/		
	VAPORES Y GASES	/		
FISICO QUÍMICOS	INCENDIO	/		
	EXPLOSIÓN	/		
BIOLÓGICOS	BACTERIAS	/		
	VIRUS - COVID-19	/		
	HONGOS	/		
MECÁNICOS	HERRAMIENTAS MANUALES	/		
	EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN	/		
	MANIPULACIÓN DE MATERIALES	/		
	MECANISMOS EN MOVIMIENTO	/		
ELÉCTRICOS	ALTA Y MEDIA TENSIÓN	/		
	BAJA TENSIÓN	/		
	CARGA ESTÁTICA	/		
ERGONOMICOS	CARGA ESTÁTICA	/		
	CARGA DINÁMICA	/		
LOCATIVOS	ORDEN Y ASEO	/		
	CAIDAS A NIVEL	/		
	CAIDAS A DIFERENTE NIVEL	/		
PSICOLABORALES	CONTENIDO DE LA TAREA	/		
	RELACIONES HUMANAS	/		
NATURALES	TERREMOTOS O SISMOS	/		
	DESLIZAMIENTOS	/		
DE ORIGEN SOCIAL	ATENTADOS	/		
	ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD	/		
	HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES	/		
TRANSITO	ATROPELLAMIENTOS	/		
	COLISIONES	/		

ELABORO Julian Escobar REVISO

Powered by CamScanner

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

INDUCCIÓN X **REINDUCCIÓN** _____

Nombre del trabajador: Henry Villa

Fecha: 11-08-2023 **Cargo:** Oficial

De acuerdo con la capacitación recibida marque con una X la respuesta correcta:

1-En PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. Existen las siguientes políticas:

a. Política integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.
b. Política de prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.
c. Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.
d. Política de contratación de proveedores, Política de Confidencialidad y Política de Relacionamiento con actores Sociales.
e. X Todas las anteriores.

Indique la Política, con la que usted se identifica según sus funciones laborales y expliquela:

P

2- ¿Cuáles son las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST?

a. Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
b. Participar en la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados en la organización.
d. X a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: _____

3- Señale los programas de Riesgo:

a. Programa de riesgo mecánico y Programa de Riesgo vial.
b. Procedimiento de permisos de trabajo.
c. Programa de trabajo seguro en alturas y Programa de Riesgo Eléctrico.
d. X a y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Powered by CamScanner

4- ¿Cuál de los siguientes programas de vigilancia epidemiológica (PVE) existen en nuestra compañía?

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológico Biomecánico y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
d. Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Coronavirus.
e. Todas las Anteriores.

5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:

a. Reportar los casi incidentes y accidentes de SSTA.
b. Usar los elementos de protección persona y cumplir los procedimientos de prácticas seguras.
c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
d. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización.
e. Divulgar la metodología social en las áreas de interés.

6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución No 2184 de 2019?

a. Dejarlos en cualquier lugar de la Compañía.
b. Depositarlos en las canecas con los respectivos colores y para darle disposición final o asumir el del cliente donde estemos laborando.
c. Uso racional de bolsas plasticas.
d. Estableciendo el código de colores blanco, negro y verde para los contenedores de basura y bosas que se utilicen en la separación en la fuente.
e. Todas las anteriores.

7. ¿Algunos de los objetivos del sistema SGI son?

a. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
b. Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
c. Evitar los impactos socio ambientales y sociales.
d. Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
e. a y d son correctas.

8. ¿Accidente de trabajo es?

a. Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c. Ninguna las anteriores.
d. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante.
e. Todas las anteriores.

Powered by CamScanner

9. ¿Enfermedad Laboral es?:

a. Se define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
X b. Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.
c. Todo estado patológico permanente o parcial derivado de alguna clase de trabajo en la que se ha visto obligado a laborar durante años.
d. Ningunas de las anteriores.
e. Todas las anteriores.

10- ¿Cuáles son los canales de comunicación internos y externos en nuestra Organización?

X a. Escritos, Orales, Teléfono, Whatsapp, Tecnológicos y Correo corporativo.
b. Emisor y Receptor.
c. Gerente y jefe inmediato.
d. Mecanismos de comunicación internos y externos
e. Ningunas de las anteriores.

11. ¿Señale Actividades de Participación de los colaboradores en la Toma de Conciencia – Participación y Consulta?

a. Identificación de los peligros, riesgos y minimización de los riesgos asociados a las actividades que realizan e identificación de aspectos e impactos ambientales.
b. Participación en capacitaciones y comités, Copasst, Comité de convivencia laboral y Seguridad Vial
c. Reporte de actos y condiciones inseguras, divulgación de accidentes, incidentes y lecciones aprendidas.
d. Ninguna de las anteriores.
X A, b y c son correctas.

12. Señale cuales son las medidas preventivas y de mitigación ante los cuidados del Covid-19.

a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
b. Seguir el protocolo que establece la organización.
c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.
eX Todas las anteriores.

13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:

- **Punto de encuentro área Administrativo:** _____
- **Punto de encuentro área Operativo:** cancha del colegio
- **Mecanismo de alarma:** alarma o silbato

Powered by CamScanner

14.-Nombre cada una de las siguientes imágenes, las cuales hacen parte del programa ambiental:

ahorro energia



uso eficiente de agua



reciclaje



15.-Señale si es falso o verdadero:

- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental [V]
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores [V]
- Los riesgos Operativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Publico, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Alturas, Espacios Confinados, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Material Particulado, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, Gases y Vapores Vibraciones y Movimientos repetitivos. [V]
- Los riesgos Administrativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, y Movimientos repetitivos. [F]

16.- Coloca según corresponda el nombre del EPI (elemento de protección individual)



Calificación: Cada punto vale 6,25 para un total de 100 puntos. _____

Henry Villar

Firma del trabajador

cc. 1082474048

Powered by CamScanner

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

INDUCCIÓN X **REINDUCCIÓN** _____

Nombre del trabajador: NORBEY Castro Vásquez

Fecha: 04/09/2023 **Cargo:** OFICIAL

De acuerdo con la capacitación recibida marque con una X la respuesta correcta:

1-En PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. Existen las siguientes políticas:

a. Política integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.
b. Política de prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.
c. Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.
d. Política de contratación de proveedores, Política de Confidencialidad y Política de Relacionamiento con actores Sociales.
X. Todas las anteriores.

Indique la Política, con la que usted se identifica según sus funciones laborales y explíquela:

Política de seguridad VIAL y Política de Elementos de protección personal

2- ¿Cuáles son las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST?

a. Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
b. Participar en la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados en la organización.
X. a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: Yeferson LOAIZA y JUAN petrol

3- Señale los programas de Riesgo:

a. Programa de riesgo mecánico y Programa de Riesgo vial.
b. Procedimiento de permisos de trabajo.
c. Programa de trabajo seguro en alturas y Programa de Riesgo Eléctrico.
X. a y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Powered by CamScanner

4- ¿Cuál de los siguientes programas de vigilancia epidemiológica (PVE) existen en nuestra compañía?

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológico Biomecánico y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
d. Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Coronavirus.
X Todas las Anteriores.

5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:

a. Reportar los casi incidentes y accidentes de SSTA.
X Usar los elementos de protección persona y cumplir los procedimientos de prácticas seguras.
c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
X Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización.
e. Divulgar la metodología social en las áreas de interés.

6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución No 2184 de 2019?

a. Dejarlos en cualquier lugar de la Compañía.
b. Depositarlos en las canecas con los respectivos colores y para darle disposición final o asumir el del cliente donde estemos laborando.
c. Uso racional de bolsas plasticas.
X Estableciendo el código de colores blanco, negro y verde para los contenedores de basura y bosas que se utilicen en la separación en la fuente.
e. Todas las anteriores.

7. ¿Algunos de los objetivos del sistema SGI son?

a. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
b. Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
c. Evitar los impactos socio ambientales y sociales.
d. Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
X a y d son correctas.

8. ¿Accidente de trabajo es?

X Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c. Ninguna las anteriores.
d. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante.
e. Todas las anteriores.

Powered by CamScanner

9. ¿Enfermedad Laboral es?:

X a. Se define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
b. Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.
c. Todo estado patológico permanente o parcial derivado de alguna clase de trabajo en la que se ha visto obligado a laborar durante años.
d. Ningunas de las anteriores.
e. Todas las anteriores.

10- ¿Cuáles son los canales de comunicación internos y externos en nuestra Organización?

X a. Escritos, Orales, Teléfono, Whatsapp, Tecnológicos y Correo corporativo.
b. Emisor y Receptor.
c. Gerente y jefe inmediato.
d. Mecanismos de comunicación internos y externos
e. Ningunas de las anteriores.

11. ¿Señale Actividades de Participación de los colaboradores en la Toma de Conciencia – Participación y Consulta?

a. Identificación de los peligros, riesgos y minimización de los riesgos asociados a las actividades que realizan e identificación de aspectos e impactos ambientales.
b. Participación en capacitaciones y comités, Copasst, Comité de convivencia laboral y Seguridad Vial
c. Reporte de actos y condiciones inseguras, divulgación de accidentes, incidentes y lecciones aprendidas.
d. Ninguna de las anteriores.
X e. A, b y c son correctas.

12. Señale cuales son las medidas preventivas y de mitigación ante los cuidados del Covid-19.

a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
b. Seguir el protocolo que establece la organización.
c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.
X e. Todas las anteriores.

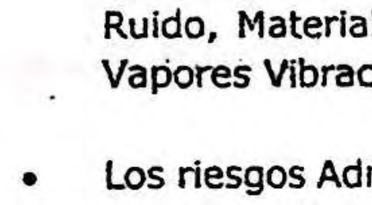
13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:

- **Punto de encuentro área Administrativo:** NO APLICA
- **Punto de encuentro área Operativo:** cancha del colegio
- **Mecanismo de alarma:** 3 silbatos

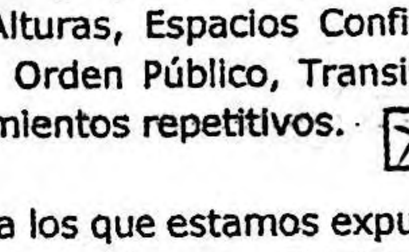
Powered by CamScanner

14.-Nombre cada una de las siguientes imágenes, las cuales hacen parte del programa ambiental:

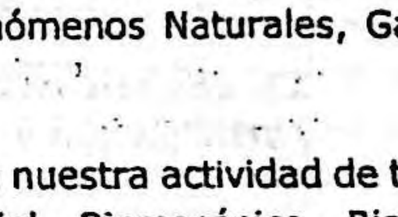
Ahorro de Energía



Ahorro Agua



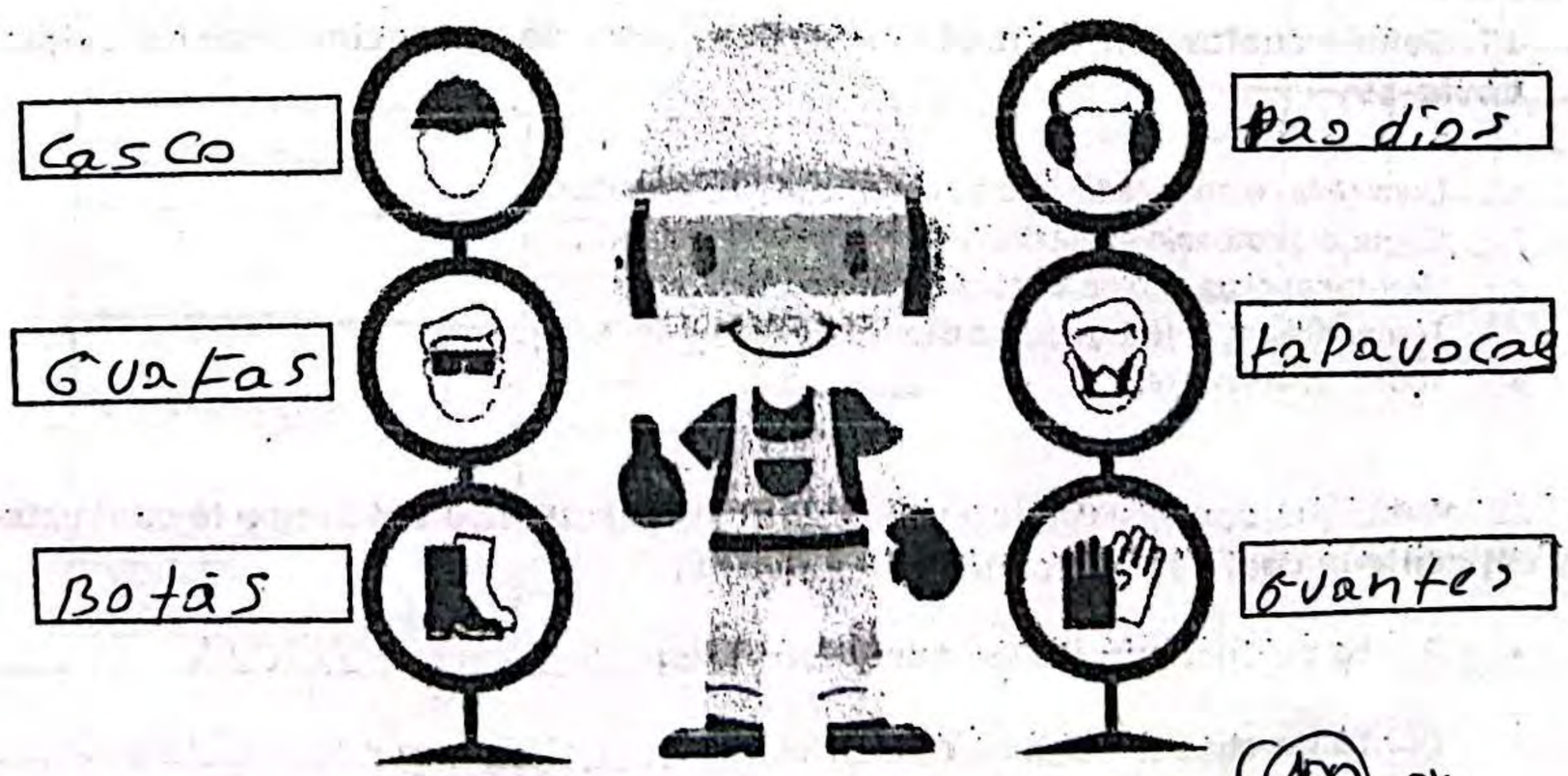
clasificar y Reciclar



15.-Señale si es falso o verdadero:

- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental [X]
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores [X]
- Los riesgos Operativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Publico, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Alturas, Espacios Confinados, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Material Particulado, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, Gases y Vapores Vibraciones y Movimientos repetitivos. [X]
- Los riesgos Administrativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, y Movimientos repetitivos. [X]

16.- Coloca según corresponda el nombre del EPI (elemento de protección individual)



Calificación: Cada punto vale 6,25 para un total de 100 puntos. (100) OK

NORBEY Castro Vásquez
Firma del trabajador

cc. 79768842

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 1 VERSIÓN: 0001 CÓDIGO: HSEQ-F-193 DOCUMENTO CONTROLADO	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS		PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA.
FECHA:	04/09/2023	TIEMPO	
CARGO:	OFICIAL	CONTRATO	
NOMBRE TRABAJADOR	NORBEY CASTRO		
IDENTIFICACIÓN C.C. N°	79768842		

CLASE DE RIESGO	RIESGO	APLICA SI	APLICA NO	FUENTE
FISICOS	RUIDO	X		
	VIBRACION	X		
	RADIACIONES IONIZANTES		X	
	RADIACIONES NO IONIZANTES	X		
	TEMPERATURAS EXTREMAS	X	X	
	PRESIONES ANORMALES		X	
	ILUMINACIÓN	X		
	VENTILACIÓN	X		
QUIMICOS	AEROSOLES SOLIDOS .	X		
	LIQUIDOS	X		
	VAPORES Y GASES	X		
FISICO QUÍMICOS	INCENDIO	X		
	EXPLOSIÓN	X		
BIOLÓGICOS	BACTERIAS	X		
	VIRUS - COVID-19	X		
	HONGOS	X		
MECÁNICOS	HERRAMIENTAS MANUALES	X		
	EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN	X		
	MANIPULACIÓN DE MATERIALES	X		
	MECANISMOS EN MOVIMIENTO	X		
ELÉCTRICOS	ALTA Y MEDIA TENSIÓN	X		
	BAJA TENSIÓN	X		
	CARGA ESTÁTICA	X		
ERGONOMICOS	CARGA ESTÁTICA.	X		
	CARGA DINÁMICA	X		
LOCATIVOS	ORDEN Y ASEO	X		
	CAIDAS A NIVEL	X		
	CAIDAS A DIFERENTE NIVEL	X		
PSICOLABORALES	CONTENIDO DE LA TAREA	X		
	RELACIONES HUMANAS	X		
NATURALES	TERREMOTOS O SISMOS	X		
	DESLIZAMIENTOS	X		
DE ORIGEN SOCIAL	ATENTADOS	X		
	ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD	X		
	HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES	X		
TRANSITO	ATROPELLAMIENTOS	X		
	COLISIONES	X		

ELABORO NORBEY CASTRO VASQUEZ REVISO Valentina Portilla

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 4 VERSIÓN: 8 CÓDIGO: RH-F-011 DOCUMENTO CONTROLADO	**EVALUACION DE INDUCCION Y REINDUCCION EN HSEQ**	PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA.

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

INDUCCIÓN X **REINDUCCIÓN** _____

Nombre del trabajador: Carlos Yepes Tortez

Fecha: 04/09/23 **Cargo:** Oficial

De acuerdo con la capacitación recibida marque con una X la respuesta correcta:

1-En PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. Existen las siguientes políticas:

a. Política integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.
b. Política de prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.
c. Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.
d. Política de contratación de proveedores, Política de Confidencialidad y Política de Relacionamiento con actores Sociales.
(e.) Todas las anteriores.

Indique la Política, con la que usted se identifica según sus funciones laborales y explíquela:

Politica (C) porque son elementos de protección personal para nuestro cuidado para poder desempeñar nuestra labor.

2- ¿Cuáles son las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST?

(a.) Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
(b.) Participar en la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados en la organización.
(d.) a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: Jefferson Laisa y Juan pedrero.

3- Señale los programas de Riesgo:

a. Programa de riesgo mecánico y Programa de Riesgo vial.
b. Procedimiento de permisos de trabajo.
c. Programa de trabajo seguro en alturas y Programa de Riesgo Eléctrico.
(d.) a y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Powered by CamScanner

4- ¿Cuál de los siguientes programas de vigilancia epidemiológica (PVE) existen en nuestra compañía?

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológico Biomecánico y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
d. Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Coronavirus.
e. Todas las Anteriores.

5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:

a. Reportar los casi incidentes y accidentes de SSTA.
b. Usar los elementos de protección persona y cumplir los procedimientos de prácticas seguras.
c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
d. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización.
e. Divulgar la metodología social en las áreas de interés.

6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución No 2184 de 2019?

a. Dejarlos en cualquier lugar de la Compañía.
b. Depositarlos en las canecas con los respectivos colores y para darle disposición final o asumir el del cliente donde estemos laborando.
c. Uso racional de bolsas plasticas.
d. Estableciendo el código de colores blanco, negro y verde para los contenedores de basura y bosas que se utilicen en la separación en la fuente.
e. Todas las anteriores.

7. ¿Algunos de los objetivos del sistema SGI son?

a. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
b. Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
c. Evitar los impactos socio ambientales y sociales.
d. Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
e. a y d son correctas.

8. ¿Accidente de trabajo es?

a. Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c. Ninguna las anteriores.
d. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante.
e. Todas las anteriores.

Powered by CamScanner

9. ¿Enfermedad Laboral es?:

a. Se define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
b. Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.
c. Todo estado patológico permanente o parcial derivado de alguna clase de trabajo en la que se ha visto obligado a laborar durante años.
d. Ningunas de las anteriores.
e. Todas las anteriores.

10- ¿Cuáles son los canales de comunicación internos y externos en nuestra Organización?

a. Escritos, Orales, Teléfono, Whatsapp, Tecnológicos y Correo corporativo.
b. Emisor y Receptor.
c. Gerente y jefe inmediato.
d. Mecanismos de comunicación internos y externos
e. Ningunas de las anteriores.

11. ¿Señale Actividades de Participación de los colaboradores en la Toma de Conciencia – Participación y Consulta?

a. Identificación de los peligros, riesgos y minimización de los riesgos asociados a las actividades que realizan e identificación de aspectos e impactos ambientales.
b. Participación en capacitaciones y comités, Copasst, Comité de convivencia laboral y Seguridad Vial
c. Reporte de actos y condiciones inseguras, divulgación de accidentes, incidentes y lecciones aprendidas.
d. Ninguna de las anteriores.
e. A, b y c son correctas.

12. Señale cuales son las medidas preventivas y de mitigación ante los cuidados del Covid-19.

a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
b. Seguir el protocolo que establece la organización.
c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.
e. Todas las anteriores.

13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:

- **Punto de encuentro área Administrativo:** No Aplica
- **Punto de encuentro área Operativo:** la cancha del Colegio
- **Mecanismo de alarma:** 3 Silbatos

Powered by CamScanner

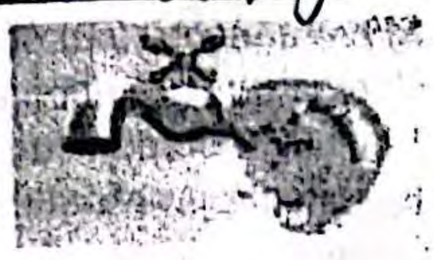
PÁGINA 4 DE 4 VERSIÓN: 8 CÓDIGO: RH-F-011 DOCUMENTO CONTROLADO	**EVALUACION DE INDUCCION Y REINDUCCION EN HSEQ**	PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda

14.-Nombre cada una de las siguientes imágenes, las cuales hacen parte del programa ambiental:

ahorro de energia



ahorro de Agua



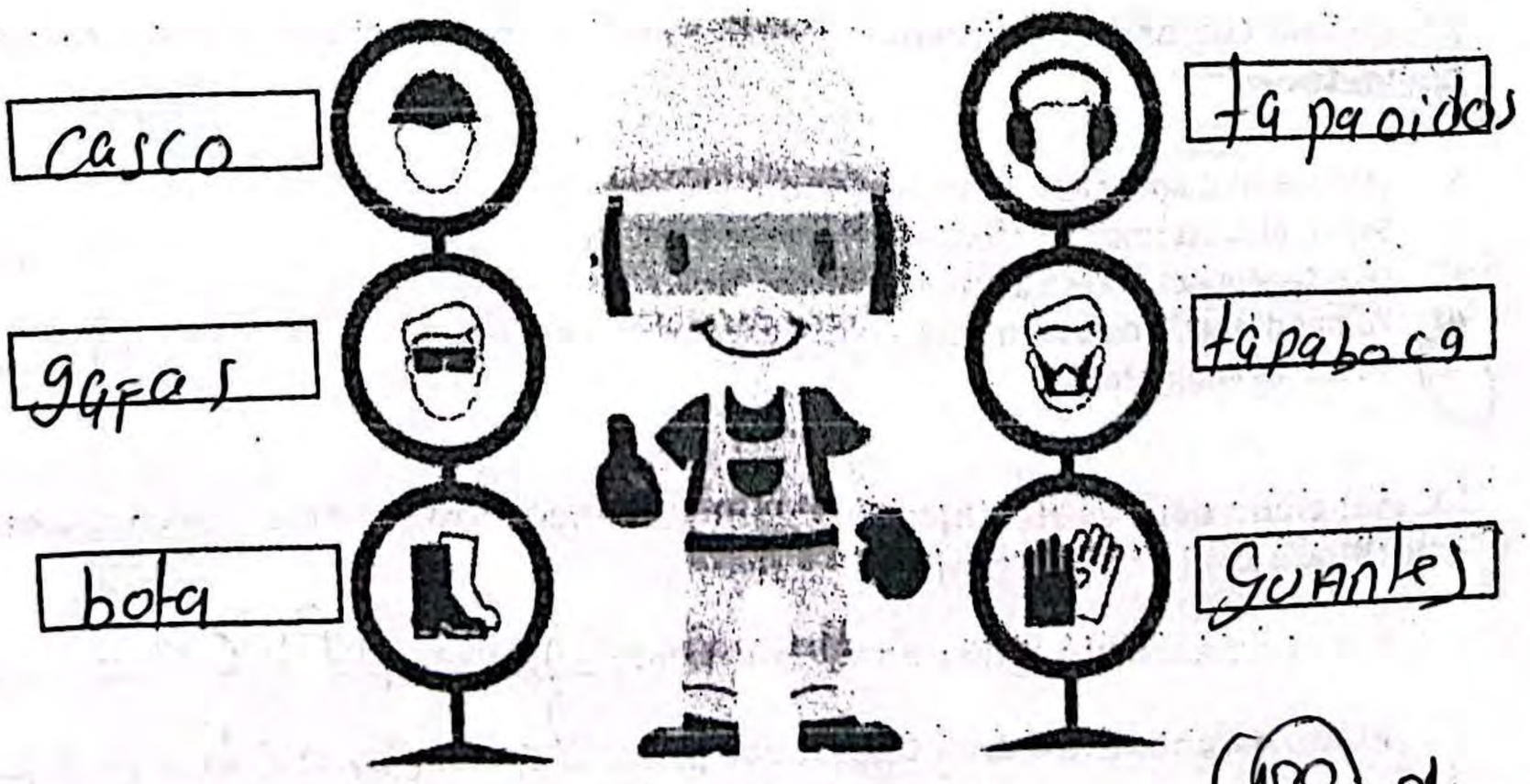
Clasificar y Reciclar



15.-Señale si es falso o verdadero:

- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental [V]
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores [V]
- Los riesgos Operativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Publico, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Alturas, Espacios Confinados, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Material Particulado, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, Gases y Vapores Vibraciones y Movimientos repetitivos. [V]
- Los riesgos Administrativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, y Movimientos repetitivos. [V]

16.- Coloca según corresponda el nombre del EPI (elemento de protección individual)



Calificación: Cada punto vale 6,25 para un total de 100 puntos. 100 ok

Firma del trabajador

cc. 1067032281

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 1 VERSIÓN: 0001 CÓDIGO: HSEQ-F-193 DOCUMENTO CONTROLADO	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS			PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda.
FECHA: 0	04/09/23	TIEMPO		
CARGO:	Oficial	CONTRATO		
NOMBRE TRABAJADOR	Carlos Yupe Torres			
IDENTIFICACIÓN C.C. N°	1062033281			

CLASE DE RIESGO	RIESGO	APLICA SI	APLICA NO	FUENTE
FISICOS	RUIDO	X		
	VIBRACION	X		
	RADIACIONES IONIZANTES	X		
	RADIACIONES NO IONIZANTES		X	
	TEMPERATURAS EXTREMAS	X		
	PRESIONES ANORMALES	X		
	ILUMINACIÓN	X		
	VENTILACIÓN	X		
QUIMICOS	AEROSOLES SOLIDOS .	X		
	LIQUIDOS	X		
	VAPORES Y GASES	X		
FISICO QUÍMICOS	INCENDIO	X		
	EXPLOSIÓN	X		
BIOLÓGICOS	BACTERIAS	X		
	VIRUS - COVID-19		X	
	HONGOS	X		
MECÁNICOS	HERRAMIENTAS MANUALES	X		
	EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN	X		
	MANIPULACIÓN DE MATERIALES	X		
	MECANISMOS EN MOVIMIENTO	X		
ELÉCTRICOS	ALTA Y MEDIA TENSIÓN	X		
	BAJA TENSIÓN	X		
	CARGA ESTÁTICA	X		
ERGONOMICOS	CARGA ESTÁTICA.	X		
	CARGA DINÁMICA	X		
LOCATIVOS	ORDEN Y ASEO	X		
	CAIDAS A NIVEL	X		
	CAIDAS A DIFERENTE NIVEL	X		
PSICOLABORALES	CONTENIDO DE LA TAREA	X		
	RELACIONES HUMANAS	X		
NATURALES	TERREMOTOS O SISMOS	X		
	DESLIZAMIENTOS	X		
DE ORIGEN SOCIAL	ATENTADOS	X		
	ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD	X		
	HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES	X		
TRANSITO	ATROPELLAMIENTOS	X		
	COLISIONES	X		

ELABORO _____ REVISO Valentina Portilla

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 1 VERSIÓN: 0001 CÓDIGO: HSEQ-F-193 DOCUMENTO CONTROLADO	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS		PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda.
FECHA:	6/09/2023	TIEMPO	
CARGO:	OFICIAL	CONTRATO	
NOMBRE TRABAJADOR	CRISTIAN GONZALEZ		
IDENTIFICACIÓN C.C. N°	1073931767		

CLASE DE RIESGO	RIESGO	APLICA SI	APLICA NO	FUENTE
FISICOS	RUIDO	X		
	VIBRACION	X		
	RADIACIONES IONIZANTES	X		
	RADIACIONES NO IONIZANTES		X	
	TEMPERATURAS EXTREMAS	X		
	PRESIONES ANORMALES		X	
	ILUMINACIÓN	X		
	VENTILACIÓN	X		
QUIMICOS	AEROSOLES SOLIDOS .		X	
	LIQUIDOS	X		
	VAPORES Y GASES	X		
FISICO QUÍMICOS	INCENDIO	X		
	EXPLOSIÓN	X		
BIOLÓGICOS	BACTERIAS	X		
	VIRUS - COVID-19			
	HONGOS			
MECÁNICOS	HERRAMIENTAS MANUALES	X		
	EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN		X	
	MANIPULACIÓN DE MATERIALES	X		
	MECANISMOS EN MOVIMIENTO	X		
ELÉCTRICOS	ALTA Y MEDIA TENSIÓN	X		
	BAJA TENSIÓN	X		
	CARGA ESTÁTICA			
ERGONOMICOS	CARGA ESTÁTICA.			
	CARGA DINÁMICA	X		
LOCATIVOS	ORDEN Y ASEO	X		
	CAIDAS A NIVEL	X		
	CAIDAS A DIFERENTE NIVEL	X		
PSICOLABORALES	CONTENIDO DE LA TAREA			
	RELACIONES HUMANAS			
NATURALES	TERREMOTOS O SISMOS	X		
	DESLIZAMIENTOS			
DE ORIGEN SOCIAL	ATENTADOS	X		
	ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD	X		
	HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES	X		
TRANSITO	ATROPELLAMIENTOS	X		
	COLISIONES	X		

ELABORO CRISTIAN GONZALEZ

REVISO Valentina Portilla

Powered by CamScanner

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

INDUCCIÓN X **REINDUCCIÓN** _____

Nombre del trabajador: CRISTIAN GONZALEZ

Fecha: 6/09/2023 **Cargo:** OFICIAL

De acuerdo con la capacitación recibida marque con una X la respuesta correcta:

1-En PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. Existen las siguientes políticas:

a. Política integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.
b. Política de prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.
c. Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.
d. Política de contratación de proveedores, Política de Confidencialidad y Política de Relacionamiento con actores Sociales.
e. Todas las anteriores.

Indique la Política, con la que usted se identifica según sus funciones laborales y explíquela:

POR QUE PARA DESEMPEÑAR MIS LABORES DEBO ESTAR EN PERFECTAS CONDICIONES DE SALUD Y DEBO PROTEGER MI INTEGRIDAD PERSONAL

2- ¿Cuáles son las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST?

a. Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
b. Participar en la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados en la organización.
d. a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: JUAN PEDREROS, JEFERSON LOAIZA

3- Señale los programas de Riesgo:

a. Programa de riesgo mecánico y Programa de Riesgo vial.
b. Procedimiento de permisos de trabajo.
c. Programa de trabajo seguro en alturas y Programa de Riesgo Eléctrico.
d. a y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Powered by CamScanner

4- ¿Cuál de los siguientes programas de vigilancia epidemiológica (PVE) existen en nuestra compañía?

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológico Biomecánico y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
d. Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Coronavirus.
X Todas las Anteriores.

5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:

a. Reportar los casi incidentes y accidentes de SSTA.
X. Usar los elementos de protección persona y cumplir los procedimientos de prácticas seguras.
X. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
d. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización.
e. Divulgar la metodología social en las áreas de interés.

6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución No 2184 de 2019?

a. Dejarlos en cualquier lugar de la Compañía.
X. Depositarlos en las canecas con los respectivos colores y para darle disposición final o asumir el del cliente donde estemos laborando.
c. Uso racional de bolsas plasticas.
X. Estableciendo el código de colores blanco, negro y verde para los contenedores de basura y bosas que se utilicen en la separación en la fuente.
e. Todas las anteriores.

7. ¿Algunos de los objetivos del sistema SGI son?

a. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
b. Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
c. Evitar los impactos socio ambientales y sociales.
d. Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
X a y d son correctas.

8. ¿Accidente de trabajo es?

X Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c, Ninguna las anteriores.
d. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante.
e. Todas las anteriores.

Powered by CamScanner

9. ¿Enfermedad Laboral es?:

- [x] Se define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
- b. Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.
- c. Todo estado patológico permanente o parcial derivado de alguna clase de trabajo en la que se ha visto obligado a laborar durante años.
- d. Ningunas de las anteriores.
- e. Todas las anteriores.

10- ¿Cuáles son los canales de comunicación internos y externos en nuestra Organización?

- [x] Escritos, Orales, Teléfono, Whatsapp, Tecnológicos y Correo corporativo.
- b. Emisor y Receptor.
- c. Gerente y jefe inmediato.
- d. Mecanismos de comunicación internos y externos
- e. Ningunas de las anteriores.

11. ¿Señale Actividades de Participación de los colaboradores en la Toma de Conciencia – Participación y Consulta?

- a. Identificación de los peligros, riesgos y minimización de los riesgos asociados a las actividades que realizan e Identificación de aspectos e impactos ambientales.
- b. Participación en capacitaciones y comités, Copasst, Comité de convivencia laboral y Seguridad Vial
- c. Reporte de actos y condiciones inseguras, divulgación de accidentes, incidentes y lecciones aprendidas.
- d. Ninguna de las anteriores.
- [x] A, b y c son correctas.

12. Señale cuales son las medidas preventivas y de mitigación ante los cuidados del Covid-19.

- a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
- b. Seguir el protocolo que establece la organización.
- c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
- d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.
- [x] Todas las anteriores.

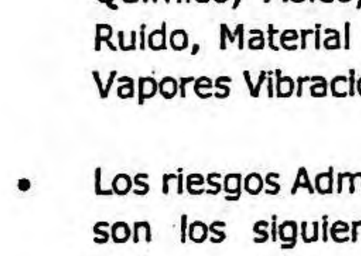
13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:

- **Punto de encuentro área Administrativo:** NO APLICA
- **Punto de encuentro área Operativo:** ZONA VERDE
- **Mecanismo de alarma:** 3 SILBATOS

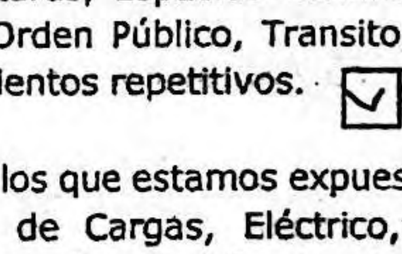
Powered by CamScanner

14.-Nombre cada una de las siguientes imágenes, las cuales hacen parte del programa ambiental:

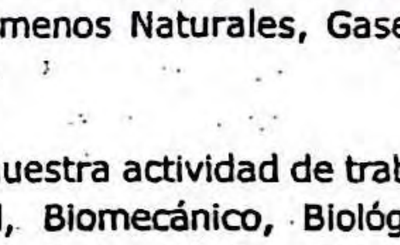
AHORRO ENERGIA



AHORRO AGUA



CLASIFICA Y RECICLA



15.-Señale si es falso o verdadero:

- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental ☑
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores ☑
- Los riesgos Operativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Publico, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Alturas, Espacios Confinados, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Material Particulado, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, Gases y Vapores Vibraciones y Movimientos repetitivos. ☑
- Los riesgos Administrativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, y Movimientos repetitivos. ☑

16.- Coloca según corresponda el nombre del EPI (elemento de protección individual)

CASCO



GAFAS



BOTAS





TAPA OIDOS



TAPA BOCAS



GUANTES



Calificación: Cada punto vale 6,25 para un total de 100 puntos. 100 OK

CRISTIAN GONZALEZ

Firma del trabajador

cc. 1023931367

Powered by CamScanner

PAGINA 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN 4		
CÓDIGO RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

Inducción SST y Medio Ambiente

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	X Inducción - Reinducción		X Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Específica		X Salud Ocupacional		X Trabajadores Operativos
	Simulacro		X Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad		X Contratistas
	Charla		Otros:		Otros

LUGAR: Torre Tierra Caso Sede A FECHA 13/09/2023 DURACIÓN: 1h

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Edwin Zabaleta	79393547	Oficial
2	Jonathan Pulido	1013636336	Aux
3	Steven Lima	1004870954	Servicio auxiliar
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Firma de Instructor	

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 1	INDUCCION DE PERSONAL Y REINDUCCION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN: 13		
CÓDIGO: RH-F-001		
DOCUMENTO CONTROLADO		

Nombre del trabajador: EDWARD Solayer **Fecha** 13 09 023

Cargo: OFICIAL **Área:** Jose Joaquin Castros A

Este formato se diligencia para dejar constancia de que el trabajador que lo firma recibió inducción y/o reinducción sobre los siguientes temas:

ÍTEM	ACTIVIDAD	SI	NO	N.A.
1	Misión y Visión- Estructura Organizacional (Mapa de Procesos y Organigrama).	X		
2	Política Integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.	X		
3	Política de Prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.	X		
4	Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.	X		
5	Política de Contratación de proveedores, Política de Confidencialidad.	X		
6	Política de Elementos de Protección Personal y Política de Contratación de Proveedores.	X		
7	Política de Relacionamiento de Actores Sociales.	X		
8	Divulgación del Reglamento de Higiene y Seguridad y Reglamento Interno de trabajo.	X		
9	Socialización de Funciones, Roles y Responsabilidades del Cargo (Perfil de cargo).	X		
10	Divulgación del Horario de trabajo y Horas Extras.	X		
11	Socialización de Actividades Programadas de SSTA.	X		
12	Presentación de Equipo de Trabajo y Conducto Regular de Comunicaciones.	X		
13	Socialización del Mantenimiento, uso y reposición de los E.P.P	X		
14	Integrantes y Funciones del COPASST y Comité de Convivencia Laboral.	X		
15	Divulgación del Plan de emergencia (Alarma de P.A, Rutas de evacuación, Punto de encuentro, Ubicación de los extintores, Brigadistas, Teléfonos de emergencia)	X		
16	Que hacer en caso de Incidente o Accidente.	X		
17	Identificación de peligros - Riesgos prioritarios y Aspectos e Impactos ambientales.	X		
18	Reporte de actos y condiciones inseguras.	X		
19	Actividades de toma de conciencia – participación-consulta y grupos de interés	X		
20	Socialización de los Canales de comunicación.	X		
21	Divulgación de Programas de Riesgo y sus actividades. (Mecánico, Alturas, Eléctrico, Químico, Vial).	X		
22	Divulgación Protocolo Bioseguridad Covid 19	X		
23	Decálogo de Compromiso con la vida			X

Certifico que he recibido la inducción y soy responsable de la aplicación y cumplimiento de las políticas, funciones y responsabilidades en HSEQ correspondiente al cargo.

Firma del Trabajador: EDWARD Solayer

C.C: 79393547

Nombre del funcionario que impartió la inducción:

Nombre: Johan Forero

Firma: Johan Forero

C.C: 1022958693

Powered by CamScanner

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

INDUCCIÓN X **REINDUCCIÓN** _____

Nombre del trabajador: EDWARD Salgue.

Fecha: 13 09, 023 **Cargo:** OFICIAL

De acuerdo con la capacitación recibida marque con una X la respuesta correcta:

1-En PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. Existen las siguientes políticas:

a. Política integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.
b. Política de prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.
c. Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.
d. Política de contratación de proveedores, Política de Confidencialidad y Política de Relacionamiento con actores Sociales.
X e. Todas las anteriores.

Indique la Política, con la que usted se identifica según sus funciones laborales y explíquela:

Política EPP.
Política alcol y drogas
Acoso laboral.

2- ¿Cuáles son las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST?

a. Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
b. Participar en la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados en la organización.
X d. a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: Sorjia Valverde. y
Oscar. Herrera.

3- Señale los programas de Riesgo:

a. Programa de riesgo mecánico y Programa de Riesgo vial.
b. Procedimiento de permisos de trabajo.
c. Programa de trabajo seguro en alturas y Programa de Riesgo Eléctrico.
X d. a y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Powered by CamScanner

4- ¿Cuál de los siguientes programas de vigilancia epidemiológica (PVE) existen en nuestra compañía?

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológico Biomecánico y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
d. Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Coronavirus.
e. Todas las Anteriores.

5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:

a. Reportar los casi incidentes y accidentes de SSTA.
b. Usar los elementos de protección persona y cumplir los procedimientos de prácticas seguras.
c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
d. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización.
e. Divulgar la metodología social en las áreas de interés.

6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución No 2184 de 2019?

a. Dejarlos en cualquier lugar de la Compañía.
b. Depositarlos en las canecas con los respectivos colores y para darle disposición final o asumir el del cliente donde estemos laborando.
c. Uso racional de bolsas plasticas.
d. Estableciendo el código de colores blanco, negro y verde para los contenedores de basura y bosas que se utilicen en la separación en la fuente.
e. Todas las anteriores.

7. ¿Algunos de los objetivos del sistema SGI son?

a. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
b. Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
c. Evitar los impactos socio ambientales y sociales.
d. Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
e. a y d son correctas.

8. ¿Accidente de trabajo es?

a. Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c. Ninguna las anteriores.
d. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante.
e. Todas las anteriores.

Powered by CamScanner

9. ¿Enfermedad Laboral es?:

a. Se define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
b. Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.
c. Todo estado patológico permanente o parcial derivado de alguna clase de trabajo en la que se ha visto obligado a laborar durante años.
d. Ningunas de las anteriores.
e. Todas las anteriores.

10- ¿Cuáles son los canales de comunicación internos y externos en nuestra Organización?

a. Escritos, Orales, Teléfono, Whatsapp, Tecnológicos y Correo corporativo.
b. Emisor y Receptor.
c. Gerente y jefe inmediato.
d. Mecanismos de comunicación internos y externos
e. Ningunas de las anteriores.

11. ¿Señale Actividades de Participación de los colaboradores en la Toma de Conciencia – Participación y Consulta?

a. Identificación de los peligros, riesgos y minimización de los riesgos asociados a las actividades que realizan e identificación de aspectos e impactos ambientales.
b. Participación en capacitaciones y comités, Copasst, Comité de convivencia laboral y Seguridad Vial
c. Reporte de actos y condiciones inseguras, divulgación de accidentes, incidentes y lecciones aprendidas.
d. Ninguna de las anteriores.
e. A, b y c son correctas.

12. Señale cuales son las medidas preventivas y de mitigación ante los cuidados del Covid-19.

a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
b. Seguir el protocolo que establece la organización.
c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.
e. Todas las anteriores.

13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:

- **Punto de encuentro área Administrativo:** Concha de Micro
- **Punto de encuentro área Operativo:** Concha de Micro
- **Mecanismo de alarma:** Sirena Coleji o

Powered by CamScanner

14.-Nombre cada una de las siguientes imágenes, las cuales hacen parte del programa ambiental:

Riesgo de Escasez



Ahorro de agua



Manejo integral R.



15.-Señale si es falso o verdadero:

- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental ☑
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores ☑
- Los riesgos Operativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Publico, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Alturas, Espacios Confinados, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Material Particulado, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, Gases y Vapores Vibraciones y Movimientos repetitivos. ☑
- Los riesgos Administrativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, y Movimientos repetitivos. ☑

16.- Coloca según corresponda el nombre del EPI (elemento de protección individual)



Calificación: Cada punto vale 6,25 para un total de 100 puntos. 100%

Firma del trabajador

cc. 79393547

Powered by CamScanner

PAGINA 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSION 4		
CODIGO RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

Induccion SST y Medio Ambiente

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	X Inducción - Reinducción	X	Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Especifica	X	Salud Ocupacional	X	Trabajadores Operativos
	Simulacro	X	Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad	X	Contratistas
	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: Torre Tierra Patio Sala A FECHA 13/09/2023 DURACIÓN: 1h

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Edwar Zuluaga	79392547	Oficial
2	Jhonatan Pulido.	1013636336	Aux
3	Steven Luna	1000MIL054	Steven auxiliar
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Firma de Instructor	

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 1	INDUCCION DE PERSONAL Y REINDUCCION	PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda.
VERSIÓN: 13		
CÓDIGO: RH-F-001		
DOCUMENTO CONTROLADO		

Nombre del trabajador: Steven Luna Rodriguez **Fecha** 13 | 09 | 2023

Cargo: auxiliar **Area:** Base guaymaro Costa B

Este formato se diligencia para dejar constancia de que el trabajador que lo firma recibió inducción y/o reinducción sobre los siguientes temas:

ÍTEM	ACTIVIDAD	SI	NO	N.A.
1	Misión y Visión– Estructura Organizacional (Mapa de Procesos y Organigrama).	X		
2	Política Integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.	X		
3	Política de Prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.	X		
4	Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.	X		
5	Política de Contratación de proveedores, Política de Confidencialidad.	X		
6	Política de Elementos de Protección Personal y Política de Contratación de Proveedores.	X		
7	Política de Relacionamiento de Actores Sociales.	X		
8	Divulgación del Reglamento de Higiene y Seguridad y Reglamento Interno de trabajo.	X		
9	Socialización de Funciones, Roles y Responsabilidades del Cargo (Perfil de cargo).	X		
10	Divulgación del Horario de trabajo y Horas Extras.	X		
11	Socialización de Actividades Programadas de SSTA.	X		
12	Presentación de Equipo de Trabajo y Conducto Regular de Comunicaciones.	X		
13	Socialización del Mantenimiento, uso y reposición de los E.P.P	X		
14	Integrantes y Funciones del COPASST y Comité de Convivencia Laboral.	X		
15	Divulgación del Plan de emergencia (Alarma de P.A, Rutas de evacuación, Punto de encuentro, Ubicación de los extintores, Brigadistas, Teléfonos de emergencia)	X		
16	Que hacer en caso de Incidente o Accidente.	X		
17	Identificación de peligros - Riesgos prioritarios y Aspectos e Impactos ambientales.	X		
18	Reporte de actos y condiciones inseguras.	X		
19	Actividades de toma de conciencia – participación-consulta y grupos de interés	X		
20	Socialización de los Canales de comunicación.	X		
21	Divulgación de Programas de Riesgo y sus actividades. (Mecánico, Alturas, Eléctrico, Químico, Vial).	X		
22	Divulgación Protocolo Bioseguridad Covid 19	X		
23	Decálogo de Compromiso con la vida			X

Certifico que he recibido la inducción y soy responsable de la aplicación y cumplimiento de las políticas, funciones y responsabilidades en HSEQ correspondiente al cargo.

Firma del Trabajador:

C.C: 1039982057

Nombre del funcionario que impartió la inducción:

Nombre: Juan Jose Pinzon

Firma:

C.C: 1079597693

Powered by CamScanner

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

INDUCCIÓN _____ **REINDUCCIÓN** _____

Nombre del trabajador: Steven Luna Sohuyuez

Fecha: 09/3/23 **Cargo:** Auxiliar

De acuerdo con la capacitación recibida marque con una X la respuesta correcta:

1-En PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. Existen las siguientes políticas:

a. Política Integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.
b. Política de prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.
c. Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.
d. Política de contratación de proveedores, Política de Confidencialidad y Política de Relacionamiento con actores Sociales.
X. Todas las anteriores.

Indique la Política, con la que usted se identifica según sus funciones laborales y explíquela:

EPP Política, política de seguridad vial, alcol y Drogas, acoso laboral

2- ¿Cuáles son las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST?

a. Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
b. Participar en la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados en la organización.
X. a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: Sergio navarrete, Oscar guardelo

3- Señale los programas de Riesgo:

a. Programa de riesgo mecánico y Programa de Riesgo vial.
b. Procedimiento de permisos de trabajo.
c. Programa de trabajo seguro en alturas y Programa de Riesgo Eléctrico.
X. a y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Powered by CamScanner

4- ¿Cuál de los siguientes programas de vigilancia epidemiológica (PVE) existen en nuestra compañía?

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológico Biomecánico y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
d. Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Coronavirus.
X. Todas las Anteriores.

5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:

a. Reportar los casi incidentes y accidentes de SSTA.
X. Usar los elementos de protección persona y cumplir los procedimientos de prácticas seguras.
c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
X. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización.
e. Divulgar la metodología social en las áreas de interés.

6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución No 2184 de 2019?

a. Dejarlos en cualquier lugar de la Compañía.
b. Depositarlos en las canecas con los respectivos colores y para darle disposición final o asumir el del cliente donde estemos laborando.
c. Uso racional de bolsas plasticas.
X. Estableciendo el código de colores blanco, negro y verde para los contenedores de basura y bosas que se utilicen en la separación en la fuente.
e. Todas las anteriores.

7. ¿Algunos de los objetivos del sistema SGI son?

a. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
X. Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
X. Evitar los impactos socio ambientales y sociales.
d. Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
e. a y d son correctas.

8. ¿Accidente de trabajo es?

X. Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c. Ninguna las anteriores.
X. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante.
e. Todas las anteriores.

Powered by CamScanner

9. ¿Enfermedad Laboral es?:

X. Se define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
b. Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.
c. Todo estado patológico permanente o parcial derivado de alguna clase de trabajo en la que se ha visto obligado a laborar durante años.
d. Ninguna de las anteriores.
e. Todas las anteriores.

10- ¿Cuáles son los canales de comunicación internos y externos en nuestra Organización?

X. Escritos, Orales, Teléfono, Whatsapp, Tecnológicos y Correo corporativo.
b. Emisor y Receptor.
c. Gerente y jefe inmediato.
d. Mecanismos de comunicación internos y externos
e. Ninguna de las anteriores.

11. ¿Señale Actividades de Participación de los colaboradores en la Toma de Conciencia – Participación y Consulta?

a. Identificación de los peligros, riesgos y minimización de los riesgos asociados a las actividades que realizan e identificación de aspectos e impactos ambientales.
b. Participación en capacitaciones y comités, Copasst, Comité de convivencia laboral y Seguridad Vial
c. Reporte de actos y condiciones inseguras, divulgación de accidentes, incidentes y lecciones aprendidas.
d. Ninguna de las anteriores.
X. A, b y c son correctas.

12. Señale cuales son las medidas preventivas y de mitigación ante los cuidados del Covid-19.

a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
b. Seguir el protocolo que establece la organización.
c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.
X. Todas las anteriores.

13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:

- **Punto de encuentro área Administrativo:** Cancha de micro
- **Punto de encuentro área Operativo:** Cancha de micro
- **Mecanismo de alarma:** alarma de colegio

Powered by CamScanner

14.-Nombre cada una de las siguientes imágenes, las cuales hacen parte del programa ambiental:

ahorro energia



ahorro de agua



manejo integral residuos

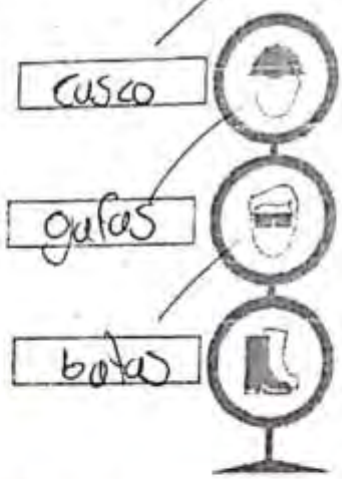


15.-Señale si es falso o verdadero:

- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental ☑
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores ☑
- Los riesgos Operativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Publico, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Alturas, Espacios Confinados, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Material Particulado, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, Gases y Vapores Vibraciones y Movimientos repetitivos. ☑
- Los riesgos Administrativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, y Movimientos repetitivos. ☑

16.- Coloca según corresponda el nombre del EPI (elemento de protección individual)

casco



audifonos

gafas

tapabocas

botas

guantes



Calificación: Cada punto vale 6.25 para un total de 100 puntos. 100

Firma del trabajador

cc. 1004182054

Powered by CamScanner

PAGINA 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSION 4		
CÓDIGO RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

Induccion SST y Medio Ambiente

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	X Inducción - Reinducción		X Seguridad Industrial		Gerencia- Directores- Administrativos
	Capacitación Especifica		X Salud Ocupacional	X	Trabajadores Operativos
	Simulacro		X Medio Ambiente		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad	X	Contratistas
	Charla		Otras		Otros

LUGAR: Sede Buenos Aires Sede A FECHA 13/09/2023 DURACIÓN: 1h

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Edwar Zuluaga	79393547	Oficial
2	Jhonatan Polo	1013636376	Aux
3	Steven Luna	1004805971	Steven Auxiliar
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

INSTRUCTOR	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL
Firma de Instructor	

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 1 VERSIÓN: 13 CÓDIGO: RH-F-001 DOCUMENTO CONTROLADO	**INDUCCION DE PERSONAL Y REINDUCCION**	PROFESIONALES ASOCIADOS

Nombre del trabajador: JHONATAN Zuldo **Fecha** 13 | 09 | 23

Cargo: AUX **Área:** Jose J. castro sede A

Este formato se diligencia para dejar constancia de que el trabajador que lo firma recibió inducción y/o reinducción sobre los siguientes temas:

ÍTEM	ACTIVIDAD	SI	NO	N.A.
1	Misión y Visión– Estructura Organizacional (Mapa de Procesos y Organigrama).	X		
2	Política Integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.	X		
3	Política de Prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.	X		
4	Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.	X		
5	Política de Contratación de proveedores, Política de Confidencialidad.	X		
6	Política de Elementos de Protección Personal y Política de Contratación de Proveedores.	X		
7	Política de Relacionamiento de Actores Sociales.	X		
8	Divulgación del Reglamento de Higiene y Seguridad y Reglamento Interno de trabajo.	X		
9	Socialización de Funciones, Roles y Responsabilidades del Cargo (Perfil de cargo).	X		
10	Divulgación del Horario de trabajo y Horas Extras.	X		
11	Socialización de Actividades Programadas de SSTA.	X		
12	Presentación de Equipo de Trabajo y Conducto Regular de Comunicaciones.	X		
13	Socialización del Mantenimiento, uso y reposición de los E.P.P	X		
14	Integrantes y Funciones del COPASST y Comité de Convivencia Laboral.	X		
15	Divulgación del Plan de emergencia (Alarma de P.A, Rutas de evacuación, Punto de encuentro, Ubicación de los extintores, Brigadistas, Teléfonos de emergencia)	X		
16	Que hacer en caso de Incidente o Accidente.	X		
17	Identificación de peligros - Riesgos prioritarios y Aspectos e Impactos ambientales.	X		
18	Reporte de actos y condiciones inseguras.	X		
19	Actividades de toma de conciencia – participación-consulta y grupos de interés	X		
20	Socialización de los Canales de comunicación.	X		
21	Divulgación de Programas de Riesgo y sus actividades. (Mecánico, Alturas, Eléctrico, Químico, Vial).	X		
22	Divulgación Protocolo Bioseguridad Covid 19	X		
23	Decálogo de Compromiso con la vida			X

Certifico que he recibido la inducción y soy responsable de la aplicación y cumplimiento de las políticas, funciones y responsabilidades en HSEQ correspondiente al cargo.

Firma del Trabajador: JHONATAN

C.C: 1013636336

Nombre del funcionario que impartió la inducción:

Nombre: [illegible]

Firma: [illegible]

C.C: 1072978893

Powered by CamScanner

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

INDUCCIÓN X **REINDUCCIÓN** _____

Nombre del trabajador: JHONATAN RUIDO

Fecha: 13/09/23 **Cargo:** AUX

De acuerdo con la capacitación recibida marque con una X la respuesta correcta:

1-En PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. Existen las siguientes políticas:

a. Política integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.
b. Política de prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.
c. Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.
d. Política de contratación de proveedores, Política de Confidencialidad y Política de Relacionamiento con actores Sociales.
e. Todas las anteriores.

Indique la Política, con la que usted se identifica según sus funciones laborales y explíquela:

EPP
Alcohol y drogas
Seguridad Vial

2- ¿Cuáles son las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST?

a. Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
b. Participar en la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados en la organización.
d. a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: Sergio N, Oscar G.

3- Señale los programas de Riesgo:

a. Programa de riesgo mecánico y Programa de Riesgo vial.
b. Procedimiento de permisos de trabajo.
c. Programa de trabajo seguro en alturas y Programa de Riesgo Eléctrico.
d. a y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Powered by CamScanner

4- ¿Cuál de los siguientes programas de vigilancia epidemiológica (PVE) existen en nuestra compañía?

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológico Biomecánico y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
d. Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Coronavirus.
e. Todas las Anteriores.

5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:

a. Reportar los casi incidentes y accidentes de SSTA.
b. Usar los elementos de protección persona y cumplir los procedimientos de prácticas seguras.
c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
d. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización.
e. Divulgar la metodología social en las áreas de interés.

6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución No 2184 de 2019?

a. Dejarlos en cualquier lugar de la Compañía.
b. Depositarlos en las canecas con los respectivos colores y para darle disposición final o asumir el del cliente donde estemos laborando.
c. Uso racional de bolsas plasticas.
d. Estableciendo el código de colores blanco, negro y verde para los contenedores de basura y bosas que se utilicen en la separación en la fuente.
e. Todas las anteriores.

7. ¿Algunos de los objetivos del sistema SGI son?

a. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
b. Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
c. Evitar los impactos socio ambientales y sociales.
d. Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
e. a y d son correctas.

8. ¿Accidente de trabajo es?

a. Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c. Ninguna las anteriores.
d. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante.
e. Todas las anteriores.

Powered by CamScanner

9. ¿Enfermedad Laboral es?:

X a. Se define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
b. Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.
c. Todo estado patológico permanente o parcial derivado de alguna clase de trabajo en la que se ha visto obligado a laborar durante años.
d. Ningunas de las anteriores.
e. Todas las anteriores.

10- ¿Cuáles son los canales de comunicación internos y externos en nuestra Organización?

X a. Escritos, Orales, Teléfono, Whatsapp, Tecnológicos y Correo corporativo.
b. Emisor y Receptor.
c. Gerente y jefe inmediato.
d. Mecanismos de comunicación internos y externos
e. Ningunas de las anteriores.

11. ¿Señale Actividades de Participación de los colaboradores en la Toma de Conciencia - Participación y Consulta?

a. Identificación de los peligros, riesgos y minimización de los riesgos asociados a las actividades que realizan e identificación de aspectos e impactos ambientales.
b. Participación en capacitaciones y comités, Copasst, Comité de convivencia laboral y Seguridad Vial
c. Reporte de actos y condiciones inseguras, divulgación de accidentes, incidentes y lecciones aprendidas.
d. Ninguna de las anteriores.
e. A, b y c son correctas.

12. Señale cuales son las medidas preventivas y de mitigación ante los cuidados del Covid-19.

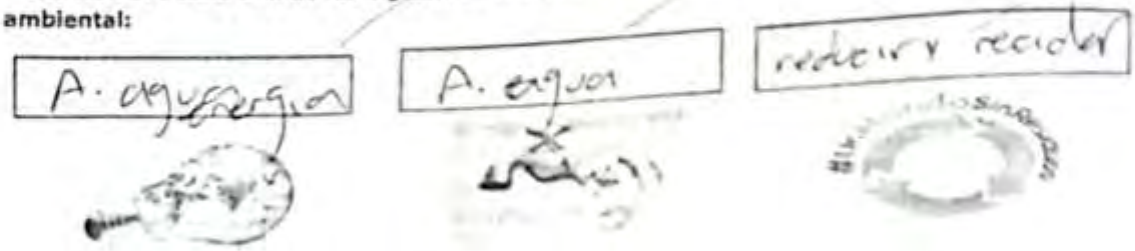
a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
b. Seguir el protocolo que establece la organización.
c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.
X e. Todas las anteriores.

13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:

- **Punto de encuentro área Administrativo:** concha
- **Punto de encuentro área Operativo:** concha
- **Mecanismo de alarma:** Sirena colegio

Powered by CamScanner

14.-Nombre cada una de las siguientes imágenes, las cuales hacen parte del programa ambiental:



15.-Señale si es falso o verdadero:

- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental [V]
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores [V]
- Los riesgos Operativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Publico, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Alturas, Espacios Confinados, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Material Particulado, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, Gases y Vapores Vibraciones y Movimientos repetitivos. [V]
- Los riesgos Administrativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, y Movimientos repetitivos. [V]

16.- Coloca según corresponda el nombre del EPI (elemento de protección individual)



Calificación Cada punto vale 6.25 para un total de 100 puntos. 100

JHONATNA
Firma del trabajador
cc. 1013636336

Powered by CamScanner

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

INDUCCIÓN X **REINDUCCIÓN** _____

Nombre del trabajador: Keyin Alberto Araya Torres

Fecha: 22-08-2023 **Cargo:** Ayudante

De acuerdo con la capacitación recibida marque con una X la respuesta correcta:

1-En PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. Existen las siguientes políticas:

a. Política integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.
b. Política de prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.
c. Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.
d. Política de contratación de proveedores, Política de Confidencialidad y Política de Relacionamiento con actores Sociales.
e. X Todas las anteriores.

Indique la Política, con la que usted se identifica según sus funciones laborales y explíquela:

Con la politica C. por que gracias alos elementos de proteccion personal podemos protegernos de accidentes en el trabajo por que nos protejen

2- ¿Cuáles son las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST?

a. X Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
b. X Participar en la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
c. X Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados en la organización.
d. X a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: Juan Pedreros y Jeferson Lovaiza

3- Señale los programas de Riesgo:

a. Programa de riesgo mecánico y Programa de Riesgo vial.
b. Procedimiento de permisos de trabajo.
c. Programa de trabajo seguro en alturas y Programa de Riesgo Eléctrico.
d. X a y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Powered by CamScanner

4- ¿Cuál de los siguientes programas de vigilancia epidemiológica (PVE) existen en nuestra compañía?

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológico Biomecánico y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
d. Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Coronavirus.
e. Todas las Anteriores.

5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:

a. Reportar los casi incidentes y accidentes de SSTA.
b. Usar los elementos de protección persona y cumplir los procedimientos de prácticas seguras.
c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
d. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización.
e. Divulgar la metodología social en las áreas de interés.

6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución No 2184 de 2019?

a. Dejarlos en cualquier lugar de la Compañía.
b. Depositarlos en las canecas con los respectivos colores y para darle disposición final o asumir el del cliente donde estemos laborando.
c. Uso racional de bolsas plasticas.
d. Estableciendo el código de colores blanco, negro y verde para los contenedores de basura y bosas que se utilicen en la separación en la fuente.
e. Todas las anteriores.

7. ¿Algunos de los objetivos del sistema SGI son?

a. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
b. Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
c. Evitar los impactos socio ambientales y sociales.
d. Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
e. a y d son correctas.

8. ¿Accidente de trabajo es?

a. Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c. Ninguna las anteriores.
d. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante.
e. Todas las anteriores.

Powered by CamScanner

9. ¿Enfermedad Laboral es?:

X Se define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.

b. Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.

c. Todo estado patológico permanente o parcial derivado de alguna clase de trabajo en la que se ha visto obligado a laborar durante años.

d. Ningunas de las anteriores.

(NO X Todas las anteriores.

10- ¿Cuáles son los canales de comunicación internos y externos en nuestra Organización?

X Escritos, Orales, Teléfono, Whatsapp, Tecnológicos y Correo corporativo.

b. Emisor y Receptor.

c. Gerente y jefe inmediato.

d. Mecanismos de comunicación internos y externos

e. Ningunas de las anteriores.

11. ¿Señale Actividades de Participación de los colaboradores en la Toma de Conciencia – Participación y Consulta?

a. Identificación de los peligros, riesgos y minimización de los riesgos asociados a las actividades que realizan e identificación de aspectos e impactos ambientales.

b. Participación en capacitaciones y comités, Copasst, Comité de convivencia laboral y Seguridad Vial

c. Reporte de actos y condiciones inseguras, divulgación de accidentes, incidentes y lecciones aprendidas.

d. Ninguna de las anteriores.

X A, b y c son correctas.

12. Señale cuales son las medidas preventivas y de mitigación ante los cuidados del Covid-19.

a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.

b. Seguir el protocolo que establece la organización.

c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.

d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.

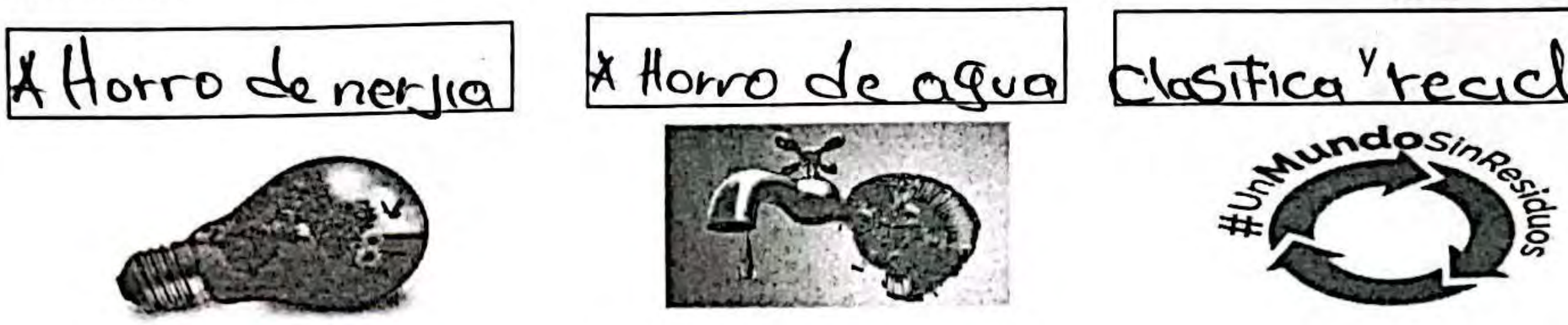
X Todas las anteriores.

13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:

- **Punto de encuentro área Administrativo:** Administrativo No aplica
- **Punto de encuentro área Operativo:** Cancha del Colegio
- **Mecanismo de alarma:** 3 Silvatos

Powered by CamScanner

14.-Nombre cada una de las siguientes imágenes, las cuales hacen parte del programa ambiental:



15.-Señale si es falso o verdadero:

- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental [V]
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores [V]
- Los riesgos Operativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Publico, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Alturas, Espacios Confinados, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Material Particulado, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, Gases y Vapores Vibraciones y Movimientos repetitivos. [V]
- Los riesgos Administrativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, y Movimientos repetitivos. [V]

16.- Coloca según corresponda el nombre del EPI (elemento de protección individual)



Calificación: Cada punto vale 6,25 para un total de 100 puntos. _____

Kevin Anaya
Firma del trabajador

cc. 1.003.097007

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 1	INDUCCION DE PERSONAL Y REINDUCCION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN: 13		
CÓDIGO: RH-F-001		
DOCUMENTO CONTROLADO		

Nombre del trabajador: Kevin A. Anaya Torres **Fecha** DD 22 MM 08 AAAA 2023

Cargo: Ayudante **Área:** Operativo

Este formato se diligencia para dejar constancia de que el trabajador que lo firma recibió inducción y/o reinducción sobre los siguientes temas:

ÍTEM	ACTIVIDAD	SI	NO	N.A.
1	Misión y Visión– Estructura Organizacional (Mapa de Procesos y Organigrama).	X		
2	Política Integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.	X		
3	Política de Prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.	X		
4	Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.	X		
5	Política de Contratación de proveedores, Política de Confidencialidad.	X		
6	Política de Elementos de Protección Personal y Política de Contratación de Proveedores.	X		
7	Política de Relacionamiento de Actores Sociales.	X		
8	Divulgación del Reglamento de Higiene y Seguridad y Reglamento Interno de trabajo.	X		
9	Socialización de Funciones, Roles y Responsabilidades del Cargo (Perfil de cargo).	X		
10	Divulgación del Horario de trabajo y Horas Extras.	X		
11	Socialización de Actividades Programadas de SSTA.	X		
12	Presentación de Equipo de Trabajo y Conducto Regular de Comunicaciones.	X		
13	Socialización del Mantenimiento, uso y reposición de los E.P.P	X		
14	Integrantes y Funciones del COPASST y Comité de Convivencia Laboral.	X		
15	Divulgación del Plan de emergencia (Alarma de P.A, Rutas de evacuación, Punto de encuentro, Ubicación de los extintores, Brigadistas, Teléfonos de emergencia)	X		
16	Que hacer en caso de Incidente o Accidente.	X		
17	Identificación de peligros - Riesgos prioritarios y Aspectos e Impactos ambientales.	X		
18	Reporte de actos y condiciones inseguras.	X		
19	Actividades de toma de conciencia – participación-consulta y grupos de interés	X		
20	Socialización de los Canales de comunicación.	X		
21	Divulgación de Programas de Riesgo y sus actividades. (Mecánico, Alturas, Eléctrico, Químico, Vial).	X		
22	Divulgación Protocolo Bioseguridad Covid 19	X		
23	Decálogo de Compromiso con la vida			X

Certifico que he recibido la inducción y soy responsable de la aplicación y cumplimiento de las políticas, funciones y responsabilidades en HSEQ correspondiente al cargo.

Firma del Trabajador: Kevin Anaya

C.C: 1.003.097.007

Nombre del funcionario que impartió la inducción:

Nombre: _____

Firma: _____

C.C: _____

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 1	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN 0001		
CÓDIGO HSEQ-F-193		
DOCUMENTO CONTROLADO		

FECHA	13.09.023	TIEMPO	20 AÑOS
CARGO	OFICIAL.	CONTRATO	4077644
NOMBRE TRABAJADOR	EDWARD SOTO GOMEZ.		
IDENTIFICACIÓN C.C. N°	79393547		

CLASE DE RIESGO	RIESGO	APLICA SI	APLICA NO	FUENTE
FISICOS	RUIDO	X		Mal uso de herramientas
	VIBRACION	X		Vibradores, retroexcavadora
	RADIACIONES IONIZANTES	X		Soldadura
	RADIACIONES NO IONIZANTES	X		Rayos del sol, luz visible.
	TEMPERATURAS EXTREMAS	X		Temperatura ambiente.
	PRESIONES ANORMALES	X		Compresor.
	ILUMINACIÓN	X		Iluminación poco eficiente
	VENTILACIÓN	X		Viento, lluvias, granizadas
QUIMICOS	AEROSOLES SOLIDOS	X		Pintura, polvo, fibras, cemento.
	LIQUIDOS	X		Pintura.
	VAPORES Y GASES	X		Gas propano, sistemas químicos
FISICO QUÍMICOS	INCENDIO	X		Todos los combustibles
	EXPLOSIÓN	X		Gas propano.
BIOLÓGICOS	BACTERIAS	X		Baños, gotas lagrimales.
	VIRUS - COVID-19	X		Contacto estrecho.
	HONGOS	X		Superficies sin desinfectar.
MECÁNICOS	HERRAMIENTAS MANUALES	X		Golpes. Mantenimiento
	EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN	X		Pistolas, oxicorte, etc.
	MANIPULACIÓN DE MATERIALES	X		Herramientas, cables, cortadores
	MECANISMOS EN MOVIMIENTO	X		Atrapamiento.
ELÉCTRICOS	ALTA Y MEDIA TENSIÓN	X		Cargas vivas
	BAJA TENSIÓN	X		Manipulación de aparatos energizados.
	CARGA ESTÁTICA	X		Contacto con elementos.
ERGONOMICOS	CARGA ESTÁTICA	X		Posturas
	CARGA DINÁMICA	X		Esfuerzo muscular.
LOCATIVOS	ORDEN Y ASEO	X		Orden, limpieza trabajo en alturas.
	CAIDAS A NIVEL	X		Desniveles, excavaciones.
	CAIDAS A DIFERENTE NIVEL	X		Andamios, escaleras.
PSICOLABORALES	CONTENIDO DE LA TAREA	X		Monotonía, falta de programación
	RELACIONES HUMANAS	X		Relación interna y externa
NATURALES	TERREMOTOS O SISMOS	X		Movimientos por el área
	DESLIZAMIENTOS	X		de la obra.
DE ORIGEN SOCIAL	ATENTADOS	X		Personal externo a la
	ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD	X		obra.
	HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES	X		
TRANSITO	ATROPELLAMIENTOS	X		Ingreso y salida de
	COLISIONES	X		vehículos.

ELABORO _____ REVISO _____

Powered by CamScanner

PAGINA 1 DE 1	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSION 0001		
CODIGO HSEQ-F-193		
DOCUMENTO CONTROLADO		

FECHA	13/09/23	TIEMPO	5 días
CARGO	AUX	CONTRATO	4077614
NOMBRE TRABAJADOR	JHONATAN Rolido		
IDENTIFICACIÓN C.C. N°	1013636336		

CLASE DE RIESGO	RIESGO	APLICA SI	APLICA NO	FUENTE
FISICOS	RUIDO	X		Soldadura de herramientas
	VIBRACION	X		Vibradores, retroexcavadora
	RADIACIONES IONIZANTES	X		Soldadura
	RADIACIONES NO IONIZANTES	X		Ultravioleta del Sol, luz visible
	TEMPERATURAS EXTREMAS	X		Temperatura ambiente.
	PRESIONES ANORMALES	X		Cilindros.
	ILUMINACIÓN	X		Iluminación deficiente
	VENTILACIÓN	X		Viento de la obra, ventilación natural
QUIMICOS	AEROSOLES SOLIDOS	X		Pintura, polvo, tuberías, cemento.
	LIQUIDOS	X		Pintura.
	VAPORES Y GASES	X		Gas propano, sistema aplicación
FISICO QUÍMICOS	INCENDIO	X		Fuentes generadoras
	EXPLOSIÓN	X		Gas propano
BIOLÓGICOS	BACTERIAS	X		Baños, gotas, lagrimales.
	VIRUS - COVID-19	X		Contacto estrecho.
	HONGOS	X		Superficies sin desinfectar.
MECÁNICOS	HERRAMIENTAS MANUALES	X		Ambiente humedecimiento
	EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN	X		Taladros, esmeriles, cortadoras
	MANIPULACIÓN DE MATERIALES	X		Tuberías, cortadoras
	MECANISMOS EN MOVIMIENTO	X		Abrazaderas, tubos,
ELÉCTRICOS	ALTA Y MEDIA TENSIÓN	X		Cargas vivas
	BAJA TENSIÓN	X		Manipulación de herramientas eléctricas
	CARGA ESTÁTICA	X		Mantenimiento de elementos.
ERGONOMICOS	CARGA ESTÁTICA	X		Posturas
	CARGA DINÁMICA	X		Esfuerzo repetitivo,
LOCATIVOS	ORDEN Y ASEO	X		Caídas, posturas inadecuadas.
	CAIDAS A NIVEL	X		Desniveles, escaleras.
	CAIDAS A DIFERENTE NIVEL	X		Andamios, plataformas.
PSICOLABORALES	CONTENIDO DE LA TAREA	X		Monotonía, falta de compañerismo
	RELACIONES HUMANAS	X		Relación interna y externa
NATURALES	TERREMOTOS O SISMOS	X		Vías, fuentes fijas de energía.
	DESLIZAMIENTOS	X		de la obra.
DE ORIGEN SOCIAL	ATENTADOS	X		Personal externo a la
	ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD	X		obra.
	HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES	X		
TRANSITO	ATROPELLAMIENTOS	X		Ingreso y salida de
	COLISIONES	X		vehículos.

ELABORO _____ REVISO _____

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 1	**NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**		PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN: 0001			
CÓDIGO: HSEQ-F-183			
DOCUMENTO CONTROLADO		TIEMPO	1 año
FECHA	13/04/23	CONTRATO	10 11 644
CARGO	AUXILIAR		
NOMBRE TRABAJADOR	STEVEN JUAN		
IDENTIFICACIÓN C.C. N°	1004486954		

CLASE DE RIESGO	RIESGO	APLICA SI	APLICA NO	FUENTE
FISICOS	RUIDO	X		Talleres uso de herramientas.
	VIBRACION	X		Vehículos, motocicletas, soldadura.
	RADIACIONES IONIZANTES	X		
	RADIACIONES NO IONIZANTES	X		Ultravioleta del Sol, luz visible.
	TEMPERATURAS EXTREMAS	X		Temperatura ambiente.
	PRESIONES ANORMALES	X		Compresor.
	ILUMINACIÓN	X		Iluminación deficiente
	VENTILACIÓN	X		Puesto de trabajo cerrados
QUIMICOS	AEROSOLES SOLIDOS	X		Pintura, polvo, fibras, abono.
	LIQUIDOS	X		Pinturas.
	VAPORES Y GASES	X		Gas Propano, soldadura.
FISICO QUÍMICOS	INCENDIO	X		Todos inflamables
	EXPLOSIÓN	X		Gas Propano.
BIOLÓGICOS	BACTERIAS	X		Baños, áreas locativas.
	VIRUS - COVID-19	X		Contacto estrecho.
	HONGOS	X		Superficies sin desinfectar.
MECÁNICOS	HERRAMIENTAS MANUALES	X		Taladro, mantenimiento
	EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN	X		Pistolas, extintores, etc.
	MANIPULACIÓN DE MATERIALES	X		Tableros, ladrillos, cerramiento
	MECANISMOS EN MOVIMIENTO	X		Atrapamientos.
ELÉCTRICOS	ALTA Y MEDIA TENSIÓN	X		Cables vivos
	BAJA TENSIÓN	X		Manipulación de aparatos energizados.
	CARGA ESTÁTICA	X		Contacto con elementos.
ERGONOMICOS	CARGA ESTÁTICA	X		Posturas
	CARGA DINÁMICA	X		Esfuerzo manuales.
LOCATIVOS	ORDEN Y ASEO	X		Señales, limitar trabajo en alturas.
	CAIDAS A NIVEL	X		Desniveles, escaleras.
	CAIDAS A DIFERENTE NIVEL	X		Andamios, cubiertas.
PSICOLABORALES	CONTENIDO DE LA TAREA	X		Monotonía, falta de programación
	RELACIONES HUMANAS	X		Relación obra y externalidades
NATURALES	TERREMOTOS O SISMOS	X		Deslizamientos de la obra.
	DESLIZAMIENTOS	X		
DE ORIGEN SOCIAL	ATENTADOS	X		Personal externo a la
	ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD	X		obra.
	HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES	X		
TRANSITO	ATROPELLAMIENTOS	X		Ingreso y salida de vehículos.
	COLISIONES	X		

ELABORO _____ REVISO _____

Powered by CamScanner

ANEXO SST-10. EXÁMENES MÉDICOS CONTRATISTA

CONSULTORIO MEDICO DR RAFAEL GOMEZ

NIT 72136178-9 BOGOTA DC TV 94 NO 82 A 64
PBX 4 90 80 94 CELULAR 314 425 37 12 – 3108136250 EMAIL –RAFAGOMEZ40@HOTMAIL.COM
LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL RES 2607/2018

FECHA DE EXAMENES MEDICOS	TIPO DE EXAMEN MEDICO
05/11/2022	☒Ingreso ☐Egreso ☐Periódico ☒Altura ☐ Osteomuscular

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Nombres: ANDRES			Apellidos: CASTILLO ILES	
Razón social: **COLFIBRAS JC**			Celular: 3143040940	
Dirección: LOS PINOS ENGATIVA			C.C: 1.014.207.923	G.S RH: O+
Genero **Masculino☒ Femenino ☐**	Fecha de nacimiento 19/11/1989	Edad en años: 33	EPS: COMPENSAR	
			ARL:	AFP: COLFONDOS

INFORMACION OCUPACIONAL CARGO ACTUAL A INGRESAR

Fecha ingreso a la empresa	Cargo:	Sección:	Antigüedad en el cargo
05/11/2022	INSTALADOR	OPERATIVA	no aplica para ingreso

CONSULTAS PROCEDIMIENTOS Y/O EXAMEN REALIZADOS

Consulta de Medicina Laboral, visiometria, audiometria, hemograma, colesterol total, triglicéridos, HDL, LDL, glicemia.

CONSENTIMEINTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al (a la) Dr. (a) abajo mencionado(a), a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, registrados en este documento. El profesional abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico y paraclínico ocupacionales. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y paraclinicos ocupacionales. A partir de la asesoría brindada ante de las respectivas toma de pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes que se realizaran los exámenes. Las respuestas dadas por mi en estos exámenes están completas y son verídicas. 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 OCUPACIONAL

☑ Apto sin restricciones ☐ Apto con restricciones ☐ Aplazado ☐ Apto con patologias que no generan restricción

☑ Apto para trabajo en alturas ☐ Apto para trabajar en el suelo ☐ Apto para manipular alimentos

RECOMENDACIONES

Ocupacionales
- ☐Capacitación según matriz de riego y peligros
- ☒Higiene postural
- ☒higiene biomédica integral
- ☒Pausas activas laborales
- ☒Uso de los EPP
- ☐Cultura de autocuidado

Medicas
- ☐Valoración por optometría
- ☐Valoración por medicina general EPS
- ☐Valoración por ARL
- ☐Valoración por medicina laboral
- ☐Valoración por nutricionista

CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO
- ☐para trabajo en altura y/o espacios confinados y/o manipulación de alimentos.

Sistema de vigilancia epidemiológica
- ☐SVE Salud auditiva (énfasis en protección auditiva)
- ☐SVE Cardiovascular
- ☐SVE en salud visual
- ☐Corrección óptica permanente
- ☐SVE en salud respiratoria
- ☐SVE mecánico

Hábitos y estilo de vida saludable
- ☒Ejercicio físico regular 3 veces por semana (acondicionamiento físico)
- ☒Énfasis en estiramientos integrales
- ☒Nutrición balanceada
- ☒Cesación de tabaquismo
- ☐reducción consumo de alcohol

CONDICIONES DE SALUD – CERTIFICO QUE EL PACIENTE ACTUALMENTE Y TENIENDO EN CUENTA LA CIRCULAR 0030 DE 8 DE MAYO DE 2020 NO PADECE ENFERMEDADES DE ALTO RIESGO PARA COVID 19. **PACIENTE SANO.**

Dr. Rafael A. Gómez
Médico Cirujano
R.M. 2052-97
Especialista En Salud Ocupacional
L.S.O. 2607 DE 2018
DR. Rafael Alberto Gomes Conrado
Medico especialista en salud ocupacional

x Andres Castillo
Paciente
c.c 1.014.207.923

Los hallazgos fueron consignados en la historia clínica que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007

Notas:
1).Archive este informe en la hoja de vida del trabajador en el área de recursos humanos
2). El contenido de la historia clínica ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia está regida por la resolución 1918 del 05 de junio 2009 del cual se transcriben a continuación algunos aportes "La custodia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional estará a cargo de la persona prestador del servicio de salud ocupacional que la genero en curso de la atención, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivos conforme a las normas legales vigentes para la historia clínica.
En ningún caso los empleadores podrán tener, conservar o anexar copia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional a la hoja de vida del trabajado
3). Este examen no reemplaza el realizado por Indumil para porte de armas.

CENTRO MEDICO LABORATORIO CLINICO OLAYA SAS

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 128

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 día	08 mes	2023 año	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.C.-COLOMBIA	EXAMEN MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL ENFASIS EN ALTURAS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA / LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	SERVICONSTRUCCION
Nombre de la empresa	Empresa en donde

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación: CC Cédula de Ciudadanía, CE Cédula de Extranjería, TI Tarjeta de Identidad, PA Pasaporte)

JHOJAN ESTITH SALAS OLARTE	Género	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	23 años cumplidos (23/04)	CC	1005850428
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AUXILIAR DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION

Observaciones: APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

APTO	APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA	✓	CERTIFICADO DE ALTURAS	✓
OPTOMETRIA	✓	[illegible]	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL CAPACITACIONES TRABAJO EN ALTURAS	[illegible]

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

NINGUNA

Consentimiento informado del Aspirante o trabajador autorizo de manera voluntaria a realizar mi examen medico ocupacional descrito en este documento. El médico(a) arriba mencionado me ha explicado la naturaleza y alcance del examen ofrecido y he tenido la oportunidad de aclarar mi propósito, sus beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a parte de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y libre fue 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 consignadas 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 expedir mi consentimiento.

Médico

DTO. SALUD OCUPACIONAL

Firma: [illegible]

Nombre: SANDRA BERMUDEZ JIMENEZ

R.M. [illegible] L.S.O. [illegible]

Código de Seguridad
D1261U1A128

Aspirante o Trabajador

Firma: Jhojan Salas

Nombre: JHOJAN ESTITH SALAS OLARTE

CC: 1005850428

Powered by CamScanner

CENTRO MEDICO LABORATORIO CLINICO OLAYA SAS
Nit 900171617-3
Dirección CRA 21 N 26-52 SUR/ CRA 21 N 23-38 SUR BARRIO OLAYA BOGOTA
Teléfonos 2397687-3478768
Correo electrónico centromedicoolaya@gmail.com
www.centromedicoolaya.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 202

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
07 DÍA	09 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL ENFASIS EN ALTURAS

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

PARTICULARES CONTADO	SERVICONSTRUCCIONES Y FACHADAS EBK SAS NIT 901204360-1
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)

JESUS EDUAR PEREA ROMAÑA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	37 AÑOS 9 MESES 9 DÍAS	CC	1129364395
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
OFICIAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION

Observaciones: *APTO PARA TRABAJOS EN ALTURAS*

APTO	APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES

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	✓	CERTIFICADO DE INGRESO +ENFASIS EN ALTURAS	✓
OPTOMETRÍA	✓	GLICEMIA+COLESTEROL+TRIGLICERIDOS	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
	CAPACITACIÓN : TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

NINGUNO

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

Médico

DTO. SALUD OCUPACIONAL

Firma:

Nombre: SANCHEZ BENAVIDEZ JIM ROGER

R. M.: 293701/03 L.S.O.: 026/2019

Código de Seguridad
F1261L1R202

Aspirante ó Trabajador

Firma: Jesús Eduar Perea

Nombre: JESUS EDUAR PEREA ROMAÑA

CC: 1129364395

Powered by CamScanner

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° 40.371

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
27 DÍA	03 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES 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
DIAZ JARA NELSON RODRIGO	CC (Tipo)	79695587 (Número)	15/11/1975	47 AÑOS	O +

Nivel Educativo	Genero	Estado Civil
SECUNDARIA	MASCULINO	SEPARADO(A)

Cargo	Fecha y Hora de Ingreso	Fecha y Hora de Salida
RECIDENTE DE OBRA	**27/03/2023 07:51:05 a.m.**	**27/03/2023 08:08:18 a.m.**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

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 ✓	AGUDEZA VISUAL ✓

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
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		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 FISICO PRESENTA SOBREPESO, SE REMITE A EPS POR NUTRICION PARA CONTROL Y MANEJO. SIN ALTERACIONES A NIVEL RESPIRATORIO, PARACLINICOS PRESENTA AMETROPE CORREGIDA. APTO PARA TRABAJAR.

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: OSPINA ORTIZ OSCAR JAIR

R. M.: 11306568 **L.S.O.:** 6779 DE 09/02/2021

Código de Seguridad
H136N1T40371

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: DIAZ JARA NELSON RODRIGO

CC: 79695587



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° 41.907

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
30 DÍA	08 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES 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
RODRIGUEZ MOSQUERA HUGO ALBERTO	CC (Tipo)	1033692309 (Número)	20/09/1987	35 AÑOS	O -

Nivel Educativo	Genero	Estado Civil
SECUNDARIA	MASCULINO	SOLTERO(A)

Cargo	Fecha y Hora de Ingreso	Fecha y Hora de Salida
AYUDANTE DE OBRA	**30/08/2023 06:32:14 a.m.**	

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

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 ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		HACER DEPORTE
		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 FISICO NORMAL, SIN ALTERACIONES A NIVEL RESPIRATORIO. APTO PARA TRABAJAR.

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

Dr. Oscar Jair Ospina Ortiz
Lic. 6779 S.O.S.
Medico Cirujano General
Especialista en Medicina Laboral y Salud Ocupacional

Firma:

Nombre: OSPINA ORTIZ OSCAR JAIR

R. M.: 11306568 **L.S.O.:** 6779 DE 09/02/2021

Código de Seguridad L136R1X41907

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: RODRIGUEZ MOSQUERA HUGO ALBERTO

CC: 1033692309

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° 41.906

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
30 DÍA	08 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES 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
DIAZ AVILA MARCIAL	CC (Tipo)	15030338 (Número)	01/06/1966	57 AÑOS	O +

Nivel Educativo	Genero	Estado Civil
PRIMARIA	MASCULINO	UNIÓN LIBRE

Cargo	Fecha y Hora de Ingreso	Fecha y Hora de Salida
AYUDANTE DE OBRA	**30/08/2023 06:28:03 a.m.**	

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

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 ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION	SVE VISUAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		HACER DEPORTE
		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 FISICO PRESENTA SOBREPESO, SE REMITE A EPS POR NUTRICION PARA MANEJO Y CONTROL, SIN ALTERACIONES A NIVEL RESPIRATORIO, PRESENTA DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL, SE REMITE A EPS POR OPTOMETRIA. APTO PARA TRABAJAR.

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: OSPINA ORTIZ OSCAR JAIR

R. M.: 11306568 **L.S.O.:** 6779 DE 09/02/2021

Código de Seguridad
F136L1R41906

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: DIAZ AVILA MARCIAL

CC: 15030338

MEDIPRO IPS
SALUD OCUPACIONAL



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA PRE-OCUPACIONAL DE INGRESO
PARA TRABAJO EN ALTURAS, ESPACIOS CONFINADOS
(ENFASIS OSTEOMUSCULAR)
TEST DE BOHOBER Y KENDALL

Registro/Orden: 000/178
Paciente: JUAN CAMILO MENDEZ LOZADA
Empresa: STARR ALUMINIOS ASOCIADOS SAS 901299838-7

Fecha: 29/03/2023 SEXO: M
Identificación: 1.006.878.412 Edad:23 años
Cargo: INSTALADOR
EPS COMPENSAR

TIPO DE EXAMEN REALIZADO: *Pre Ocupacional y de aptitud física para trabajo en alturas y/o espacios confinados*
FINALIDAD DEL EXAMEN: Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgos a los cuales estará expuesto En el cargo a desempeñar.

RESULTADO DE EXAMENES PARACLINICOS

EXAMENES REALIZADOS	RESULTADOS
1. AUDIOMETRIA (ESCALA DE LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
2. ESPIROMETRIA (KNUDSON)	SI APLICA
3. OPTOMETRIA (25-30)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
4. CUADRO HEMATICO	SIN ALTERACIONES
5. GLICEMIA	SI APLICA
6. PERFIL LIPIDICO	SI APLICA
7. PSICOSENSOMETRICO	NORMAL
8. EXAMEN OSTEOMUSCULAR COLUMNA Y ESPALDA	SIN ALTERACIONES
9. EXAMEN OCUPACIONAL	SIN ALTERACIONES
10. VARIABLES FISICAS	PESO: 72 KG ESTATURA: 1.70 CMS
11. ELECTROCARDIOGRAMA	NO APLICA

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL:

		SI	NO
1	Apto para trabajos en alturas	X	
2	Apto con restricciones:		
3	Restringido		
4	Aplazado:		

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:

VISUAL: ( ) AUDITIVO: ( ) RESPIRATORIO: ( ) CARDIOVASCULAR ( ) PSICOSOCIAL ( ) NINGUNO ( )

SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA DESEMPEÑAR SU LABOR, SEGÚN RESULTADOS DE CUESTIONARIO, VALORIZACION MEDICA OCUPACIONAL Y PARACLINICOS SEGÚN RESOLUCION N° 3673 de 2008

SI	NO
X	

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL:
Utilizar los elementos de protección personal – Remisión por nutrición IPS – SobrePeso Usar Protección Visual durante la jornada laboral
Seguir las recomendaciones estrictamente de medicina ocupacional.

Edgardo Mercado Pitton
Dr. Edgardo Mercado Pitton
Especialista en Salud Ocupacional
Resolución No. 906-2021

HUELLA IN
DERECH

FIRMA MEDICO OCUPACIONAL :

FIRMA DEL TRABAJADOR C.C.:

SERVISALUD
OCUPACIONAL IPS

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



FECHA 9-jun.-2023 **HORA** 10:37:37
EMPRESA Vidrieria Mar De Cristal Nit 901.365 771-5
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador: Camilo Alonso Ramirez Romero
Edad 52 años 11 meses 3 dias
Documento de Identificación: CC Número: 80419842
Cargo INSTALADOR

APTO PARA LABORAR EN EL CARGO ASIGNADO // NO ALTURAS

Diagnóstico 1: Z100 Examen de salud ocupacional

Aptitud Especifica:
☐ Trabajos de altura

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Audiometria: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.
Uso de protección auditiva.

Optometria
Vision Lejana: PACIENTE PUEDE LABORAR EN PISO, APLAZADO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS HASTA PRESENTAR CORRECCION VISUAL, REMITIR A SU EPS CON OPTOMETRIA PARA FORMULA DE CORRECCION VISUAL
Vision Cercana: PACIENTE PUEDE LABORAR EN PISO, APLAZADO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS HASTA PRESENTAR CORRECCION VISUAL. REMITIR A SU EPS CON OPTOMETRIA PARA FORMULA DE CORRECCION VISUAL

LABORATORIO GLICEMIA: NORMAL COLESTEROL: NORMAL TRIGLICERIDOS: NORMAL

Otras Recomendaciones: 1/ Uso de EPP acordes a alturas. 2/ Mantener un peso adecuado corporal para trabajo en alturas. 3/ Autocuidado en actividad. 4/ Uso de elementos de seguridad acordes y verificar estado de elementos.5/ Realizar entrenamiento y capacitación en trabajo seguro en alturas según resolución 4272 de 2021. 6/ Mantener vacunación de adultos. 7/ No consumo de licor ni ninguna sustancia que altere el sistema nervioso 8/ Inspeccionar las herramientas periódicamente antes de utilizarlas registre e informe. 9 / Conocer la técnica adecuada para realizar acceso por cuerdas y asistir a las capacitaciones, entrenamiento y reentrenamiento de trabajo seguro en alturas. 10/ Seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa. 11/ Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo, al igual que las condiciones que puedan ser generadoras de accidentes laborales. 12/ Práctica de Gimnasia laboral como recesos saludables durante la jornada 16/ Adecuados hábitos posturales para conservar un buen estado de la columna y evitar alteraciones osteomusculares

MEDICO Normal OSTEOMUSCULAR: Normal
REMISION A EPS?: SI. VALORACION POR OPTOMETRIA

Aplazado
PARA ALTURAS POR OPTOMETRIA

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta"
LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Médico

Firma Reg.Med.721 73322 / SST 3508 de 19-07-22
Nombre: JOSE GERARDO GUZMAN ROMANO
RM SST3508-19-07-22 Lic SO:

Trabajador

Firma
Nombre: Camilo Alonso Ramirez Romero
CC N° 80419842

Huella

Calle 27 Sur No. 14-43 Teléfono: 300 294 35 55 PBX: 209 21 83 - 361 76 12 - 407 35 50
EMAIL: servisaludagenda@gmail.com, servisaluddelolaya@gmail.com
WWW.SERVISALUDOCUPACIONAL.COM
Bogotá D.C. Colombia

Powered by CamScanner

MEDIPRO IPS
SALUD OCUPACIONAL



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA PRE-OCUPACIONAL DE INGRESO
PARA TRABAJO EN ALTURAS, ESPACIOS CONFINADOS
(ENFASIS OSTEOMUSCULAR)
TEST DE BOHOBER Y KENDALL

Registro/Orden: 000/178
Paciente: JUAN CAMILO MENDEZ LOZADA
Empresa: STARR ALUMINIOS ASOCIADOS SAS 901299838-7

Fecha: 29/03/2023 SEXO: M
Identificación: 1.006.878.412 Edad:23 años
Cargo: INSTALADOR
EPS COMPENSAR

TIPO DE EXAMEN REALIZADO: *Pre Ocupacional y de aptitud física para trabajo en alturas y/o espacios confinados*
FINALIDAD DEL EXAMEN: Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgos a los cuales estará expuesto En el cargo a desempeñar.

RESULTADO DE EXAMENES PARACLINICOS

EXAMENES REALIZADOS	RESULTADOS
1. AUDIOMETRIA (ESCALA DE LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
2. ESPIROMETRIA (KNUDSON)	SI APLICA
3. OPTOMETRIA (25-30)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
4. CUADRO HEMATICO	SIN ALTERACIONES
5. GLICEMIA	SI APLICA
6. PERFIL LIPIDICO	SI APLICA
7. PSICOSENSOMETRICO	NORMAL
8. EXAMEN OSTEOMUSCULAR COLUMNA Y ESPALDA	SIN ALTERACIONES
9. EXAMEN OCUPACIONAL	SIN ALTERACIONES
10. VARIABLES FISICAS	PESO: 72 KG ESTATURA: 1.70 CMS
11. ELECTROCARDIOGRAMA	NO APLICA

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL:

		SI	NO
1	Apto para trabajos en alturas	X	
2	Apto con restricciones:		
3	Restringido		
4	Aplazado:		

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:

VISUAL: ( ) AUDITIVO: ( ) RESPIRATORIO: ( ) CARDIOVASCULAR ( ) PSICOSOCIAL ( ) NINGUNO ( )

SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA DESEMPEÑAR SU LABOR, SEGÚN RESULTADOS DE CUESTIONARIO, VALORIZACION MEDICA OCUPACIONAL Y PARACLINICOS SEGÚN RESOLUCION N° 3673 de 2008

SI	NO
X	

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL:
Utilizar los elementos de protección personal – Remisión por nutrición IPS – SobrePeso Usar Protección Visual durante la jornada laboral
Seguir las recomendaciones estrictamente de medicina ocupacional.

Edgardo Mercado Pitton
Dr. Edgardo Mercado Pitton
Especialista en Salud Ocupacional
Resolución No. 906-2021

HUELLA IN
DERECH

FIRMA MEDICO OCUPACIONAL :

FIRMA DEL TRABAJADOR C.C.:

EXAMEN MEDICO PRE OCUPACIONAL NIT: 830.062.334-1

FECHA	BOGOTÁ 22 DE AGOSTO DEL 2023		EMPRESA	SOLUCIONES INTEGRALES M2	
TIPO DE EXAMEN	INGRESO	X	PERIODICO	EGRESO	POSINCAPACIDAD

NOMBRE Y APELLIDOS	EDER JOSE RODRIGUEZ PEREZ			IDENTIFICACIÓN	72.336.865
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RH	CARGO
PLATO(MAGDALENA)	24 DE MARZO-1985	38 AÑOS	M	O (POSITIVO)	AYUDANTE DE CONSTRUCCION

EXÁMENES CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS REALIZADOS	
MEDICINA OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	CLINICAMENTE – SANO
VISIOMETRIA	NORMAL
AUDIOMETRIA	NORMAL
LABORATORIO CLINICO	PERFIL LIPIDICO – GLICEMIA -CH

CONCEPTO MÉDICO LABORAL			
APTO SIN RESTRICIONES	X	APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	X
APTO CON RESTRICCIONES QUE INTERFIEREN EN SU LABOR		EGRESO CON PATOLOGIAS	
RESTRICCIONES ENCONTRADAS	NINGUNA		

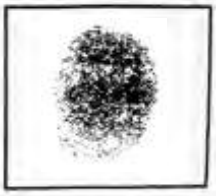
RECOMENDACIONES			
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCCION PERSONAL	X	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA	X
USO DE RX O LENTES PERMANENTES		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE POSTURAL	X
USO DE APOYO AUDITIVO (AUDÍFONOS) PERMANENTE		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE VISUAL	
ACTUALIZAR CORRECIÓN OPTOMÉTRICA		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE AUDITIVA	
LEVANTAR CARGAS INFERIORES A	25 Kg	CONTROL POR EPS DE LA TENSION ARTERIAL	
REFORZAR MANEJO ADECUADO DE LAS EMOCIONES		FOMENTAR EL TRABAJO EN EQUIPO	
USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN		DIETA BALANCEADA	X
REMISION ESPECIALISTA EPS			
OTRAS RECOMENDACIONES			

Dr. Guillermo Arias Restrepo
C.C. 19.150.760 Sta.
Médico Cirujano U.N. R.M. 4886
Especialista en Salud Ocupacional U.J.T.L.
Resol. 134 Secretaría de Salud

FIRMA Y SELLO MEDICO S.O.

Eder Rodriguez

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR



HUELLA ID

Powered by CamScanner

- ECOGRAFIAS ESPECIALIZADAS
- TOMA DE MUESTRA
- LABORATORIO CLINICO
- MEDICINA GENERAL
- ECOGRAFIAS 3D Y 4D
- SALUD OCUPACIONAL
- PRUEBA DE EMBARAZO
- CONTROL PRENATAL

IPS La Gloria SAS

EXAMEN MEDICO PRE OCUPACIONAL NIT: 830.062.334-1

FECHA	BOGOTÁ 22 DE AGOSTO DEL 2023		EMPRESA	SOLUCIONES INTEGRALES M2
TIPO DE EXAMEN	INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		POSINCAPACIDAD	

NOMBRE Y APELLIDOS	EVERTO JOSE RODRIGUEZ PEREZ			IDENTIFICACIÓN	1.143.136.389
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RH	CARGO
PLATO(MAGDALENA)	11 DE JUNIO -1992	31 AÑOS	M	O (POSITIVO)	AYUDANTE DE CONSTRUCCION

EXÁMENES CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS REALIZADOS	
MEDICINA OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	CLINICAMENTE – SANO
VISIOMETRIA	NORMAL
AUDIOMETRIA	NORMAL
LABORATORIO CLINICO	PERFIL LIPIDICO – GLICEMIA -CH

CONCEPTO MÉDICO LABORAL			
APTO SIN RESTRICIONES	X	APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	X
APTO CON RESTRICCIONES QUE INTERFIEREN EN SU LABOR		EGRESO CON PATOLOGIAS	
RESTRICCIONES ENCONTRADAS	NINGUNA		

RECOMENDACIONES			
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCCION PERSONAL	X	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA	X
USO DE RX O LENTES PERMANENTES		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE POSTURAL	X
USO DE APOYO AUDITIVO (AUDÍFONOS) PERMANENTE		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE VISUAL	
ACTUALIZAR CORRECIÓN OPTOMÉTRICA		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE AUDITIVA	
LEVANTAR CARGAS INFERIORES A	25 Kg	CONTROL POR EPS DE LA TENSION ARTERIAL	
REFORZAR MANEJO ADECUADO DE LAS EMOCIONES		FOMENTAR EL TRABAJO EN EQUIPO	
USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN		DIETA BALANCEADA	X
REMISION ESPECIALISTA EPS			
OTRAS RECOMENDACIONES			

Dr. Guillermo Arias Restrepo
C.C. 79.150 [illegible]
Medico Cirujano U.N. [illegible]
Especialista en Salud Ocupacional U.J.T.L.
[illegible] Secretaria de Salud

Everto Rodriguez

FIRMA Y SELLO MEDICO S.O.

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR

HUELLA ID

+ ECOGRAFIAS ESPECIALIZADAS
+ TOMA DE MUESTRA
+ LABORATORIO CLINICO
+ MEDICINA GENERAL
+ ECOGRAFIAS 3D Y 4D
+ SALUD OCUPACIONAL
+ PRUEBA DE EMBARAZO
+ CONTROL PRENATAL

IPS La Gloria S.A.S.

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL NIT. 830 .062.334 – 1

FECHA	BOGOTA 18 DE AGOSTO DEL 2023			EMPRESA		SOLUCIONES INTEGRALES M2			
TIPO DE EXAMEN	INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		POSINCAPACIDAD		
DATOS DEL TRABAJADOR									
NOMBRE Y APELLIDOS	JOSE ALFREDO RUIZ MUÑOZ					IDENTIFICACION	1.033.750.096		
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	GENERO		RH	CARGO		
BOGOTA (CUNDINAMARCA)	03 DICIEMBRE 1992		31	M		O (POSITIVO)	AYUDANTE DE CONSTRUCCION		

EXAMENES CLINICOS Y PARACLINICOS REALIZADOS
MEDICINA OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR
OPTOMETRIA
AUDIOMETRIA
LABORATORIO CLINICO: PERFIL LIPIDICO - GLICEMIA

CONCEPTO MEDICO GENERAL			
APTO SIN RESTRINCCIONES	X	APTO PARA ALTURAS	X
APTO SIN RESTRINCCIONES QUE NO INTERVIENEN EN SU CAPACIDAD LABORAL		EGRESO SATISFACTORIO	
RESTRINCCIONES ENCONTRADAS	NINGUNA		

RECOMENDACIONES			
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	X	REALIZAR ACTIVIDAD FISICA	X
USO DE LENTES PERMANENTES		REALIZAR PAUSAS ACTIVAS	X
USO DE APOYO AUDITIVO (AUDIFONOS) PERMANENTE		MANTENER HABITOS DE HIGIENE VISUAL	
ACTUALIZAR CORRECION OPTOMETRICA		MANTENER HABITOS DE HIGIENE AUDITIVA	
LEVANTAR CARGAS INFERIORES A	25KG	CONTROL POR EPS DE LA TENSION ARTERIAL	
USO DE MEDIAS DE COMPRESION		DIETA BALANCEADA	X
REMISION ESPECIAL EPS			
OTRAS RECOMENDACIONES	CONTROL PÈRIODICO		

Dr. Alexander Duran M.
Médico Especialista
Salud Ocupacional
R.M. 79871199
Res. 1024/02-02-12

FIRMA Y SELLO MEDICO S.O.

Jose Ruiz

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR



HUELLA ID

- ECOGRAFIAS ESPECIALIZADAS
- TOMA DE MUESTRA
- LABORATORIO CLINICO
- MEDICINA GENERAL
- ECOGRAFIAS 3D Y 4D
- SALUD OCUPACIONAL
- PRUEBA DE EMBARAZO
- CONTROL PRENATAL

IPS La Gloria

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL NIT. 830 .062.334 – 1

FECHA	BOGOTA 28 DE AGOSTO DEL 2023		EMPRESA		SOLUCIONES INTEGRALES M2			
TIPO DE EXAMEN	INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		POSINCAPACIDAD	

DATOS DEL TRABAJADOR					
NOMBRE Y APELLIDOS	OSCAR JULIAN GIL VALBUENA			IDENTIFICACION	1.015.993.872
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RH	CARGO
BOGOTA (CUNDINAMARCA)	23 MARZO 2004	19	M	O (POSITIVO)	AYUDANTE DE CONSTRUCCION

EXAMENES CLINICOS Y PARACLINICOS REALIZADOS
MEDICINA OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR
OPTOMETRIA
AUDIOMETRIA
LABORATORIO CLINICO: PERFIL LIPIDICO - GLICEMIA

CONCEPTO MEDICO GENERAL			
APTO SIN RESTRINCCIONES	X	APTO PARA ALTURAS	X
APTO SIN RESTRINCCIONES QUE NO INTERVIENEN EN SU CAPACIDAD LABORAL		EGRESO SATISFACTORIO	
RESTRINCCIONES ENCONTRADAS	NINGUNA		

RECOMENDACIONES			
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	X	REALIZAR ACTIVIDAD FISICA	X
USO DE LENTES PERMANENTES		REALIZAR PAUSAS ACTIVAS	X
USO DE APOYO AUDITIVO (AUDIFONOS) PERMANENTE		MANTENER HABITOS DE HIGIENE VISUAL	
ACTUALIZAR CORRECION OPTOMETRICA		MANTENER HABITOS DE HIGIENE AUDITIVA	
LEVANTAR CARGAS INFERIORES A	25KG	CONTROL POR EPS DE LA TENSION ARTERIAL	
USO DE MEDIAS DE COMPRESION		DIETA BALANCEADA	X
REMISION ESPECIAL EPS			
OTRAS RECOMENDACIONES	CONTROL PERIODICO		

Dr. Alexander Duran M.
Médico Especialista
Salud Ocupacional
R.M. 79871199
Res. 1024/02-02-12

FIRMA Y SELLO MEDICO S.O

Oscar Gil

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR

HUELLA ID

Powered by CamScanner

EXAMEN MEDICO PRE OCUPACIONAL NIT: 830.062.334-1

FECHA	BOGOTÁ 22 DE AGOSTO DEL 2023			EMPRESA		SOLUCIONES INTEGRALES M2		
TIPO DE EXAMEN	INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		POSINCAPACIDAD	

NOMBRE Y APELLIDOS	RUBEN DARIO CHAVERRA PEDROZO			IDENTIFICACIÓN	18.919.068
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RH	CARGO
LA GLORIA (CERSAR)	18 DE MARZO -1965	58 AÑOS	M	A (POSITIVO)	AYUDANTE DE CONSTRUCCION

EXÁMENES CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS REALIZADOS	
MEDICINA OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	CLINICAMENTE – SANO
VISIOMETRIA	NORMAL
AUDIOMETRIA	NORMAL
LABORATORIO CLINICO	PERFIL LIPIDICO – GLICEMIA -CH

CONCEPTO MÉDICO LABORAL				
APTO SIN RESTRICIONES		X	APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	X
APTO CON RESTRICCIONES QUE INTERFIEREN EN SU LABOR			EGRESO CON PATOLOGIAS	
RESTRICCIONES ENCONTRADAS	NINGUNA			

RECOMENDACIONES			
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCCION PERSONAL	X	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA	X
USO DE RX O LENTES PERMANENTES		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE POSTURAL	X
USO DE APOYO AUDITIVO (AUDÍFONOS) PERMANENTE		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE VISUAL	
ACTUALIZAR CORRECIÓN OPTOMÉTRICA		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE AUDITIVA	
LEVANTAR CARGAS INFERIORES A	25 Kg	CONTROL POR EPS DE LA TENSION ARTERIAL	
REFORZAR MANEJO ADECUADO DE LAS EMOCIONES		FOMENTAR EL TRABAJO EN EQUIPO	
USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN		DIETA BALANCEADA	X
REMISION ESPECIALISTA EPS			
OTRAS RECOMENDACIONES			

Dr. Guillermo Arias Restrepo
C.C. 19.150.760 Bta.
Médico Cirujano U.N. R.M. 1986
Especialista en Salud Ocupacional U.J.T.L.
Resol. 1111 Secretaría de Salud

FIRMA Y SELLO MEDICO S.O.

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR

HUELLA ID

Powered by CamScanner

- ECOGRAFIAS ESPECIALIZADAS
- TOMA DE MUESTRA
- LABORATORIO CLINICO
- MEDICINA GENERAL
- ECOGRAFIAS 3D Y 4D
- SALUD OCUPACIONAL
- PRUEBA DE EMBARAZO
- CONTROL PRENATAL

IPS La Gloria

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL NIT. 830 .062.334 – 1

FECHA	BOGOTA 23 DE AGOSTO DEL 2023			EMPRESA		SOLUCIONES INTEGRALES M2			
TIPO DE EXAMEN	INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		POSINCAPACIDAD		
DATOS DEL TRABAJADOR									
NOMBRE Y APELLIDOS	VICTOR MANUEL DAZA TORRES					IDENTIFICACION		1.001.273.602	
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	GENERO		RH		CARGO	
BOGOTA (CUNDINAMARCA)	03 AGOSTO 2002		21	M		O (POSITIVO)		AYUDANTE DE CONSTRUCCION	

EXAMENES CLINICOS Y PARACLINICOS REALIZADOS
MEDICINA OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR
OPTOMETRIA
AUDIOMETRIA
LABORATORIO CLINICO: PERFIL LIPIDICO - GLICEMIA

CONCEPTO MEDICO GENERAL			
APTO SIN RESTRINCCIONES	X	APTO PARA ALTURAS	X
APTO SIN RESTRINCCIONES QUE NO INTERVIENEN EN SU CAPACIDAD LABORAL		EGRESO SATISFACTORIO	
RESTRINCCIONES ENCONTRADAS	NINGUNA		

RECOMENDACIONES			
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	X	REALIZAR ACTIVIDAD FISICA	X
USO DE LENTES PERMANENTES		REALIZAR PAUSAS ACTIVAS	X
USO DE APOYO AUDITIVO (AUDIFONOS) PERMANENTE		MANTENER HABITOS DE HIGIENE VISUAL	
ACTUALIZAR CORRECION OPTOMETRICA		MANTENER HABITOS DE HIGIENE AUDITIVA	
LEVANTAR CARGAS INFERIORES A	25KG	CONTROL POR EPS DE LA TENSION ARTERIAL	
USO DE MEDIAS DE COMPRESION		DIETA BALANCEADA	X
REMISION ESPECIAL EPS			
OTRAS RECOMENDACIONES	CONTROL PÈRIODICO		

Dr. Alexander Duran M.
Médico Especialista
Salud Ocupacional
R.M. 79871199
Res. 1024/02-02-12

FIRMA Y SELLO MEDICO S.O.

Victor manuel

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR



HUELLA ID

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL NIT. 830 .062.334 – 1

FECHA	BOGOTA 17 DE AGOSTO DEL 2023			EMPRESA		SOLUCIONES INTEGRALES M2			
TIPO DE EXAMEN	INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		POSINCAPACIDAD		
DATOS DEL TRABAJADOR									
NOMBRE Y APELLIDOS	DUVAN CORTES VALESILLOS					IDENTIFICACION	1.052.973.437		
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	GENERO		RH	CARGO		
VENEZUELA CARACAS	31 MARZO 1996		27	M		AB (POSITIVO)	AYUDANTE DE CONSTRUCCION		

EXAMENES CLINICOS Y PARACLINICOS REALIZADOS
MEDICINA OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR
OPTOMETRIA
AUDIOMETRIA
LABORATORIO CLINICO: PERFIL LIPIDICO - GLICEMIA

CONCEPTO MEDICO GENERAL			
APTO SIN RESTRINCCIONES	X	APTO PARA ALTURAS	X
APTO SIN RESTRINCCIONES QUE NO INTERVIENEN EN SU CAPACIDAD LABORAL		EGRESO SATISFACTORIO	
RESTRINCCIONES ENCONTRADAS	NINGUNA		

RECOMENDACIONES			
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	X	REALIZAR ACTIVIDAD FISICA	X
USO DE LENTES PERMANENTES		REALIZAR PAUSAS ACTIVAS	X
USO DE APOYO AUDITIVO (AUDIFONOS) PERMANENTE		MANTENER HABITOS DE HIGIENE VISUAL	
ACTUALIZAR CORRECION OPTOMETRICA		MANTENER HABITOS DE HIGIENE AUDITIVA	
LEVANTAR CARGAS INFERIORES A	25KG	CONTROL POR EPS DE LA TENSION ARTERIAL	
USO DE MEDIAS DE COMPRESION		DIETA BALANCEADA	X
REMISION ESPECIAL EPS			
OTRAS RECOMENDACIONES	CONTROL PÈRIODICO		

Dr. Alexander Duran M.
Médico Especialista
Salud Ocupacional
R.M. 79871199
Res. 1024/02-02-12

FIRMA Y SELLO MEDICO S.O.

Duvan Cortes

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR

HUELLA ID

+ ECOGRAFIAS ESPECIALIZADAS
+ TOMA DE MUESTRA
+ LABORATORIO CLINICO
+ MEDICINA GENERAL
+ ECOGRAFIAS 3D Y 4D
+ SALUD OCUPACIONAL
+ PRUEBA DE EMBARAZO
+ CONTROL PRENATAL

IPS La Gloria S.A.S.

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL NIT. 830 .062.334 – 1

FECHA	BOGOTA 22 DE AGOSTO DEL 2023			EMPRESA		SOLUCIONES INTEGRALES M2			
TIPO DE EXAMEN	INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		POSINCAPACIDAD		
DATOS DEL TRABAJADOR									
NOMBRE Y APELLIDOS	HENRY PANQUEBA MUNAR					IDENTIFICACION	1.094.897.088		
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	GENERO		RH	CARGO		
CORDOBA (QUINDIO)	13 JUNIO 1987		36	M		O (POSITIVO)	AYUDANTE DE CONSTRUCCION		

EXAMENES CLINICOS Y PARACLINICOS REALIZADOS
MEDICINA OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR
OPTOMETRIA
AUDIOMETRIA
LABORATORIO CLINICO: PERFIL LIPIDICO - GLICEMIA

CONCEPTO MEDICO GENERAL			
APTO SIN RESTRINCCIONES	X	APTO PARA ALTURAS	X
APTO SIN RESTRINCCIONES QUE NO INTERVIENEN EN SU CAPACIDAD LABORAL		EGRESO SATISFACTORIO	
RESTRINCCIONES ENCONTRADAS	NINGUNA		

RECOMENDACIONES			
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	X	REALIZAR ACTIVIDAD FISICA	X
USO DE LENTES PERMANENTES		REALIZAR PAUSAS ACTIVAS	X
USO DE APOYO AUDITIVO (AUDIFONOS) PERMANENTE		MANTENER HABITOS DE HIGIENE VISUAL	
ACTUALIZAR CORRECION OPTOMETRICA		MANTENER HABITOS DE HIGIENE AUDITIVA	
LEVANTAR CARGAS INFERIORES A	25KG	CONTROL POR EPS DE LA TENSION ARTERIAL	
USO DE MEDIAS DE COMPRESION		DIETA BALANCEADA	X
REMISION ESPECIAL EPS			
OTRAS RECOMENDACIONES	CONTROL PÈRIODICO		

Dr. Alexander Duran M.
Médico Especialista
Salud Ocupacional
R.M. 79871199
Res. 1024/02-02-12

FIRMA Y SELLO MEDICO S.O.

HENRY PANQUEBA M

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR

HUELLA ID

- ECOGRAFIAS ESPECIALIZADAS
- TOMA DE MUESTRA
- LABORATORIO CLINICO
- MEDICINA GENERAL
- ECOGRAFIAS 3D Y 4D
- SALUD OCUPACIONAL
- PRUEBA DE EMBARAZO
- CONTROL PRENATAL

IPS La Gloria S.A.S

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL NIT. 830 .062.334 – 1

FECHA	BOGOTA 28 DE AGOSTO DEL 2023			EMPRESA		SOLUCIONES INTEGRALES M2			
TIPO DE EXAMEN	INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		POSINCAPACIDAD		
DATOS DEL TRABAJADOR									
NOMBRE Y APELLIDOS	JEFFERSON HARLEY RODRIGUEZ ARIAS					IDENTIFICACION	1.007.228.408		
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	GENERO		RH	CARGO		
BOGOTA (CUNDINAMARCA)	05 NOVIEMBRE 1999		24	M		O (POSITIVO)	AYUDANTE DE CONSTRUCCION		

EXAMENES CLINICOS Y PARACLINICOS REALIZADOS
MEDICINA OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR
OPTOMETRIA
AUDIOMETRIA
LABORATORIO CLINICO: PERFIL LIPIDICO - GLICEMIA

CONCEPTO MEDICO GENERAL			
APTO SIN RESTRINCCIONES	X	APTO PARA ALTURAS	X
APTO SIN RESTRINCCIONES QUE NO INTERVIENEN EN SU CAPACIDAD LABORAL		EGRESO SATISFACTORIO	
RESTRINCCIONES ENCONTRADAS	NINGUNA		

RECOMENDACIONES			
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	X	REALIZAR ACTIVIDAD FISICA	X
USO DE LENTES PERMANENTES		REALIZAR PAUSAS ACTIVAS	X
USO DE APOYO AUDITIVO (AUDIFONOS) PERMANENTE		MANTENER HABITOS DE HIGIENE VISUAL	
ACTUALIZAR CORRECION OPTOMETRICA		MANTENER HABITOS DE HIGIENE AUDITIVA	
LEVANTAR CARGAS INFERIORES A	25KG	CONTROL POR EPS DE LA TENSION ARTERIAL	
USO DE MEDIAS DE COMPRESION		DIETA BALANCEADA	X
REMISION ESPECIAL EPS			
OTRAS RECOMENDACIONES	CONTROL PÈRIODICO		

Dr. Alexander Duran M.
Médico Especialista
Salud Ocupacional
R.M. 79871199
Res. 1024/02-02-12

FIRMA Y SELLO MEDICO S.O.

Jefferson Rodriguez

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR

HUELLA ID

Powered by CamScanner

- ECOGRAFIAS ESPECIALIZADAS
- TOMA DE MUESTRA
- LABORATORIO CLINICO
- MEDICINA GENERAL
- ECOGRAFIAS 3D Y 4D
- SALUD OCUPACIONAL
- PRUEBA DE EMBARAZO
- CONTROL PRENATAL

IPS

EXAMEN MEDICO PRE OCUPACIONAL NIT: 830.062.334-1

FECHA	BOGOTÁ 22 DE AGOSTO DEL 2023			EMPRESA		SOLUCIONES INTEGRALES M2		
TIPO DE EXAMEN	INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		POSINCAPACIDAD	

NOMBRE Y APELLIDOS	ALBENIS ENRIQUE PACHECO MORILLO			IDENTIFICACIÓN	1.148.149.996
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RH	CARGO
MARACAIBO-ESTADO ZULIA VENEZUELA	16 DE MAYO-1996	27 AÑOS	M	O (POSITIVO)	AYUDANTE DE CONSTRUCCION

EXÁMENES CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS REALIZADOS	
MEDICINA OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	CLINICAMENTE – SANO
VISIOMETRIA	NORMAL
AUDIOMETRIA	NORMAL
LABORATORIO CLINICO	PERFIL LIPIDICO – GLICEMIA -CH

CONCEPTO MÉDICO LABORAL			
APTO SIN RESTRICIONES	X	APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	X
APTO CON RESTRICCIONES QUE INTERFIEREN EN SU LABOR		EGRESO CON PATOLOGIAS	
RESTRICCIONES ENCONTRADAS	NINGUNA		

RECOMENDACIONES			
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCCION PERSONAL	X	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA	X
USO DE RX O LENTES PERMANENTES		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE POSTURAL	X
USO DE APOYO AUDITIVO (AUDÍFONOS) PERMANENTE		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE VISUAL	
ACTUALIZAR CORRECIÓN OPTOMÉTRICA		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE AUDITIVA	
LEVANTAR CARGAS INFERIORES A	25 Kg	CONTROL POR EPS DE LA TENSION ARTERIAL	
REFORZAR MANEJO ADECUADO DE LAS EMOCIONES		FOMENTAR EL TRABAJO EN EQUIPO	
USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN		DIETA BALANCEADA	X
REMISION ESPECIALISTA EPS			
OTRAS RECOMENDACIONES			

Dr. Guillermo Arias Restrepo
CC 19 150 760 Bta
Médico Cirujano U.N. R.M. 1986
Especialista en Salud Ocupacional U.J.T.L.
Resol. 114 Secretaría de Salud

FIRMA Y SELLO MEDICO S.O.

Albenis Pacheco

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR



HUELLA ID

H.S.E.Q. Unidad Medica Labor Vital
Su Salud en Buenas manos

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso Con Enfasis Osteomuscular - Ingreso Con Enfasis Para Trabajo En Alturas - Espacios Confinados

Código: HSEQ-FG-07
Rev. Fecha: 2021.01
Versión No. 2



Fecha: 28/Jul/2023, **Hora:** 10:29:41 a.m.
Apellido: Navarro Hernandez **Nombre:** Edwin Alejandro
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1012463064
Empresa: Soluciones M & M H2o S.a.s
Cargo: Ayudante
Direccion: Cra 99 Nro 61 A 33 Sur
Telefono: **Celular:** 3245968663 **Email:** **Estado Civil:** Soltero (a)
Ciudad: Bogota D.c
Peso: 64 Kg **Estatura:** 182 Cm **IMC:** 19.3 **Escolaridad:** Bachiller **Jornada Laboral:** Diurna
EPS: Nueva Eps **ARL:** ::: Sin Definir ::. **AFP:** ::: Sin Definir ::.

HC: # 58318
Edad: 24 años
Sexo: Masculino ♂
Nacim: 06/Jun/1999
Rh: O+

Examenes Realizados

☐ Audiometria Clinica	☑ Audiometria Ocupacional	☐ Coprologico
☑ Espirometria	☐ Glicemia	☐ Optometria
☑ Perfil Lipidico	☑ Vestibular	☑ Visiometria

Otros: Cuadro Hematico Tipo 5, Glicemia Al Azar, Osteomuscular

Recomendaciones Especificas

Mediciones Ambientales, Ventilación Adecuada Del Sitio E Inicio De Labores Con Autorización Del Inspector De Trabajo, M = Higiene Postural - Pausas Activas - Control Periodico Ocupacional

Resumen Resultados

Examen	Resultado
Audiometria Tamiz	Control En Un Año, Uso De Protección Auditiva, Reposo Auditivo Laboral
Visiometria	LENTE DE SEGURIDAD CON CORRECCION OPTICA PERMANENTE- LAGRIMAS ARTIFICIALES
Osteomuscular	Examen Osteomuscular Normal, Movimientos Y Fuerza Conservados
Laboratorios	Dentro De Los Limites Normales

Concepto

Apto Para Trabajo En Alturas
Apto Para Espacios Confinados
Apto Para El Cargo Asignado

Recomendaciones Personalizadas

Uso De Lentes.
Espirometria Normal

Observaciones

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social (hoy ministerio de trabajo), el trabajador, cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Dr. Ivan Gaviria M.
Medico Cirujano
Especialista en Salud Ocupacional
RSO 629 • R.M. 70129523
Ivan Gaviria
Medico Ocupacional
Lic. de S.O #: 7629 -01/07/2016

Edwin Alejandro Navarro Hernandez
CC 1012463064

Huella Digital

Seguridad y Salud en el Trabajo – Cursos de Alturas – Cursos de Alimentos
Cra 103 A # 17 A – 44 / PBX 2983537 – 3458470
Verifique su certificado en: www.unidadmedicalaborvital.com

IPS. DIAGNOSTICO EMPRESARIAL OCUPACIONAL S.A.S
Licencia salud ocupacional
N° 6288 07/2019



CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD

Resolución N° 2346 de 2007 y Resolución 1918 de 2009

CERTIFICADO DE SALUD OCUPACIONAL PARA TRABAJO EN ALTURAS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARA O LABORO	CIUDAD Y FECHA REALIZACION DEL EXAMEN			
		DD	MM	AAAA
CONSTRUCCIONES DFL SAS NIT: 900.814.668 - 8	BOGOTA	30	8	2023

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

NOMBRES Y APELLIDOS						IDENTIFICACION			
ESTIVEN MEZA SARABIA						TIPO	C.C.	1065878157	
FECHA DE NACIMIENTO	7/06/1989	AÑOS	34		SEXO	MASCULINO	X	FEMENINO	
CARGO		EPS				ARL			
OFICIAL		FAMISANAR				SURA			

TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO	
REINTEGRO LABORAL		POST INCAPACIDAD		REUBICACION	

EL CONCEPTO DE APTITUD SE DEFINIO A PARTIR DE LOS SIGUIENTES EXAMENES PRACTICADOS

AUDIOMETRIA	X	VISIOMETRIA	X	MANEJO DE VOZ	
RESPIRATORIO		ESPIROMETRIA		OSTEOMUSCULAR	X
PSICOSENSOMETRICO		LABORATORIOS	X	OTRO	

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	
MANTENER SU PESO	HIGIENE POSTURAL	HABITOS DE VIDA SALUDABLES
CONTROL POR OPTOMETRIA POR SU EPS	PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL	DIETA BALANCEADA
CONTROL ANUAL POR MEDICINA GENERAL POR SU EPS	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	ACTIVIDAD FISICA MINIMO 30 MIN AL DIA
INTECONSULTA CON OTORRINORALINGOLOGO		

NOTA : Paciente que al momento de la consulta no presenta sintomatologia asociada con COVID 19 en los ultimos 15 dias ni a estado en contacto estrecho con personas sospechosas o confirmadas de COVID 19, según la circular 030 del 2020.

APTO SIN LIMITACIONES	X	APTO CON LIMITACIONES		APLAZADO	
NO APTO		APTO PARA ALTURAS	X	NO APTO PARA ALTURAS	
APTO ESPACIOS CONFINADOS		NO APTO ESPACIOS CONFINADOS			

Consentimiento informado del aspirante o trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen medico 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 medico 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 espacio en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

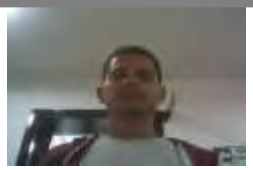
Dr. Alberto Mario Recalde Bucheli
Médico Especialista
En SO - SST UMB
Lic. Mod. 25-0851 del 2018
Cédula de Ciud.

FIRMA MEDICO OCUPACIONAL
Dr. ALBERTO MARIO RECALDE BUCHELI
CC. 12988862
L.S.O 25-0851/2018

FIRMA DEL TRABAJADOR
ESTIVEN MEZA SARABIA
C.C. 1065878157

CALLE 31 Sur. N°69 -63. Tel: 7069504 CEL 318 274 48 95. BOGOTA D.C.
Email: diagnosticocupacional@gmail.com
www.diagnostico empresarial ocupacional S.A.S

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SOLUCIONES MEDICAS EMPRESARIALES LTDA
NIT: 900146367

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 1085046518-250880

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	17 ago. 2023 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	CARLOS ALBERTO VELASQUEZ OSPINO	**Identificación:**	1085046518
Género	MASCULINO **Edad:** 26	**Teléfono**	**Móvil:** 3203880546
Fecha Nacimiento:	26/04/1997	**Cargo:**	AYUDANTE DE CONSTRUCCION
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	SANITAS S.A.
Dirección	QUINTANARES	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	PRIMARIA	**AFP:**	NO REPORTA
Empresa	INERZIA INGENIERIA S.A.S	**Área: No Reporta**	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	DIETA NORMO CALORICA, RICA EN FRUTAS Y VERDURAS. REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 45 - 60 MINUTOS AL MENOS 4 - 5 VECES/ SEMANA. BUENA HIDRATACIÓN. HIGIENE POSTURAL. AUTOCUIDADO. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS ENFASIS MUÑECA IZQUIERDA . USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.

CONCEPTO LABORAL

CUMPLE CON LOS REQUISITOS PARA EL CARGO

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

OSTEOMUSCULAR	-	PPyP

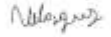
Información de Remisiones

NO

En la fecha, yo, mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a la IPS para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos. Las respuestas dadas por mi están completas y son verídicas. Firmo para constancia.





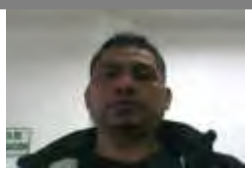




DIANA CAROLINA GUAPACHA LOAIZA
Médico Especialista en Salud Laboral 3689 / 2014 50-11336

CARLOS ALBERTO VELASQUEZ OSPINO 1085046518
Firma y cédula del Paciente

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SOLUCIONES MEDICAS EMPRESARIALES LTDA
NIT: 900146367

TRABAJO EN ALTURAS
Certificado de aptitud: 1067032281-251418

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	28 ago. 2023 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	CARLOS ALBERTO YEPES TORREZ	**Identificación:**	1067032281
Género	MASCULINO **Edad:** 35	**Teléfono**	**Móvil:** 3208376154
Fecha Nacimiento:	25/08/1988	**Cargo:**	OFICIAL
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	SUSALUD - COMPAÑIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD S.A
Dirección	NO REPORTA	**ARL:**	POSITIVA
Escolaridad:	BACHILLER INCOMPLETO	**AFP:**	PROTECCION S.A.
Empresa	INERZIA INGENIERIA S.A.S	**Área: No Reporta**	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA TAMIZ	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO MAYOR A 85 DB, VITAR EXPOSICION A RUIDO A NIVEL EXTRALABORAL, EVITAR EL USO DE AURICULARES DE RECREACION
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA -USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES-EXAMEN VISUAL PERIODICO
MEDICINA OCUPACIONAL	- Higiene postural (sentarse y estar de pie derecho), hábitos de vida saludable. - Realizar pausas activas según cronograma de la empresa por lo menos cada 2 horas. - Controles periódicos ocupacionales. - CUMPLIR CO LAS NORMAS DE SGSST. Para prevención de accidentes y enfermedad laboral. - Uso de EPP obligatorio laboral y extra laboralmente cumplimiento con las normas de bioseguridad de la empresa. - El trabajador tiene el deber de realizar el reporte de su estado de salud a la empresa dada condiciones de salud pública actual por covid-19. - Se hace énfasis en la importancia de contar con esquema completo de vacunación y se explican beneficios. - DIETA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BAJA EN HARINAS Y GRASAS DE ORIGEN ANIMAL. REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 30 -MINUTOS AL MENOS 4 - 5 VECES/ SEMANA. BUENA HIDRATACIÓN. RECOMENDACIONES TRABAJO EN ALTURAS: 1. Evaluar el entorno. ... 2. Obtener entrenamiento de seguridad. ... 3. Emplear equipos de seguridad. ... 4. Realizar una inspección frecuente del equipo de protección personal. ... 5. Seleccionar un punto de anclaje apropiado. ... 6. Utilizar correctamente los ascensores. ... 7. Calcular la distancia de caída.
GLICEMIA BASAL	SIN ALTERACION
PERFIL LIPIDICO BASICO	SIN ALTERACION

CONCEPTO LABORAL

CUMPLE CON LOS REQUISITOS PARA EL CARGO
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS.

Observaciones: EXAMEN PERIODICO ANUAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN LA EXPOSICION, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL. EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO ANTES, DURANTE Y DESPUES DE LA JORNADA LABORAL. AL MOMENTO DE ESTE EXAMEN FISICO NO PRESENTA PATOLOGIA ALGUNA QUE PUEDA INTERVENIR CON LA PANDEMIA ACTUAL DE COVID-19

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO

En la fecha, yo, mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a la IPS para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos. Las respuestas dadas por mi están completas y son verídicas. Firmo para constancia.









JUAN RAMON ORTIZ CARDONA
Médico Especialista en Salud Laboral 2762 de 2022 1014210322

CARLOS ALBERTO YEPES TORREZ 1067032281
Firma y cédula del Paciente

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000437469

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: STOR CONSTRUCCIONES SAS FECHA 04/09/2023 13:15:27

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

NOMBRE Y APELLIDO: FERNANDO PABON AGUILAR **C.C** 79965762

EDAD 45 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** SOLDADOR



EXÁMENES PRACTICADOS

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

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

CONCEPTO

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

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

RESTRICCIONES

ALTURAS / ALT AUDITIVA

RECOMENDACIONES

CONTROL OTORRINOLARINGOLOGIA Y AUDIOMETRIA SEMESTRAL EPS/ USO OBLIGATORIO DE PROTECCION AUDITIVA
CONTROL OPTOMETRIA EPS ANUAL/ USO DE LENTES VISION CERCANA
USO DE MEDIAS ANTIVARICE
CONTROL MEDICO RUTINA EPS / NUTRICION
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACIONES: DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE


Captura Biométrica



FIRMA DEL ESPECIALISTA

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

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000436700

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: STOR CONSTRUCCIONES SAS FECHA 31/08/2023 11:46:58

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

NOMBRE Y APELLIDO: LUIS EDUARDO CAMARGO OSPINA **C.C** 1022997860

EDAD 29 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AYUDANTE DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

CONCEPTO

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

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

RESTRICCIONES

ALTURAS // ALTERACION AUDITIVA

RECOMENDACIONES

VALORACION OTORRINO Y AUDIOLOGIA EPS/
CONTROLES DE SALUD MEDICO EPS /USO DE EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR./REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

Luis Eduardo Camargo.

FIRMA DEL PACIENTE



Captura Biométrica

Dr. Anderson Y. Gómez A.
Medico Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Res.4451 C.C 80.795.995

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000437296

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: STOR CONSTRUCCIONES SAS FECHA 02/09/2023 13:29:03

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

NOMBRE Y APELLIDO: ROBINSON STEVEN LUNA BOHORQUEZ **C.C** 1001182057

EDAD 23 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AYUDANTE DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

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

CONCEPTO

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

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

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
PUEDE REALIZAR LABORES EN ALTURAS
CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACION:
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?



FIRMA DEL PACIENTE



Captura Biométrica



FIRMA DEL ESPECIALISTA

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000436462

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: STOR CONSTRUCCIONES SAS FECHA 30/08/2023 12:57:22

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

NOMBRE Y APELLIDO: CRISTIAN HERNANDO GONZALEZ RODRIGUEZ **C.C** 1023931367

EDAD 29 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OFICIAL DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

CONCEPTO

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

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

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
PUEDE LABORAR EN ALTURAS
CONTROLES DE SALUD MEDICO ORTOPEDIA EPS /USO DE EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR./REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

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

CRISTIAN GONZALEZ

FIRMA DEL PACIENTE



Captura Biométrica

Dr. Anderson Y. Gómez A.
Medico Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Res.4451 C.C 80.795.995

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000434273

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: STOR CONSTRUCCIONES SAS FECHA 17/08/2023 14:09:43

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

NOMBRE Y APELLIDO: EDWARD AUGUSTO SOLAQUE RODRIGUEZ **C.C** 79393547

EDAD 58 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OFICIAL DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

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

CONCEPTO

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

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

RESTRICCIONES
ALTURAS / ALT AUDITIVA

RECOMENDACIONES
CONTROL OTORRINOLARINGOLOGIA Y AUDIOMETRIA SEMESTRAL EPS/ USO OBLIGATORIO DE PROTECCION AUDITIVA
CONTROL OPTOMETRIA EPS ANUAL/ USO DE LENTES PARA LABORAR
CONTROL MEDICO RUTINA EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACIONES: DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

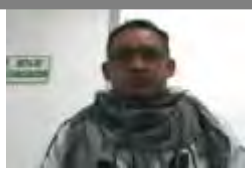


Captura Biométrica

Ginna Marcela Prieto C.
MEDICO CIRUJANO
ESP. SALUD OCUPACIONAL
LIC. SO 11336/2017

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SOLUCIONES MEDICAS EMPRESARIALES LTDA
NIT: 900146367

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 1023920447-251969

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	05 sept. 2023 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	ESTEINER ALEJANDRO ALONSO CALVO	**Identificación:**	1023920447
Género	MASCULINO **Edad:** 31	**Teléfono**	**Móvil:** 3102138267
Fecha Nacimiento:	13/08/1992	**Cargo:**	AYUDANTE
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección	CLL 36 C SUR # 10 27 ESTE	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	BACHILLER	**AFP:**	PROTECCION S.A.
Empresa	INERZIA INGENIERIA S.A.S	**Área: No Reporta**	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	DIETA HIPOCALÓRICA, RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BAJA EN HARINAS Y GRASAS DE ORIGEN ANIMAL. REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 45 - 60 MINUTOS AL MENOS 4 - 5 VECES/ SEMANA. BUENA HIDRATACIÓN. HIGIENE POSTURAL. AUTOCUIDADO. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO AL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD DE LA EMPRESA. USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.DEBE BAJAR DE PESO

CONCEPTO LABORAL

CUMPLE CON LOS REQUISITOS PARA EL CARGO

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO

En la fecha, yo, mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a la IPS para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos. Las respuestas dadas por mi están completas y son verídicas. Firmo para constancia.









DIANA CAROLINA GUAPACHA LOAIZA
Médico Especialista en Salud Laboral 3689 / 2014 50-11336

ESTEINER ALEJANDRO ALONSO CALVO 1023920447
Firma y cédula del Paciente

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SOLUCIONES MEDICAS EMPRESARIALES LTDA
NIT: 900146367

TRABAJO EN ALTURAS
Certificado de aptitud: 6924942-250686

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	15 ago. 2023 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	IRVIN ALBERTO RENFIJO LEON	**Identificación:**	6924942
Género	MASCULINO **Edad:** 41	**Teléfono**	**Móvil:** 3145261270
Fecha Nacimiento:	10/12/1981	**Cargo:**	AYUDANTE
Estado Civil:		**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Dirección	NO LA SABE	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	BACHILLER	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Empresa	INERZIA INGENIERIA S.A.S	**Área: No Reporta**	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA TAMIZ	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO MAYOR A 85DB, EVITAR LA EXPOSICION A RUIDO A NIVEL EXTRALABORAL, EVITAR EL USO DE AURICULARES DE RECREACION.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA -USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES-EXAMEN VISUAL PERIODICO
MEDICINA OCUPACIONAL	- Higiene postural (sentarse y estar de pie derecho), hábitos de vida saludable. - Realizar pausas activas según cronograma de la empresa por lo menos cada 2 horas. - Controles periódicos ocupacionales. - CUMPLIR CO LAS NORMAS DE SGSST. Para prevención de accidentes y enfermedad laboral. - Uso de EPP obligatorio laboral y extra laboralmente cumplimiento con las normas de bioseguridad de la empresa. - El trabajador tiene el deber de realizar el reporte de su estado de salud a la empresa dada condiciones de salud pública actual por covid-19. - Se hace énfasis en la importancia de contar con esquema completo de vacunación y se explican beneficios. - DIETA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BAJA EN HARINAS Y GRASAS DE ORIGEN ANIMAL. REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 30 -MINUTOS AL MENOS 4 - 5 VECES/ SEMANA. BUENA HIDRATACIÓN. RECOMENDACIONES TRABAJO EN ALTURAS: 1. Evaluar el entorno. ... 2. Obtener entrenamiento de seguridad. ... 3. Emplear equipos de seguridad. ... 4. Realizar una inspección frecuente del equipo de protección personal. ... 5. Seleccionar un punto de anclaje apropiado. ... 6. Utilizar correctamente los ascensores. ... 7. Calcular la distancia de caída.
GLICEMIA BASAL	SIN ALTERACION
PERFIL LIPIDICO BASICO	SIN ALTERACION

CONCEPTO LABORAL

CUMPLE CON LOS REQUISITOS PARA EL CARGO CON RECOMENDACIONES
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS.

Observaciones: EXAMEN PERIODICO ANUAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN LA EXPOSICION, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL. EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO ANTES, DURANTE Y DESPUES DE LA JORNADA LABORAL. AL MOMENTO DE ESTE EXAMEN FISICO NO PRESENTA PATOLOGIA ALGUNA QUE PUEDA INTERVENIR CON LA PANDEMIA ACTUAL DE COVID-19

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO

En la fecha, yo, mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a la IPS para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos. Las respuestas dadas por mi están completas y son verídicas. Firmo para constancia.









JUAN RAMON ORTIZ CARDONA
Médico Especialista en Salud Laboral 2762 de 2022 1014210322

IRVIN ALBERTO RENFIJO LEON
Firma y cédula del Paciente

6924942

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SOLUCIONES MEDICAS EMPRESARIALES LTDA
NIT: 900146367

TRABAJO EN ALTURAS
Certificado de aptitud: 1062077402-250866

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	17 ago. 2023 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	JHON ELECZANDER CAMPO ZAGAL	**Identificación:**	1062077402
Género	MASCULINO **Edad:** 35	**Teléfono**	**Móvil:** 3229456741
Fecha Nacimiento:	11/12/1987	**Cargo:**	OFICIAL
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	FAMISANAR
Dirección	CRA 95 B 42 B 14 SUR	**ARL:**	INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES
Escolaridad:	BACHILLER	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Empresa	INERZIA INGENIERIA S.A.S	**Área: No Reporta**	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA TAMIZ	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO MAYOR A 85DB, EVITAR LA EXPOSICION A RUIDO A NIVEL EXTRALABORAL, EVITAR EL USO DE AURICULARES DE RECREACION.
VISIOMETRIA	SEGUIR CON LA CORRECCION OPTICA ACTUAL DE USO PERMANENTE -CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA- USO DE EPP VISUAL- REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES
MEDICINA OCUPACIONAL	- Higiene postural (sentarse y estar de pie derecho), hábitos de vida saludable. - Realizar pausas activas según cronograma de la empresa por lo menos cada 2 horas. - Controles periódicos ocupacionales. - CUMPLIR CO LAS NORMAS DE SGSST. Para prevención de accidentes y enfermedad laboral. - Uso de EPP obligatorio laboral y extra laboralmente cumplimiento con las normas de bioseguridad de la empresa. - El trabajador tiene el deber de realizar el reporte de su estado de salud a la empresa dada condiciones de salud pública actual por covid-19. - Se hace énfasis en la importancia de contar con esquema completo de vacunación y se explican beneficios. - DIETA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BAJA EN HARINAS Y GRASAS DE ORIGEN ANIMAL. REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 30 -MINUTOS AL MENOS 4 - 5 VECES/ SEMANA. BUENA HIDRATACIÓN. RECOMENDACIONES TRABAJO EN ALTURAS: 1. Evaluar el entorno. ... 2. Obtener entrenamiento de seguridad. ... 3. Emplear equipos de seguridad. ... 4. Realizar una inspección frecuente del equipo de protección personal. ... 5. Seleccionar un punto de anclaje apropiado. ... 6. Utilizar correctamente los ascensores. ... 7. Calcular la distancia de caída.
PERFIL LIPIDICO BASICO	SIN ALTERACION
GLICEMIA BASAL	SIN ALTERACION

CONCEPTO LABORAL

CUMPLE CON LOS REQUISITOS PARA EL CARGO CON RECOMENDACIONES
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS.

Observaciones: EXAMEN PERIODICO ANUAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN LA EXPOSICION, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL. EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO ANTES, DURANTE Y DESPUES DE LA JORNADA LABORAL. AL MOMENTO DE ESTE EXAMEN FISICO NO PRESENTA PATOLOGIA ALGUNA QUE PUEDA INTERVENIR CON LA PANDEMIA ACTUAL DE COVID-19

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO

En la fecha, yo, mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a la IPS para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos. Las respuestas dadas por mi están completas y son verídicas. Firmo para constancia.







JUAN RAMON ORTIZ CARDONA
Médico Especialista en Salud Laboral 2762 de 2022 1014210322

JHON ELECZANDER CAMPO ZAGAL
Firma y cédula del Paciente

1062077402

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SOLUCIONES MEDICAS EMPRESARIALES LTDA
NIT: 900146367

TRABAJO EN ALTURAS
Certificado de aptitud: 79799867-251664

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	31 ago. 2023 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	JORGE ARMANDO PEÑUELA PENAGOS	**Identificación:**	79799867
Género	MASCULINO **Edad:** 47	**Teléfono**	**Móvil:** 3115158578
Fecha Nacimiento:	26/06/1976	**Cargo:**	OFICIAL
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	FAMISANAR
Dirección	CRA 78 I 73 A 32 SUR	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	PRIMARIA	**AFP:**	COLPENSIONES
Empresa	INERZIA INGENIERIA S.A.S	**Área: No Reporta**	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA TAMIZ	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO MAYOR A 85 DB, VITAR EXPOSICION A RUIDO A NIVEL EXTRALABORAL, EVITAR EL USO DE AURICULARES DE RECREACION
VISIOMETRIA	SEGUIR CON LA CORRECCION OPTICA ACTUAL PARA VISION LEJANA -CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA- USO DE EPP VISUAL- REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES
MEDICINA OCUPACIONAL	- Higiene postural (sentarse y estar de pie derecho), hábitos de vida saludable. - Realizar pausas activas según cronograma de la empresa por lo menos cada 2 horas. - Controles periódicos ocupacionales. - CUMPLIR CO LAS NORMAS DE SGSST. Para prevención de accidentes y enfermedad laboral. - Uso de EPP obligatorio laboral y extra laboralmente cumplimiento con las normas de bioseguridad de la empresa. - El trabajador tiene el deber de realizar el reporte de su estado de salud a la empresa dada condiciones de salud pública actual por covid-19. - Se hace énfasis en la importancia de contar con esquema completo de vacunación y se explican beneficios. - DIETA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BAJA EN HARINAS Y GRASAS DE ORIGEN ANIMAL. REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 30 -MINUTOS AL MENOS 4 - 5 VECES/ SEMANA. BUENA HIDRATACIÓN. RECOMENDACIONES TRABAJO EN ALTURAS: 1. Evaluar el entorno. ... 2. Obtener entrenamiento de seguridad. ... 3. Emplear equipos de seguridad. ... 4. Realizar una inspección frecuente del equipo de protección personal. ... 5. Seleccionar un punto de anclaje apropiado. ... 6. Utilizar correctamente los ascensores. ... 7. Calcular la distancia de caída.
GLICEMIA BASAL	SIN ALTERACION
PERFIL LIPIDICO BASICO	SIN ALTERACION

CONCEPTO LABORAL

CUMPLE CON LOS REQUISITOS PARA EL CARGO CON RECOMENDACIONES
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS.

Observaciones: EXAMEN PERIODICO ANUAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN LA EXPOSICION, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL. EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO ANTES, DURANTE Y DESPUES DE LA JORNADA LABORAL. AL MOMENTO DE ESTE EXAMEN FISICO NO PRESENTA PATOLOGIA ALGUNA QUE PUEDA INTERVENIR CON LA PANDEMIA ACTUAL DE COVID-19

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO

En la fecha, yo, mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a la IPS para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos. Las respuestas dadas por mi están completas y son verídicas. Firmo para constancia.









JUAN RAMON ORTIZ CARDONA
Médico Especialista en Salud Laboral 2762 de 2022 1014210322

JORGE ARMANDO PEÑUELA PENAGOS 79799867
Firma y cédula del Paciente

H.S.E.Q. Unidad Medica Labor Vital
Su Salud en Buenas manos

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso Con Enfasis Osteomuscular - Ingreso Con Enfasis Para Trabajo En Alturas

Código: HSEQ-FG-07
Rev. Fecha: 2021.01
Versión No. 2



Fecha: 26/Ago/2023, **Hora:** 06:54:28 a.m.
Apellido: Mina Lopez **Nombre:** Ronal
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1078686825
Empresa: Onepro Servis Sas
Cargo: Oficial
Direccion: Crr 5 N 53 33 Sur
Telefono: **Celular:** 3204823196 **Email:** **Estado Civil:** Soltero (a)
Ciudad: Bogota D.c
Peso: 75 Kg **Estatura:** 171 Cm **IMC:** 25.6 **Escolaridad:** Bachiller **Jornada Laboral:** Diurna
EPS: Nueva Eps **ARL:** .:: Sin Definir ::. **AFP:** Porvenir

HC: # 59942
Edad: 39 años
Sexo: Masculino ♂
Nacim: 12/Jul/1984
Rh: O+

.

Examenes Realizados

☐ Audiometria Clinica	☑ Audiometria Ocupacional	☐ Coprologico
☐ Espirometria	☑ Glicemia	☑ Optometria
☑ Perfil Lipidico	☑ Vestibular	☐ Visiometria

Otros: Osteomuscular

Recomendaciones Especificas

M = Higiene Postural -pausas Activas - Control Periodico Ocupacional

Resumen Resultados

Examen	Resultado
Audiometria Tamiz	Control En Un Año, Uso De Protección Auditiva, Reposo Auditivo Laboral
Optometria	USO EPP- LENTES FILTRO UV- LAGRIMAS ARTIFICIALES
Osteomuscular	Examen Médico Osteomuscular Normal, Movimientos Y Fuerza Conservados
Vestibular	Pruebas De Equilibrio Normales
Laboratorios	Dentro De Los Limites Normales

Concepto

Apto Para Trabajo En Alturas
Apto Para El Cargo Asignado

Observaciones

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social (hoy ministerio de trabajo), el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Dr. Ivan Gaviria M.
Medico Cirujano
Especialista en Salud Ocupacional
RSO 7629 - R.M. 70129523

Ivan Gaviria
Medico 1 Ocupacional
Lic. de S.O #: 7629 -01/07/2016

Ronal Mina Lopez
CC 1078686825

Huella Digital

H.S.E.Q. Unidad Medica Labor Vital
Su Salud en Buenas manos

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso Con Enfasis Osteomuscular - Ingreso Con Enfasis Para Trabajo En Alturas

Código: HSEQ-FG-07
Rev. Fecha: 2021.01
Versión No. 2



Fecha: 26/Ago/2023, **Hora:** 06:57:14 a.m.
Apellido: Pretel Ibaquen **Nombre:** Osman
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 16513307
Empresa: Onepro Servis Sas
Cargo: Ayudante
Direccion: Cll 4 N 52 76
Telefono: **Celular:** 3224841771 **Email:** **Estado Civil:** Union Libre
Ciudad: Bogota D.c
Peso: 74 Kg **Estatura:** 171 Cm **IMC:** 25.3 **Escolaridad:** Primaria **Jornada Laboral:** Diurna
EPS: Salud Total **ARL:** .:: Sin Definir ::. **AFP:** Porvenir

HC: # 59944
Edad: 49 años
Sexo: Masculino ♂
Nacim: 30/Jul/1974
Rh: O+

.

Examenes Realizados

☐ Audiometria Clinica	☑ Audiometria Ocupacional	☐ Coprologico
☐ Espirometria	☑ Glicemia	☑ Optometria
☑ Perfil Lipidico	☑ Vestibular	☐ Visiometria

Otros: Osteomuscular

Recomendaciones Especificas

M = Higiene Postural -pausas Activas - Control Periodico Ocupacional

Resumen Resultados

Examen	Resultado
Audiometria Tamiz	Control Cada Que Lo Requiera, Debe Ingresas Al Sve De La Empresa, Uso De Doble Epa, Examenes Complementarios, Reposo Auditivo Extralaboral Remisión Con Especialista, Y Realizar Exámenes Complementarios
Optometria	LENTE DE SEGURIDAD CON CORRECCION OPTICA PERMANENTE- LAGRIMAS ARTIFICIALES
Osteomuscular	Examen Médico Osteomuscular Normal, Movimientos Y Fuerza Conservados
Vestibular	Pruebas De Equilibrio Normales
Laboratorios	Dentro De Los Limites Normales

Concepto

Apto Para El Cargo Asignado
Apto Para Trabajar En Alturas Y Exclusivamente En Su Labo

Recomendaciones Personalizadas

Uso De Lentes
Uso De Doble Proteccion Auditiva En Zonas De Ruido
Ir Otorrino

Observaciones

No Uso De Radios ,audifonos, Equipos De Sonido, No Juego De Tejo

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social (hoy ministerio de trabajo), el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Dr. Ivan Gaviria M.
Medico Cirujano
Especialista en Salud Ocupacional
RSO 7629 - R.M. 70129523

Seguridad y Salud en el Trabajo – Cursos de Alturas – Cursos de Alimentos
Cra 103 A # 17 A – 44 / PBX: 2983537 – 3502702
Verifique su certificado en: www.unidadmedicalaborvital.com

Ivan Gaviria
Medico 1 Ocupacional
Lic. de S.O #: 7629 -01/07/2016

Osman Pretel Ibaquen
CC 16513307

Huella Digital

H.S.E.Q. Unidad Medica Labor Vital
Su Salud en Buenas manos

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso Con Enfasis Osteomuscular - Ingreso Con Enfasis Para Trabajo En Alturas - Espacios Confinados

Código: HSEQ-FG-07
Rev. Fecha: 2021.01
Versión No. 2



Fecha: 15/Feb/2023, **Hora:** 07:24:50 a.m.
Apellido: Castañeda Arce **Nombre:** Vilver Efren
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1116912625
Empresa: Men Ingenieria Sas
Cargo: Tecnico
Direccion: San Francisco
Telefono: **Celular:** 3114945484 **Email:** **Estado Civil:** Soltero (a)
Ciudad: Bogota D.c
Peso: 74 Kg **Estatura:** 173 Cm **IMC:** 24.7 **Escolaridad:** Bachiller **Jornada Laboral:** Diurna
EPS: Nueva Eps **ARL:** .:: Sin Definir ::. **AFP:** Porvenir

HC: # 48753
Edad: 37 años
Sexo: Masculino ♂
Nacim: 24/Ago/1985
Rh: O+

.

Examenes Realizados

☐ Audiometria Clinica	☑ Audiometria Tamiz	☐ Coprologico
☑ Espirometria	☐ Glicemia	☐ Optometria
☑ Perfil Lipidico	☑ Vestibular	☑ Visiometria

Otros: Cuadro Hematico Tipo 5, Glicemia Al Azar, Osteomuscular

Recomendaciones Especificas

Mediciones Ambientales, Ventilación Adecuada Del Sitio E Inicio De Labores Con Autorización Del Inspector De Trabajo, M = Higiene Postural - pausas Activas - Control Periodico Ocupacional

Resumen Resultados

Examen	Resultado
Visiometria	USO EPP- LAGRIMAS ARTIFICIALES-CONTROL 3MESES
Osteomuscular	Examen Osteomuscular Normal, Movimiento Y Fuerza Conservados
Vestibular	Pruebas De Equilibrio Normal,
Laboratorios	Dentro De Los Limites Normales

Concepto

Apto Para Trabajo En Alturas
Apto Para Espacios Confinados
Apto Para El Cargo Asignado

Recomendaciones Personalizadas

Uso De Doble Oproteccion Auditiva En Zonas De Ruido

Observaciones

No Uso De Radiod, Audifonos, Equipos De Sonido, No Juego De Tejo

Espirometria Normal

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social (hoy ministerio de trabajo), el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Dr. Ivan Gaviria M.
Medico Cirujano
Especialista en Salud Ocupacional
RSO 7629 - R.M. 70129523

Ivan Gaviria
Medico Ocupacional
Lic. de S.O #: 7629 -01/07/2016

Vilver Efren Castañeda Arce
CC +1116912625

Huella Digital

Seguridad y Salud en el Trabajo – Cursos de Alturas – Manipulación de Alimentos
Cra 103 A # 17 A – 44 / PBX: 2983537 – 3458470
Verifique su certificado en: www.unidadmedicalaborvital.com

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000431015

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: STOR CONSTRUCCIONES SAS FECHA 01/08/2023 09:07:59

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

NOMBRE Y APELLIDO: ELKIN CHAYANNE MUÑOZ ARGUMERO **C.C** 1023904050

EDAD 32 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AYUDANTE DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

CONCEPTO

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

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

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
PUEDE LABORAR EN ALTURAS
CONTROL MEDICO RUTINA EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACIONES: DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

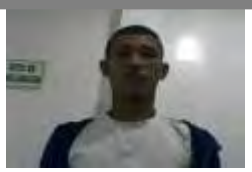
FIRMA DEL PACIENTE


Captura Biométrica

Dr. Didier J. Rincon C.
Medico Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res.11294 C.C. 79.657.576

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SOLUCIONES MEDICAS EMPRESARIALES LTDA
NIT: 900146367

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 1005649560-250689

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	15 ago. 2023 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	CESAR ADOLFO BOHORQUEZ VELEZ	**Identificación:**	1005649560
Género	MASCULINO **Edad:** 22	**Teléfono**	**Móvil:** 3218249163
Fecha Nacimiento:	12/06/2001	**Cargo:**	AYUDANTE
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	SANITAS S.A.
Dirección	NO REPORTA	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	PRIMARIA	**AFP:**	NO REPORTA
Empresa	INERZIA INGENIERIA S.A.S	**Área: No Reporta**	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL

- Higiene postural (sentarse y estar de pie derecho), hábitos de vida saludable.
- Realizar pausas activas según cronograma de la empresa por lo menos cada 2 horas.
- Controles periódicos ocupacionales.
- CUMPLIR CO LAS NORMAS DE SGSST. Para prevención de accidentes y enfermedad laboral.
- Uso de EPP obligatorio laboral y extra laboralmente cumplimiento con las normas de bioseguridad de la empresa.
- El trabajador tiene el deber de realizar el reporte de su estado de salud a la empresa dada condiciones de salud pública actual por covid-19.
- Se hace énfasis en la importancia de contar con esquema completo de vacunación y se explican beneficios.
- DIETA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BAJA EN HARINAS Y GRASAS DE ORIGEN ANIMAL.

REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 30 -MINUTOS AL MENOS 4 - 5 VECES/ SEMANA. BUENA HIDRATACIÓN.

CONCEPTO LABORAL

CUMPLE CON LOS REQUISITOS PARA EL CARGO

Observaciones: SE SUGIERE EXAMEN VISIOMETRIA Y AUDIOMETRIA, PARA REALIZAR UN CONCEPTO COMPLETO PARA LAS FUNCIONES A REALIZAR SEGÚN EL CARGO. EXAMEN PERIODICO ANUAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN LA EXPOSICION, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL. EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO ANTES, DURANTE Y DESPUES DE LA JORNADA LABORAL. AL MOMENTO DE ESTE EXAMEN FISICO NO PRESENTA PATOLOGIA ALGUNA QUE PUEDA INTERVENIR CON LA PANDEMIA ACTUAL DE COVID-19

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

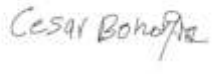
Información de Remisiones

NO

En la fecha, yo, mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a la IPS para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos. Las respuestas dadas por mi están completas y son verídicas. Firmo para constancia.









JUAN RAMON ORTIZ CARDONA
Médico Especialista en Salud Laboral 2762 de 2022 1014210322

CESAR ADOLFO BOHORQUEZ VELEZ 1005649560
Firma y cédula del Paciente

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000437039

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: STOR CONSTRUCCIONES SAS FECHA 01/09/2023 16:09:30

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

NOMBRE Y APELLIDO: WILSON ORDUZ CARDOZO **C.C** 1013595514

EDAD 35 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AYUDANTE DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

CONCEPTO

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

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

RESTRICCIONES

ALTURAS // ALTERACION VISUAL REQUIERE CORRECCION OPTICA

RECOMENDACIONES

USO DE MEDIAS ANTIVARICE//USO DE LENTES PARA LABORAR
CONTROLES DE SALUD MEDICO EPS /USO DE EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR./REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

WILSON ORDUZ

FIRMA DEL PACIENTE



Captura Biométrica

Dr. Anderson Y. Gómez A.
Medico Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Res.4451 C.C 80.795.995

FIRMA DEL ESPECIALISTA

H.S.E.Q. Unidad Medica

Labor Vital

Su Salud en Buenas Manos

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso Con Enfasis Osteomuscular - Ingreso Con Enfasis Para Trabajo En Alturas

Código: HSEQ-FG-07
Rev. Fecha: 2021.01
Versión No. 2



Fecha: 15/Ago/2023, **Hora:** 08:03:39 a.m.
Apellido: Marca Salazar **Nombre:** Jose Ignacio
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1012377430
Empresa: Onepro Servis Sas
Cargo: Supervisor
Direccion: Cll 151 G 133 - 56
Telefono: **Celular:** 3042629464 **Email:** **Estado Civil:** Union Libre
Ciudad: Bogota D.c
Peso: 61 Kg **Estatura:** 179 Cm **IMC:** 19.0 **Escolaridad:** Bachiller **Jornada Laboral:** Diurna
EPS: Famisanar **ARL:** ::: Sin Definir ::: **AFP:** Proteccion

HC: # 59321
Edad: 32 años
Sexo: Masculino ♂
Nacim: 18 Ene/1991
Rh: O+

Examenes Realizados

- ☐ Audiometria Clinica
- ☐ Espirometria
- ☑ Perfil Lipidico
- ☑ Audiometria Ocupacional
- ☑ Glicemia
- ☑ Vestibular
- ☐ Coprologico
- ☑ Optometria
- ☐ Visiometria

Otros: Osteomuscular

Recomendaciones Especificas

M – Higiene Postural -pausas Activas - Control Periodico Ocupacional

Resumen Resultados

Examen	Resultado
Audiometria Tamiz	Control En Un Año, Uso De Protección Auditiva, Reposo Auditivo Laboral
Optometria	USO EPP- PAUSAS ACTIVAS
Osteomuscular	Examen Médico Osteomuscular Normal, Movimientos Y Fuerza Conservados
Vestibular	Pruebas De Equilibrio Normales
Laboratorios	Dentro De Los Limites Normales

Concepto

Apto Para Trabajo En Alturas
Apto Para El Cargo Asignado

Observaciones

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social (hoy ministerio de trabajo), el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Dr. Ivan Gaviria M.
Medico Cirujano
Especialista en Salud Ocupacional
RSO 7629 • R.M. 70129523
Ivan Gaviria
Medico I Ocupacional
Lic. de S.O #: 7629 -01/07/2016

Jose Ignacio Marca Salazar
CC 1012377430

Huella Digital

Powered by CamScanner

H.S.E.Q. Unidad Medica

Labor Vital

Su Salud en Buenas manos

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso Con Enfasis Osteomuscular - Ingreso Con Enfasis Para Trabajo En Alturas

Código: HSEQ-FG-07
Rev. Fecha: 2021.01
Versión No. 2



Fecha: 15/Ago/2023, **Hora:** 08:02:20 a.m.
Apellido: Chacon Ruiz **Nombre:** Yeison David
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1019068971
Empresa: Onepro Servis Sas
Cargo: Soldador
Direccion: Cra 90 A Nro 49 B 46 Sur
Telefono: **Celular:** 3138147263 **Email:** **Estado Civil:** Soltero (a)
Ciudad: Bogota D.c
Peso: 112 Kg **Estatura:** 169 Cm **IMC:** 39.2 **Escolaridad:** Tecnico Laboral **Jornada Laboral:** Diurna
EPS: Sanitas **ARL:** ::: Sin Definir ::. **AFP:** Colfondos

HC: # 59320
Edad: 31 años
Sexo: Masculino ♂
Nacim: 21/Nov/1991
Rh: B+

Examenes Realizados

☐ Audiometria Clinica	☑ Audiometria Ocupacional	☐ Coprologico
☐ Espirometria	☑ Glicemia	☑ Optometria
☑ Perfil Lipidico	☑ Vestibular	☐ Visiometria

Otros: Osteomuscular

Recomendaciones Especificas

Control Eps, Dieta Baja En Grasas, Valoración Optometria, M = Higiene Postural -pausas Activas - Control Periodico Ocupacional

Resumen Resultados

Examen	Resultado
Audiometria Tamiz	Control En Un Año, Uso De Protección Auditiva, Reposo Auditivo Laboral
Optometria	USO EPP- OFTALMOLOGIA- ORTOPTICA.-LAGRIMAS ARTIFICIALES
Osteomuscular	Examen Médico Osteomuscular Normal, Movimientos Y Fuerza Conservados
Vestibular	Pruebas De Equilibrio Normales
Laboratorios	Dentro De Los Límites Normales

Concepto

Apto Para Trabajo En Alturas
Apto Para El Cargo Asignado

Recomendaciones Personalizadas

Uso De Lentes

Observaciones

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social (hoy ministerio de trabajo), el trabajador, cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesaria para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Dr. Ivan Gaviria M.
Medico Cirujano
Especialista en Salud Ocupacional
R.S.O 7629 • R.M. 70129523
Ivan Gaviria
Medico I Ocupacional
Lic. de S.O #: 7629 -01/07/2016

Yeison David Chacon Ruiz
CC 1019068971

Huella Digital

Powered by CamScanner

H.S.E.Q. Unidad Medica Labor Vital
Su Salud en Buenas manos

Certificado de Aptitud Laboral
Periodico Osteomucular- Espacios Confinados - Trabajo En Alturas

Código: HSEQ-FG-07
Rev. Fecha: 2021.01
Versión No. 2



Fecha: 27/Sep/2022, **Hora:** 07:57:56 a.m.
Apellido: Gomez Gutierrez **Nombre:** Pedro Alexander
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 80156445
Empresa: Men Ingenieria Sas
Cargo: Tecnico Hidraulico
Direccion: Cl 33 Sur #84 - 06
Telefono: 3118309698 **Celular:** 3118309698 **Email:** **Estado Civil:** Union Libre
Ciudad: Bogota D.c
Peso: 83 Kg **Estatura:** 176 Cm **IMC:** 26.7 **Escolaridad:** Tecnico Laboral **Jornada Laboral:** Diurna
EPS: Sura **ARL:** Positiva **AFP:** Porvenir

HC: # 39894
Edad: 41 años
Sexo: Masculino ♂
Nacim: 12/Sep/1981
Rh: B+

.

Examenes Realizados

☐ Audiometria Clinica	☑ Audiometria Tamiz	☐ Coprologico
☐ Espirometria	☑ Glicemia	☑ Optometria
☐ Perfil Lipidico	☑ Vestibular	☐ Visiometria

Otros: Colesterol Total, Osteomuscular, Trigliceridos

Recomendaciones Especificas

M = Higiene Postural -pausas Activas - Control Periodico Ocupacional

Resumen Resultados

Examen	Resultado
Audiometria Tamiz	Control Anual, Uso De Epa, Reposo Auditivo Extra Laboral
Optometria	LENTE DE SEGURIDAD CON CORRECCION OPTICA PERMANENTE
Osteomuscular	Examen Osteomuscular Normal, Movimiento Y Fuerza Conservadas
Vestibular	Pruebas De E Quilibrio Normal, Orientado En Las 3 Esferas
Laboratorios	Dentro De Los Limites Normales

Concepto

Apto Para Trabajo En Alturas
Apto Para Espacios Confinados
Puede Continuar Con Su Labor Asignada

Recomendaciones Personalizadas

Uso De Lentes

Observaciones

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social (hoy ministerio de trabajo), el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Dr. Ivan Gaviria M.
Medico Cirujano
Especialista en Salud Ocupacional
RSO 7629 - R.M. 70129523

Ivan Gaviria
Medico 1 Ocupacional
Lic. de S.O #: 7629 -01/07/2016

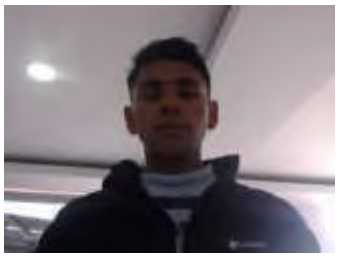
Pedro Alexander Gomez Gutierrez
CC 80156445

Huella
Digital

H.S.E.Q. Unidad Medica Labor Vital
Su Salud en Buenas manos

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso Con Enfasis Osteomuscular - Ingreso Con Enfasis Para Trabajo En Alturas - Espacios Confinados

Código: HSEQ-FG-07
Rev. Fecha: 2021.01
Versión No. 2



Fecha: 14/Sep/2022, **Hora:** 10:35:41 a.m.
HC: # 39295
Apellido: Gonzalez Londoño **Nombre:** Jhon Alejandro **Edad:** 21 años
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1023860143 **Sexo:** Masculino ♂
Empresa: Men Ingenieria Sas **Nacim:** 23/Jul/2001
Cargo: Ayudante **Rh:** O-
Direccion: Calle 37 Sur N 11 D 61
Telefono: **Celular:** 3227940077 **Email:** **Estado Civil:** Soltero (a)
Ciudad: Bogota D.c
Peso: 53 Kg **Estatura:** 168 Cm **IMC:** 18.7 **Escolaridad:** Tecnologico **Jornada Laboral:** Diurna
EPS: Capital Salud **ARL:** Sura **AFP:** .:: Sin Definir ::.

.

Examenes Realizados

☐ Audiometria Clinica	☑ Audiometria Tamiz	☐ Coprologico
☐ Espirometria	☑ Glicemia	☑ Optometria
☐ Perfil Lipidico	☑ Vestibular	☐ Visiometria

Otros: Colesterol Total, Osteomuscular, Trigliceridos

Recomendaciones Especificas

Mediciones Ambientales, Ventilación Adecuada Del Sitio E Inicio De Labores Con Autorización Del Inspector De Trabajo, M = Higiene Postural - pausas Activas - Control Periodico Ocupacional

Resumen Resultados

Examen	Resultado
Optometria	USO EPP
Osteomuscular	Examen Osteomuscular Normal, Movimientos Y Fuerza Conservada
Vestibular	Pruebas De Equilibrio Normal, Orientado En Las 3 Esferas
Laboratorios	Dentro De Los Limites Normales

Concepto

Apto Para Trabajo En Alturas
Apto Para Espacios Confinados
Apto Para El Cargo Asignado

Observaciones

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social (hoy ministerio de trabajo), el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Dr. Ivan Gaviria M.
Medico Cirujano
Especialista en Salud Ocupacional
RSO 7629 - R.M. 70129523

Ivan Gaviria
Medico 1 Ocupacional
Lic. de S.O #: 7629 -01/07/2016

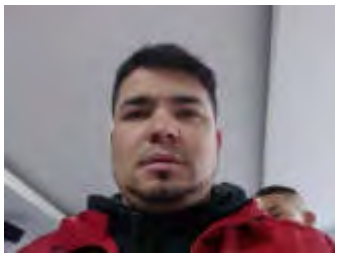
Jhon Alejandro Gonzalez Londoño
CC 1023860143

Huella Digital

H.S.E.Q. Unidad Medica Labor Vital
Su Salud en Buenas manos

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso Con Enfasis Osteomuscular - Ingreso Con Enfasis Para Trabajo En Alturas - Espacios Confinados

Código: HSEQ-FG-07
Rev. Fecha: 2021.01
Versión No. 2



Fecha: 25/Abr/2023, **Hora:** 06:21:58 a.m.
HC: # 53179
Apellido: Guarnizo Quintero **Nombre:** Julian Camilo
Edad: 29 años
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1019085323
Sexo: Masculino ♂
Empresa: Men Ingenieria Sas
Nacim: 27/Ago/1993
Cargo: Tecnico Electromecanico
Rh: A+
Direccion: Cll 527 B Bis Sur Nro 88 I 15
Telefono: **Celular:** 3203887184 **Email:** **Estado Civil:** Union Libre
Ciudad: Bogota D.c
Peso: 84 Kg **Estatura:** 166 Cm **IMC:** 30.4 **Escolaridad:** Tecnico Laboral **Jornada Laboral:** Diurna
EPS: Famisanar **ARL:** Sura **AFP:** Proteccion

.

Examenes Realizados

☐ Audiometria Clinica	☑ Audiometria Ocupacional	☐ Coprologico
☑ Espirometria	☐ Glicemia	☐ Optometria
☑ Perfil Lipidico	☑ Vestibular	☑ Visiometria

Otros: Cuadro Hematico Tipo 5, Glicemia Al Azar, Osteomuscular

Recomendaciones Especificas

Mediciones Ambientales, Ventilación Adecuada Del Sitio E Inicio De Labores Con Autorización Del Inspector De Trabajo, M = Higiene Postural - pausas Activas - Control Periodico Ocupacional

Resumen Resultados

Examen	Resultado
Audiometria Tamiz	Control Anual, Uso De Epa, Reposo Auditivo Extra Laboral
Visiometria	USO EPP- LAGRIMAS ARTIFICIALES
Osteomuscular	Examen Osteomuscular Normal, Movimiento Y Fuerza Conservados
Vestibular	Pruebas De Equilibrio Normal
Laboratorios	Dentro De Los Limites Normales

Concepto

Apto Para Trabajo En Alturas
Apto Para Espacios Confinados
Apto Para El Cargo Asignado

Recomendaciones Personalizadas

Espirometria Normal

Observaciones

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social (hoy ministerio de trabajo), el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Dr. Ivan Gaviria M.
Medico Cirujano
Especialista en Salud Ocupacional
RSO 7629 - R.M. 70129523

Ivan Gaviria
Medico 1 Ocupacional
Lic de S.O #: 7629 - 01/07/2016

Julian Camilo Guarnizo Quintero
CC 1019085323

Huella Digital

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SOLUCIONES MEDICAS EMPRESARIALES LTDA
NIT: 900146367

TRABAJO EN ALTURAS
Certificado de aptitud: 79768842-251419

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	28 ago. 2023 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	NORBEY CASTRO VASQUEZ	**Identificación:**	79768842
Género	MASCULINO **Edad:** 46	**Teléfono**	**Móvil:** 3105267796
Fecha Nacimiento:	27/03/1977	**Cargo:**	OPERARiO/ PINTURA/ PAÑETE
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección	CRA 44 81 17 SUR	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	PRIMARIA	**AFP:**	PROTECCION S.A.
Empresa	INERZIA INGENIERIA S.A.S	**Área: No Reporta**	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA TAMIZ	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO MAYOR A 85 DB, VITAR EXPOSICION A RUIDO A NIVEL EXTRALABORAL, EVITAR EL USO DE AURICULARES DE RECREACION
VISIOMETRIA	-DEBE USAR CORRECCION OPTICA VISION PROXIMA 2-EXAMEN VISUAL PERIODICO
MEDICINA OCUPACIONAL	DIETA HIPOCALÓRICA, RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BAJA EN HARINAS Y GRASAS DE ORIGEN ANIMAL. REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 45 - 60 MINUTOS AL MENOS 4 - 5 VECES/ SEMANA. BUENA HIDRATACIÓN. HIGIENE POSTURAL. AUTOCUIDADO. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO AL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD DE LA EMPRESA. USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.DEBE USAR CORRECCION OPTICA VISION PROXIMA
GLICEMIA BASAL	SIN ALTERACION
PERFIL LIPIDICO BASICO	SIN ALTERACION

CONCEPTO LABORAL

CUMPLE CON LOS REQUISITOS PARA EL CARGO
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS.

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

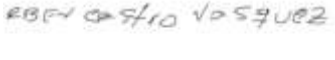
Información de Remisiones

NO

En la fecha, yo, mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a la IPS para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos. Las respuestas dadas por mi están completas y son verídicas. Firmo para constancia.









DIANA CAROLINA GUAPACHA LOAIZA
Médico Especialista en Salud Laboral 3689 / 2014 50-11336

NORBEY CASTRO VASQUEZ
Firma y cédula del Paciente

79768842

Clinisur IPS Ltda.
Régimen : REGIMEN
Salud Ocupacional

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

32

NÚMERO
0000438586

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: INERZIA INGENIERIA S.A.S FECHA 09/09/2023 08:30:24

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

NOMBRE Y APELLIDO: DAYMITH PEREZ CONTRERAS **C.C** 77132838

EDAD 40 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OFICIAL DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

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

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ✓

LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

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

RESTRICCIONES

NINGUNO

RECOMENDACIONES

PUEDE LABORAR EN ALTURAS
CONTROL OPTOMETRIA EPS ANUAL/ USO DE LENTES PARA LABORAR
USO DE MEDIAS ANTIVARICE
CONTROL MEDICO RUTINA EPS / NUTRICION
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACIONES: DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Huella Electrónica

Ginna Marcela Prieto C.
Medico Cirujano
Esp. Salud Ocupacional
RM 68 11332 2017

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Clinisur IPS 1 Ltda.
Régimen : REGIMEN
Salud Ocupacional

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

33

NÚMERO
0000438587

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: INERZIA INGENIERIA S.A.S FECHA 09/09/2023 08:31:03

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

NOMBRE Y APELLIDO: JUAN CARLOS PEREZ CONTRERAS **C.C** 77104701

EDAD 45 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OFICIAL DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	✓	Exámenes de laboratorio	SI ✓ NO ☐
Visiometria	✓	Glic ✓ Col ✓ Trigli ✓ Otros ☐	
Optometria	☐	**¿Cuáles?**	
Audiometria	✓		
Espirometria	☐	Énfasis Osteomuscular	✓
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

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

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ✓

LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

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

RESTRICCIONES

NINGUNO

RECOMENDACIONES

PUEDE LABORAR EN ALTURAS
CONTROL OPTOMETRIA EPS ANUAL/ USO DE LENTES PARA LABORAR
USO DE MEDIAS ANTIVARICE
CONTROL MEDICO RUTINA EPS / NUTRICION
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACIONES: DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

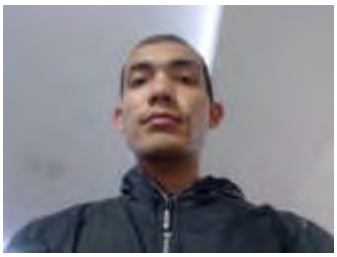
Ginna Marcela Prieto C.
MEDICO CIRUJANO
ESPECIALISTA SEGURIDAD INDUSTRIAL
Reg. SG 1128

FIRMA DEL ESPECIALISTA

H.S.E.Q. Unidad Medica Labor Vital
Su Salud en Buenas manos

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso Con Enfasis Osteomuscular - Ingreso Con Enfasis Para Trabajo En Alturas

Código: HSEQ-FG-07
Rev. Fecha: 2021.01
Versión No. 2



Fecha: 25/Ago/2023, **Hora:** 07:10:15 a.m.
HC: # 59855
Apellido: Dominguez Gonzalez **Nombre:** Wilfredo Alberto
Edad: 21 años
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1063084100
Sexo: Masculino ♂
Empresa: Onepro Servis Sas
Nacim: 10/Jul/2002
Cargo: Ayudante
Rh: O+
Direccion: Tv 126 D Nro 132 C 39
Telefono: **Celular:** 3113334521 **Email:** **Estado Civil:** Soltero (a)
Ciudad: Bogota D.c
Peso: 70 Kg **Estatura:** 173 Cm **IMC:** 23.3 **Escolaridad:** Bachiller Incompleto **Jornada Laboral:** Diurna
EPS: .:: Sin Definir ::. **ARL:** .:: Sin Definir ::. **AFP:** .:: Sin Definir ::.

.

Examenes Realizados

☐ Audiometria Clinica	☑ Audiometria Ocupacional	☐ Coprologico
☐ Espirometria	☑ Glicemia	☑ Optometria
☑ Perfil Lipidico	☑ Vestibular	☐ Visiometria

Otros: Osteomuscular

Recomendaciones Especificas

M = Higiene Postural -pausas Activas - Control Periodico Ocupacional

Resumen Resultados

Examen	Resultado
Audiometria Tamiz	Control En Un Año, Uso De Protección Auditiva, Reposo Auditivo Laboral
Optometria	USO EPP- OFTALMOLOGIA
Osteomuscular	Examen Médico Osteomuscular Normal, Movimientos Y Fuerza Conservados
Vestibular	Pruebas De Equilibrio Normales
Laboratorios	Dentro De Los Limites Normales

Concepto

Apto Para Trabajo En Alturas
Apto Para El Cargo Asignado

Observaciones

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social (hoy ministerio de trabajo), el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Dr. Ivan Gaviria M.
Medico Cirujano
Especialista en Salud Ocupacional
RSO 7629 - R.M. 70129523

Ivan Gaviria
Medico 1 Ocupacional
Lic. de S.O #: 7629 -01/07/2016

Wilfredo Alberto Dominguez Gonzalez
CC 1063084100

Huella Digital

H.S.E.Q. Unidad Medica Labor Vital
Su Salud en Buenas manos

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso Con Enfasis Osteomuscular - Ingreso Con Enfasis Para Trabajo En Alturas

Código: HSEQ-FG-07
Rev. Fecha: 2021.01
Versión No. 2



Fecha: 25/Ago/2023, **Hora:** 07:09:17 a.m.
Apellido: Chirinos **Nombre:** Yonathan **HC:** # 59854
Tipo Doc: CE **Nro Identidad:** 5197184 **Edad:** 47 años
Empresa: Onepro Servis Sas **Sexo:** Masculino ♂
Cargo: Oficial **Nacim:** 05/Jul/1976
Direccion: Cll 21 Sur Nro 18 - 60 **Rh:** O+
Telefono: **Celular:** 3125362076 **Email:** **Estado Civil:** Casado (a)
Ciudad: Bogota D.c
Peso: 90 Kg **Estatura:** 160 Cm **IMC:** 35.1 **Escolaridad:** Bachiller Incompleto **Jornada Laboral:** Diurna
EPS: Salud Total **ARL:** .:: Sin Definir ::. **AFP:** .:: Sin Definir ::.

.

Examenes Realizados

☐ Audiometria Clinica	☑ Audiometria Ocupacional	☐ Coprologico
☐ Espirometria	☑ Glicemia	☑ Optometria
☑ Perfil Lipidico	☑ Vestibular	☐ Visiometria

Otros: Osteomuscular

Recomendaciones Especificas

Dieta Baja En Grasas, Valoración Optometria, Dieta Balanceada, Control Por Nutricion, M = Higiene Postural -pausas Activas - Control Periodico Ocupacional

Resumen Resultados

Examen	Resultado
Audiometria Tamiz	Control En Un Año, Uso De Protección Auditiva, Reposo Auditivo Laboral
Optometria	USO CORRECCION OPTICA VISION CERCA- USO EPP- LAGRIMAS ARTIFICIALES
Osteomuscular	Examen Médico Osteomuscular Normal, Movimientos Y Fuerza Conservados
Vestibular	Pruebas De Equilibrio Normales
Laboratorios	Se Recomienda Dieta Baja En Grasas

Concepto

Apto Para Trabajo En Alturas
Apto Para El Cargo Asignado

Recomendaciones Personalizadas

Uso De Lentes Visión Cerca

Observaciones

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social (hoy ministerio de trabajo), el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Dr. Ivan Gaviria M.
Medico Cirujano
Especialista en Salud Ocupacional
RSO 7629 - R.M. 70129523

CHIRINOS

Ivan Gaviria	Yonathan Chirinos	Huella
Medico 1 Ocupacional	CE 5197184	Digital

Lic de S.O #: 7629 -01/07/2016

ANEXO SST-11. PLANILLAS SEGURIDAD SOCIAL CONTRATISTA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **80.154.437**

ROMERO

APELLIDOS

JAVIER DARIO

NOMBRES



FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO **25-MAY-1981**

EL PAUJIL
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

01-JUN-1999 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00392176-M-0080154437-20120909 0030752673A 1 1311967015

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 901448807	9	STOR CONSTRUCCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CARRERA44A#78-72	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4540737	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-08	2023-09	141394318	9455959883	E	2023/09/04	2023/09/05	BANCOLOMBIA		$5,646,600

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	Aporte	Codigo	Dias	Aporte	Codigo	Días	Aporte	Codigo	Días	Tarifa	Aporte	Días	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	79900758	ALBA JAVIER																		231001	30	$185,600	EPS008	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
2	CC	1000322681	BARRAGAN ANDRES																		230301	30	$185,600	EPSC34	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
3	CC	1069769403	GOMEZ CARLOS																		230301	30	$185,600	EPS005	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
4	CC	1007767345	JERONIMO YINI		X																230201	6	$37,200	ESSC07	6	$9,300	CCF24	6	$9,300	14-11	6	6.96	$16,200	6	$0	Si	$72,000
5	CC	1023870143	JIMENEZ JULIO																		230301	30	$185,600	EPSC34	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
6	CC	1021667240	JIMENEZ KEVIN																		25-14	30	$185,600	EPSC34	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
7	CC	1023870141	JIMENEZ OMAR																		231001	30	$185,600	EPS002	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
8	CC	1012330724	MORENO MIGUEL																		231001	30	$185,600	EPSC34	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
9	CC	1013636336	PULIDO JONATHAN																		230301	30	$185,600	EPS017	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
10	CC	1024579272	RAMIREZ IVAN																		231001	30	$185,600	EPS002	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
11	CC	1023366448	RIVEROS JEAN		X																230301	15	$92,800	EPS008	15	$23,200	CCF24	15	$23,200	14-11	15	6.96	$40,400	15	$0	Si	$179,600
12	CC	1030578618	RIVILLO JULY																		231001	30	$185,600	EPS017	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
13	CC	79387044	RIVILLO LUIS																		25-14	30	$185,600	EPS017	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
14	CC	1033782737	SOLAQUE ANYELI																		230201	30	$185,600	EPS002	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
15	CC	1024483375	SOLAQUE EDWARD																		230301	30	$185,600	EPS002	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
16	CC	79393547	SOLAQUE EDWARD																		230201	30	$185,600	EPS017	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
17	CC	1003518221	ZAMUDIO IVAN																		230201	30	$185,600	EPS008	30	$46,400	CCF24	30	$46,400	14-11	30	6.96	$80,800	30	$0	Si	$359,200
Total	**Afiliados(17)**																						$2,914,000			$728,500			$728,500				$1,268,600		$0		$5,639,600

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 901448807	9	STOR CONSTRUCCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CARRERA44A#78-72	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4540737	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-08	2023-09	141394318	9455959883	E	2023/09/04	2023/09/05	BANCOLOMBIA		$5,646,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				17	$2,914,000	$0	$2,917,500
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	5	$928,000	$0	$929,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$371,200	$0	$371,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	6	$1,020,800	$0	$1,022,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	4	$594,000	$0	$594,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				17	$1,268,600	$0	$1,270,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	17	$1,268,600	$0	$1,270,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				17	$728,500	$0	$729,300
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	17	$728,500	$0	$729,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 6)				17	$728,500	$0	$729,800
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	4	$185,600	$0	$185,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	3	$116,000	$0	$116,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	4	$185,600	$0	$185,900
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	$9,300	$0	$9,400
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	4	$185,600	$0	$185,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$46,400	$0	$46,500
TOTAL				**17**	**$5,639,600**	**$0**	**$5,646,600**

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 901448807	9	STOR CONSTRUCCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CARRERA44A#78-72	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4540737	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-08	2023-09	141414295	9455960002	A	2023/09/29	2023/09/05	BANCOLOMBIA		$947,500

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	Aporte	Codigo	Dias	Aporte	Codigo	Días	Aporte	Codigo	Días	Tarifa	Aporte	Días	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	4292559	AVENDAÑO JOSE	X	X																25-14	3	$18,600	EPS017	3	$4,700	CCF24	3	$4,700	14-11	3	6.96	$8,100	3	$0	Si	$36,100
2	CC	1001060000	CASTELLANOS NELSON	X	X																230301	4	$24,800	EPS002	4	$6,200	CCF24	4	$6,200	14-11	4	6.96	$10,800	4	$0	Si	$48,000
3	CC	79256569	GARCIA PEDRO	X	X																230301	3	$18,600	EPS017	3	$4,700	CCF24	3	$4,700	14-11	3	6.96	$8,100	3	$0	Si	$36,100
4	CC	1023888950	GARZON EDUARD	X																	230201	28	$173,300	EPS005	28	$43,400	CCF24	28	$43,400	14-11	28	6.96	$75,400	28	$0	Si	$335,500
5	CC	1023931367	GONZALEZ CRISTIAN	X																	25-14	1	$6,200	EPS008	1	$1,600	CCF24	1	$1,600	14-11	1	6.96	$2,700	1	$0	Si	$12,100
6	CC	1023904050	MUÑOZ ELKIN	X																	231001	28	$173,300	EPS005	28	$43,400	CCF24	28	$43,400	14-11	28	6.96	$75,400	28	$0	Si	$335,500
7	CC	1045704928	PERALTA GONZALO	X	X																230201	5	$31,000	EPS037	5	$7,800	CCF24	5	$7,800	14-11	5	6.96	$13,500	5	$0	Si	$60,100
8	CC	79259137	PINEDA JOSE	X	X																25-14	3	$18,600	EPS017	3	$4,700	CCF24	3	$4,700	14-11	3	6.96	$8,100	3	$0	Si	$36,100
9	CC	11451384	RODRIGUEZ WILLIAM	X	X																25-14	4	$24,800	EPS017	4	$6,200	CCF24	4	$6,200	14-11	4	6.96	$10,800	4	$0	Si	$48,000
Total	**Afiliados(9)**																						$489,200			$122,700			$122,700				$212,900		$0		$947,500

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 901448807	9	STOR CONSTRUCCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CARRERA44A#78-72	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4540737	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-08	2023-09	141414295	9455960002	A	2023/09/29	2023/09/05	BANCOLOMBIA		$947,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				9	$489,200	$0	$489,200
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$173,300	$0	$173,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	4	$68,200	$0	$68,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$43,400	$0	$43,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	2	$204,300	$0	$204,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				9	$212,900	$0	$212,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	9	$212,900	$0	$212,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				9	$122,700	$0	$122,700
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	9	$122,700	$0	$122,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				9	$122,700	$0	$122,700
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$1,600	$0	$1,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	4	$20,300	$0	$20,300
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$7,800	$0	$7,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$6,200	$0	$6,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$86,800	$0	$86,800
TOTAL				**9**	**$947,500**	**$0**	**$947,500**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900334403-3	ARQUITECTURA Y DISEÑO MODULAR SAS	CALLE 150 A 48 96 OFICINA 306	3058758474	direccionproyectos.arquitec@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					25	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-09	2023-08	E	01/09/2023	70526865	$8.346.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	299.900	0		0		0	0	0	0	299.900	7
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	453.700	0		0		0	0	0	0	453.700	8
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	106.800	0		0		0	0	0	0	106.800	3
EPS010	EPS Sura	800088702-2	46.400	0		0		0	0	0	0	46.400	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	60.000	0		0		0	0	0	0	60.000	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	54.200	0		0		0	0	0	0	54.200	2
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	53.600	0		0		0	0	0	0	53.600	2
ESSC07	EPS-S Mutual Ser	806008394-7	7.800	0		0		0	0	0	0	7.800	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	1.014.400	0	0	0	0	0	0		1.014.400	5
230301	Porvenir	800224808-8	2.438.000	0	0	0	0	0	0		2.438.000	14
231001	Colfondos	800227940-6	218.100	0	0	0	0	0	0		218.100	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	682.100	0	0	0	0	0	0		682.100	4

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										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	1.829.100				1.829.100	0	0	1.829.100			18.291	1.829.100	25

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	1.082.400	0	0	1.082.400	25

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	900334403-3	ARQUITECTURA Y DISEÑO MODULAR SAS	CALLE 150 A 48 96 OFICINA 306	3058758474	direccionproyectos.arquitec@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					25	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-09	2023-08	E	01/09/2023	70526865	$8.346.500	

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	8	1.082.400	1.082.400
Pensión	4	4.352.600	4.352.600
Riesgos Laborales	1	1.829.100	1.829.100
CCF	1	1.082.400	1.082.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	14	8.346.500	8.346.500

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE APORTANTE**		**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**CORREO**
NI	900334403-3	ARQUITECTURA Y DISEÑO MODULAR SAS		CALLE 150 A 48 96 OFICINA 306	3058758474	direccionproyectos.arquitec@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	**FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)**	**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)**	**NÚMERO PLANILLA**	**CANTIDAD**	
					EMPLEADOS	**UPC**
					25	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2023-09	2023-08	E	01/09/2023	70526865	$8.346.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	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	1001804388	CAICEDO JIMENEZ NIK JOSE	1	0			S	X	X															230301	38.667	6.200	0	0	0	0	EPSC34	38.667	1.600	14-4	38.667	5	2.700	CCF22	38.667	1.600	0	0	0	0	0
2	CC	1003912840	GALVIS MARTINEZ KARONLAY	1	0			S																	25-14	1.400.000	224.000	0	0	0	0	EPS005	1.400.000	56.000	14-4	1.400.000	5	97.500	CCF22	1.400.000	56.000	0	0	0	0	0
3	CC	1012327491	MORENO SALAMANCA SANTIAGO	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS010	1.160.000	46.400	14-4	1.160.000	5	80.800	CCF22	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
4	CC	1012334118	OBANDO HERRERA AYDA PATRICIA	1	0			S																	230301	1.800.000	288.000	0	0	0	0	EPS002	1.800.000	72.000	14-4	1.800.000	5	125.300	CCF22	1.800.000	72.000	0	0	0	0	0
5	CC	1015400407	PLAZAS GUZMAN CAMILO ANDRES	1	0			S								X									231001	1.139.844	182.400	0	0	0	0	EPS005	1.139.844	45.600	14-4	1.139.844	5	79.400	CCF22	1.139.844	45.600	0	0	0	0	0
6	CC	1015400407	PLAZAS GUZMAN CAMILO ANDRES	1	0			S									X								231001	38.667	4.700	0	0	0	0	EPS005	38.667	0	14-4	38.667	5	0	CCF22	38.667	0	0	0	0	0	0
7	CC	1019152865	DORADO DIAZ ANDRES DAVID	1	0			S																	25-14	1.200.000	192.000	0	0	0	0	EPS002	1.200.000	48.000	14-4	1.200.000	5	83.600	CCF22	1.200.000	48.000	0	0	0	0	0
8	CC	79443369	BELTRAN GARZON JOSE EDEN	1	0			S																	25-14	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS008	1.160.000	46.400	14-4	1.160.000	5	80.800	CCF22	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
9	CC	80426110	MALAVER VALBUENA LUIS MOISES	1	0			S																	230201	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS005	1.160.000	46.400	14-4	1.160.000	5	80.800	CCF22	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
10	CC	1032378825	MALAVER VALBUENA JORGE ARMANDO	1	0			S	X																230201	580.000	92.800	0	0	0	0	EPS005	580.000	23.200	14-4	580.000	5	40.400	CCF22	580.000	23.200	0	0	0	0	0
11	CC	1047427222	MENDOZA UWANER JULIO	1	0			S	X																231001	193.334	31.000	0	0	0	0	ESSC07	193.334	7.800	14-4	193.334	5	13.500	CCF22	193.334	7.800	0	0	0	0	0
12	CC	1061715000	ALVAREZ PALACIOS ANDRES YOVANI	1	0			S								X									230301	1.101.177	176.200	0	0	0	0	EPS005	1.101.177	44.100	14-4	1.101.177	5	76.700	CCF22	1.101.177	44.100	0	0	0	0	0
13	CC	1061715000	ALVAREZ PALACIOS ANDRES YOVANI	1	0			S									X								230301	77.334	9.300	0	0	0	0	EPS005	77.334	0	14-4	77.334	5	0	CCF22	77.334	0	0	0	0	0	0
14	CC	39673570	CASTAÑEDA CANASTERO LUZ MARINA	1	0			S																	230201	1.500.000	240.000	0	0	0	0	EPS017	1.500.000	60.000	14-4	1.500.000	5	104.400	CCF22	1.500.000	60.000	0	0	0	0	0
15	CC	53050645	LEON SOCHA INGRID JOHANNA	1	0			S	X																230301	348.000	55.700	0	0	0	0	EPS008	348.000	14.000	14-4	348.000	1	1.900	CCF22	348.000	14.000	0	0	0	0	0
16	CC	1020797779	MORENO MORENO JAZMIN ESMERALDA	1	0			S	X	X															25-14	502.667	80.500	0	0	0	0	EPS002	502.667	20.200	14-4	502.667	1	2.700	CCF22	502.667	20.200	0	0	0	0	0
17	CC	79714217	GARCIA REYES DANILO	1	0			S								X									230301	1.231.844	197.100	0	0	0	0	EPS002	1.231.844	49.300	14-4	1.231.844	5	85.800	CCF22	1.231.844	49.300	0	0	0	0	0
18	CC	79714217	GARCIA REYES DANILO	1	0			S									X								230301	86.667	10.500	0	0	0	0	EPS002	86.667	0	14-4	86.667	5	0	CCF22	86.667	0	0	0	0	0	0
19	CC	79994066	OSPINA HERNANDEZ LUIS GABRIEL	1	0			S		X															230301	700.000	112.000	0	0	0	0	EPS002	700.000	28.000	14-4	700.000	5	48.800	CCF22	700.000	28.000	0	0	0	0	0
20	CC	80138312	OSPINA HERNANDEZ ERNESTO JAVIER	1	0			S		X															230301	900.000	144.000	0	0	0	0	EPS002	900.000	36.000	14-4	900.000	5	62.700	CCF22	900.000	36.000	0	0	0	0	0
21	CC	80759613	QUINTERO SIERRA GERSON EDGARDO	1	0			S																	230201	1.800.000	288.000	0	0	0	0	EPS005	1.800.000	72.000	14-4	1.800.000	5	125.300	CCF22	1.800.000	72.000	0	0	0	0	0
22	CC	1024536049	NOVOA ALBARRACIN LUIS MIGUEL	1	0			S																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPSC34	1.300.000	52.000	14-4	1.300.000	5	90.500	CCF22	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
23	CC	1143261750	SARMIENTO CASTELLAR DANIEL	1	0			S	X																230301	193.334	31.000	0	0	0	0	EPS037	193.334	7.800	14-4	193.334	5	13.500	CCF22	193.334	7.800	0	0	0	0	0
24	CC	80810432	ZEA QUINTERO DANY WEIMAR	1	0			S																	230301	3.000.000	480.000	0	0	0	0	EPS005	3.000.000	120.000	14-4	3.000.000	5	208.800	CCF22	3.000.000	120.000	0	0	0	0	0
25	CC	1073607133	CUELLAR MARTINEZ YURI OMAIRA	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS037	1.160.000	46.400	14-4	1.160.000	5	80.800	CCF22	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
26	CC	1022431049	ZEA QUINTERO JEISON STEVEN	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS005	1.160.000	46.400	14-4	1.160.000	5	80.800	CCF22	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
27	CC	1004604963	ARBOLEDA ARBOLEDA FELIX ALONSO	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS002	1.160.000	46.400	14-4	1.160.000	5	80.800	CCF22	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
28	CC	1143366882	AYALA GARCIA YEISON	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS008	1.160.000	46.400	14-4	1.160.000	5	80.800	CCF22	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900814668-8	CONSTRUCCIONES DFL S.A.S.		CR 71 C 53 A 10 SUR	6042704	admonconctruccionesdfl@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	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
					57	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-08	2023-07	E	16/08/2023	70176369	$16.055.700	

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	555.400	0		0		0	0	0	0	555.400	14
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	249.200	0		0		0	0	0	0	249.200	8
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	238.300	0		0		0	0	0	0	238.300	6
EPS010	EPS Sura	800088702-2	92.800	0		0		0	0	0	0	92.800	2
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	533.700	0		0		0	0	0	0	533.700	13
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	414.700	0		0		0	0	0	0	414.700	12
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	46.400	0		0		0	0	0	0	46.400	1
ESSC62	ASMET SALUD EPS SAS	900935126-7	10.900	0		0		0	0	0	0	10.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	1.324.000	0	0	0	0	0	0		1.324.000	8
230301	Porvenir	800224808-8	5.562.600	0	0	0	0	0	0		5.562.600	38
231001	Colfondos	800227940-6	909.600	0	0	0	0	0	0		909.600	6
25-14	Colpensiones	900336004-7	396.000	0	0	0	0	0	0		396.000	3

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	3.580.700				3.580.700	0	0	3.580.700			35.807	3.580.700	57

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	2.141.400	0	0	2.141.400	57

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900814668-8	CONSTRUCCIONES DFL S.A.S.		CR 71 C 53 A 10 SUR	6042704	admonconctruccionesdfl@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SUCURSAL	C – MIPYME	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
					57	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-08	2023-07	E	16/08/2023	70176369	$16.055.700	

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	8	2.141.400	2.141.400
Pensión	4	8.192.200	8.192.200
Riesgos Laborales	1	3.580.700	3.580.700
CCF	1	2.141.400	2.141.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	14	16.055.700	16.055.700

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900814668-8	CONSTRUCCIONES DFL S.A.S.		CR 71 C 53 A 10 SUR	6042704	admonconctruccionesdfl@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SUCURSAL	C – MIPYME	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
					57	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-08	2023-07	E	16/08/2023	70176369	$16.055.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotizante extranjero	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1000123639	ROJAS MURCIA CRISTIAN JAVIER	1	0			S	X																230301	154.667	24.800	0	0	0	0	EPS017	154.667	6.200	14-11	154.667	5	10.800	CCF24	154.667	6.200	0	0	0	0	0
2	CC	1000857445	MUÑOZ GARAVITO JONATHAN ANDREY	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
3	CC	1063617390	ARIAS BALLESTEROS JAIME DAVID	1	0			S		X															230301	309.334	49.500	0	0	0	0	EPS037	309.334	12.400	14-11	309.334	5	21.600	CCF24	309.334	12.400	0	0	0	0	0
4	CC	1065873982	SARAVIA VASQUEZ EUGENIO	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
5	CC	1126423417	GUILLEN GONZALEZ YAIR ALFONSO	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS002	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
6	CC	11407378	SALDAÑA PABON JAIME ORLANDO	1	0			S	X																231001	812.000	130.000	0	0	0	0	EPS017	812.000	32.500	14-11	812.000	5	56.600	CCF24	812.000	32.500	0	0	0	0	0
7	CC	1024524338	VELOZA PARRA FABIAN	1	0			S																	230301	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
8	CC	1032467597	GONZALEZ LUQUE ANGIE LIZETH	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS010	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	1	6.100	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
9	CC	1065878157	MEZA SARABIA ESTIVEN	1	0			S																	230301	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
10	CC	1077975089	LUQUE CASTRO DUVAN FELIPE	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS002	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
11	CC	1090410670	GONZALEZ LOPEZ EDER JAVIER	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
12	CC	1104134008	GUERRERO DOMINGUEZ JOSE LUIS	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS002	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
13	CC	1193311210	ROJAS RICO JEISON JAVIER	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS002	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
14	CC	35198755	RAMOS NINI JOHANA	1	0			S																	230201	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
15	CC	1024502586	ANTOLINEZ CESAR ANTONIO	1	0			S																	230201	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
16	CC	80778105	CASTAÑEDA TIBAVISCO JOSE EDICSON	1	0			S																	231001	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS002	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
17	PT	1286964	BRICEÑO FERNANDEZ JOSE GERVACIO	1	0	X		S																		0	0	0	0	0	0	EPS002	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
18	PT	6556026	PINTO RIVERO LORENZO JOSE	1	0	X		S																		0	0	0	0	0	0	EPSC34	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
19	CC	1065887579	ALBAO MORENO WILVER	1	0			S																	230301	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
20	CC	1065907956	CASTRO SARABIA DAGO JUNIOR	1	0			S																	230301	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
21	CC	1077968207	LUQUE CASTRO CAMILO ALBERTO	1	0			S																	230301	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
22	CC	1013596563	OLARTE QUIJANO DISNEY	1	0			S																	230201	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS010	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
23	CC	1020825729	ALONSO OCHOA ANDRES MAURICIO	1	0			S	X																230301	773.334	123.800	0	0	0	0	EPS017	773.334	31.000	14-11	773.334	5	53.900	CCF24	773.334	31.000	0	0	0	0	0
24	CC	1024555958	GONZALEZ RODRIGUEZ IVAN YESID	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
25	CC	1106392184	ARIAS JOHANNA PAOLA	1	0			S																	230301	889.334	142.300	0	0	0	0	EPS008	889.334	35.600	14-11	889.334	5	61.900	CCF24	889.334	35.600	0	0	0	0	0
26	CC	1106392184	ARIAS JOHANNA PAOLA	1	0			S											X						230301	270.667	43.400	0	0	0	0	EPS008	270.667	10.900	14-11	270.667	5	0	CCF24	270.667	10.900	0	0	0	0	0
27	CC	79770757	CARVAJAL GOMEZ ALBERTO	1	0			S																	231001	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
28	CC	80283807	LUQUE BENAVIDES DIEGO FERNANDO	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
29	CC	1030676522	BUITRAGO HERNANDEZ JOAN JESUBRAN JOSUE	1	0			S																	230301	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
30	CC	1032419520	ALONSO PIRACOCA JAIR DAVID	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
31	CC	1032496865	VANEGAS OLAVE JONATHAN ANDREY	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
32	CC	1001329794	PEREZ GOMEZ LUIS ESTEBAN	1	0			S	X																230301	154.667	24.800	0	0	0	0	EPS005	154.667	6.200	14-11	154.667	5	10.800	CCF24	154.667	6.200	0	0	0	0	0
33	CC	1004573	PERICO VARGAS JORGE HUMBERTO	1	0			S	X																231001	232.000	37.200	0	0	0	0	EPS037	232.000	9.300	14-11	232.000	5	16.200	CCF24	232.000	9.300	0	0	0	0	0
34	CC	1005699425	TRUJILLO MUÑOZ BRAYAN STIVEN	1	0			S																	230201	580.000	92.800	0	0	0	0	EPS037	580.000	23.200	14-11	580.000	5	40.400	CCF24	580.000	23.200	0	0	0	0	0
35	CC	1005699425	TRUJILLO MUÑOZ BRAYAN STIVEN	1	0			S															15		230201	580.000	92.800	0	0	0	0	EPS037	580.000	23.200	14-11	580.000	5	0	CCF24	580.000	23.200	0	0	0	0	0
36	CC	1065865902	MENECES QUINTERO LUIS DANIEL	1	0			S	X																230301	309.334	49.500	0	0	0	0	EPS002	309.334	12.400	14-11	309.334	5	21.600	CCF24	309.334	12.400	0	0	0	0	0
37	CC	1065865902	MENECES QUINTERO LUIS DANIEL	1	0			S															5		230301	193.334	31.000	0	0	0	0	EPS002	193.334	7.800	14-11	193.334	5	0	CCF24	193.334	7.800	0	0	0	0	0
38	CC	1065866660	CARRASCAL CHAVEZ CARLOS ANDRES	1	0			S		X															230301	1.005.334	160.900	0	0	0	0	EPS005	1.005.334	40.300	14-11	1.005.334	5	70.000	CCF24	1.005.334	40.300	0	0	0	0	0
39	CC	1065884206	ROJAS VENAVIDES ALVARO JAVIER	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

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900814668-8	CONSTRUCCIONES DFL S.A.S.		CR 71 C 53 A 10 SUR	6042704	admonconctruccionesdfl@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
SUCURSAL	C – MIPYME	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
					57	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-08	2023-07	E	16/08/2023	70176369	$16.055.700	

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	CORRECCION	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
40	CC	1024594293	PINZON RODRIGUEZ DANIELA ALEXANDRA	1	0			S																230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS005	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
41	CC	1026561180	BESINYER RAMIREZ YEISON ANDRES	1	0			S																230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS002	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
42	CC	1030662117	BUITRAGO HERNANDEZ ALEX GOEL DAYAN	1	0			S	X															25-14	154.667	24.800	0	0	0	0	EPS008	154.667	6.200	14-11	154.667	5	10.800	CCF24	154.667	6.200	0	0	0	0	0
43	CC	1090383309	RODRIGUEZ CONTRERAS JAVIER	1	0			S																230201	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS002	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
44	CC	1093787101	RODRIGUEZ GUILLEN YEIZON ANDRES	1	0			S																230201	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS005	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
45	CC	1116788542	MERCADO MACIAS LEIDY JOHANA	1	0			S	X															230301	270.667	43.400	0	0	0	0	EPS037	270.667	10.900	14-11	270.667	5	18.900	CCF24	270.667	10.900	0	0	0	0	0
46	CC	1032508762	RIOS CHIQUIZA SANTIAGO	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
47	CC	1037585618	DIAZ DIAZ EDUIN	1	0			S	X															230301	309.334	49.500	0	0	0	0	EPS002	309.334	12.400	14-11	309.334	5	21.600	CCF24	309.334	12.400	0	0	0	0	0
48	CC	1063622062	REGINO GONZALEZ LUIS GERMAN	1	0			S	X															230301	270.667	43.400	0	0	0	0	ESSC62	270.667	10.900	14-11	270.667	5	18.900	CCF24	270.667	10.900	0	0	0	0	0
49	CC	79832500	NIETO BARRAGAN AIMER	1	0			S																230201	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS002	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
50	CC	80018393	PINZON LUQUE` EDIMER	1	0			S																231001	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS005	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
51	CC	80411055	ALONSO HERNANDEZ JOSE MAURICIO	1	0			S																230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS005	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
52	CC	1077968735	MORA CASTILLO LUIS ERNESTO	1	0			S																230301	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
53	CC	1083917804	ANGEL MENDEZ JEISON JACOB	1	0			S																230301	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
54	CC	1090180956	PARRA GOMEZ JEAN CARLOS	1	0			S																230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS002	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
55	PT	5323149	CAYAMO ROMERO MARIANA DEL CARMEN	1	0			S	X															230301	270.667	43.400	0	0	0	0	EPS037	270.667	10.900	14-11	270.667	5	18.900	CCF24	270.667	10.900	0	0	0	0	0
56	PT	5812983	PARRA CARLIS IVAN JOSE	1	0			S		X														230301	309.334	49.500	0	0	0	0	EPS002	309.334	12.400	14-11	309.334	5	21.600	CCF24	309.334	12.400	0	0	0	0	0
57	CC	80129238	CARRILLO SANCHEZ FRACISCO	1	0			S	X															230201	154.667	24.800	0	0	0	0	EPS005	154.667	6.200	14-11	154.667	5	10.800	CCF24	154.667	6.200	0	0	0	0	0
58	CC	1126424239	VEGA ANGARITA YULIETH PAOLA	1	0			S	X															230301	270.667	43.400	0	0	0	0	EPS005	270.667	10.900	14-11	270.667	5	18.900	CCF24	270.667	10.900	0	0	0	0	0
59	CC	79587139	PEÑUELA ROJAS GERMAN ANTONIO	1	0			S																25-14	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS002	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
60	CC	79620359	MONTOYA MORALES GUILLERMO	1	0			S																231001	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

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

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 813008120	1	PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PA BOGOTA	CALLE 104 NO 14 A 45	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2150482	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-08	2023-09	34362827	9456168956	E	2023/09/06	2023/09/11	BANCOLOMBIA		$15,436,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PA BOGOTA (18 Afiliados)						$49,601,161	$8,006,400			$49,601,161	$1,978,900			$51,078,091	$2,033,400			$49,601,161	$3,333,000		$0	$0
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 0 (2 Afiliados)						$246,744	$39,600			$246,744	$4,600			$246,744	$0			$246,744	$0		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)						$246,744	$39,600			$246,744	$4,600			$246,744	$0			$246,744	$0		$0	$0
1	CC	1075225207	CORTES BARRIOS NATALIA ANDREA	230301	2	$113,411	$18,200	EPS005	2	$113,411	$4,600	CCF21	2	$113,411	$0	14-7	2	$113,411	$0	2	$0	$0
2	CC	1033792061	PORTILLA GARZON VALENTINA	230301	2	$133,333	$21,400	EPS017	2	$133,333	$0	CCF21	2	$133,333	$0	14-7	2	$133,333	$0	2	$0	$0
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 1 (1 Afiliados)						$1,587,750	$254,100			$1,587,750	$63,600			$1,587,750	$63,600			$1,587,750	$8,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,587,750	$254,100			$1,587,750	$63,600			$1,587,750	$63,600			$1,587,750	$8,300		$0	$0
3	CC	1075225207	CORTES BARRIOS NATALIA ANDREA	230301	28	$1,587,750	$254,100	EPS005	28	$1,587,750	$63,600	CCF21	28	$1,587,750	$63,600	14-7	28	$1,587,750	$8,300	28	$0	$0
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 5 (17 Afiliados)						$47,766,667	$7,712,700			$47,766,667	$1,910,700			$49,243,597	$1,969,800			$47,766,667	$3,324,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (17 Afiliados)						$47,766,667	$7,712,700			$47,766,667	$1,910,700			$49,243,597	$1,969,800			$47,766,667	$3,324,700		$0	$0
4	CC	1022385179	AYALA FORERO BRAYAN ESTIVEN	230301	30	$2,800,000	$448,000	EPS008	30	$2,800,000	$112,000	CCF21	30	$4,276,930	$171,100	14-7	30	$2,800,000	$194,900	30	$0	$0
5	CC	1023021403	CASTRO PIRACOCA DUBAR DAVIANNY	25-14	30	$2,000,000	$320,000	EPS008	30	$2,000,000	$80,000	CCF21	30	$2,000,000	$80,000	14-7	30	$2,000,000	$139,200	30	$0	$0
6	CC	1012328912	CASTRO NIETO LEIDY ESMERALDA	230301	30	$2,500,000	$400,000	EPS005	30	$2,500,000	$100,000	CCF21	30	$2,500,000	$100,000	14-7	30	$2,500,000	$174,000	30	$0	$0
7	CC	1019074234	ESCOBAR LEAL JULIAN ALEXIS	230301	30	$2,000,000	$320,000	EPS010	30	$2,000,000	$80,000	CCF21	30	$2,000,000	$80,000	14-7	30	$2,000,000	$139,200	30	$0	$0
8	CC	52382758	HORMAZA LOZANO SANDRA MILENA	230201	30	$7,000,000	$1,190,000	EPS008	30	$7,000,000	$280,000	CCF21	30	$7,000,000	$280,000	14-7	30	$7,000,000	$487,200	30	$0	$0
9	CC	1024522732	JULIO RUIZ SAID ALONSO	230301	30	$2,500,000	$400,000	EPS008	30	$2,500,000	$100,000	CCF21	30	$2,500,000	$100,000	14-7	30	$2,500,000	$174,000	30	$0	$0
10	CC	1013590546	LOAIZA RODRIGUEZ JERFENSON ARNULFO	231001	30	$2,500,000	$400,000	EPS008	30	$2,500,000	$100,000	CCF21	30	$2,500,000	$100,000	14-7	30	$2,500,000	$174,000	30	$0	$0
11	CC	1030644038	MARTINEZ RODRIGUEZ CRISTIAN CAMILO	230301	30	$2,000,000	$320,000	EPS010	30	$2,000,000	$80,000	CCF21	30	$2,000,000	$80,000	14-7	30	$2,000,000	$139,200	30	$0	$0
12	CC	80116087	MELO RINCON CIRO ANTONIO	25-14	30	$2,500,000	$400,000	EPS002	30	$2,500,000	$100,000	CCF21	30	$2,500,000	$100,000	14-7	30	$2,500,000	$174,000	30	$0	$0
13	CC	12198058	PEDREROS DIAZ JUAN FERNANDO	25-14	30	$2,500,000	$400,000	EPS002	30	$2,500,000	$100,000	CCF21	30	$2,500,000	$100,000	14-7	30	$2,500,000	$174,000	30	$0	$0
14	CC	1101752159	PINZON CORTES JUAN CARLOS	25-14	30	$3,500,000	$560,000	EPS008	30	$3,500,000	$140,000	CCF21	30	$3,500,000	$140,000	14-7	30	$3,500,000	$243,600	30	$0	$0
15	CC	1033792061	PORTILLA GARZON VALENTINA	230301	28	$1,866,667	$298,700	EPS017	28	$1,866,667	$74,700	CCF21	28	$1,866,667	$74,700	14-7	28	$1,866,667	$130,000	28	$0	$0
16	CC	1051822295	RODRIGUEZ VASQUEZ VANESSA	230301	30	$3,500,000	$560,000	EPS010	30	$3,500,000	$140,000	CCF21	30	$3,500,000	$140,000	14-7	30	$3,500,000	$243,600	30	$0	$0
17	CC	1026280172	ROZO RIVERA LIZETH VANESSA	230301	30	$2,500,000	$400,000	EPS005	30	$2,500,000	$100,000	CCF21	30	$2,500,000	$100,000	14-7	30	$2,500,000	$174,000	30	$0	$0
18	CC	79838555	RUBIO GALINDO CAMILO ANDRES	230301	30	$3,500,000	$560,000	EPS002	30	$3,500,000	$140,000	CCF21	30	$3,500,000	$140,000	14-7	30	$3,500,000	$243,600	30	$0	$0
19	CC	1022958693	TOCUA PINZON FABIAN	230201	30	$2,000,000	$320,000	EPS017	30	$2,000,000	$80,000	CCF21	30	$2,000,000	$80,000	14-7	30	$2,000,000	$139,200	30	$0	$0
20	CC	1018510121	TOVAR JIMENEZ LUIS CARLOS	230301	30	$2,600,000	$416,000	EPS010	30	$2,600,000	$104,000	CCF21	30	$2,600,000	$104,000	14-7	30	$2,600,000	$181,000	30	$0	$0
Total			**Afiliados(18)**			$49,601,161	$8,006,400			$49,601,161	$1,978,900			$51,078,091	$2,033,400			$49,601,161	$3,333,000		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 813008120	1	PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PA BOGOTA	CALLE 104 NO 14 A 45	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2150482	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-08	2023-09	34362827	9456168956	E	2023/09/06	2023/09/11	BANCOLOMBIA		$15,436,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				18	$8,006,400	$0	$8,050,300
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$400,000	$0	$402,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	4	$1,680,000	$0	$1,689,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	11	$4,416,400	$0	$4,440,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	2	$1,510,000	$0	$1,518,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				18	$3,333,000	$0	$3,351,300
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	18	$3,333,000	$0	$3,351,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				18	$2,033,400	$0	$2,044,600
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	18	$2,033,400	$0	$2,044,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				18	$1,978,900	$0	$1,990,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	6	$812,000	$0	$816,500
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	4	$404,000	$0	$406,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	$154,700	$0	$155,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	3	$340,000	$0	$341,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$268,200	$0	$269,700
TOTAL				**18**	**$15,351,700**	**$0**	**$15,436,200**

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	901027917-4	HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS S.A.S	CALLE 68 G SUR # 49 D 52	3057505025	homeservicespecialistas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	C – MIPYME			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
					3	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-09	2023-08	E	06/09/2023	70728084	$1.547.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	145.000	0		0		0	0	0	0	145.000	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	290.000	0		0		0	0	0	0	290.000	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	556.800	0	0	0	0	0	0		556.800	3

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	242.400				242.400	0	0	242.400			1.616	242.400	3

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	139.200	0	0	139.200	3

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
46.400	0	0	69.600	3
ICBF				
69.600	0	0	104.400	3
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	435.000	435.000
Pensión	1	556.800	556.800
Riesgos Laborales	1	242.400	242.400
CCF	1	139.200	139.200
ESAP	0	0	0
ICBF	1	104.400	104.400
MEN	0	0	0
SENA	1	69.600	69.600
TOTALES	7	1.547.400	1.547.400

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador

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	901027917-4	HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS S.A.S	CALLE 68 G SUR # 49 D 52	3057505025	homeservicespecialistas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		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
					3	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-09	2023-08	E	06/09/2023	70728084	$1.547.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1024480567	BARAJAS FARFAN DIANA PATRICIA	1	0			N																	230201	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS005	1.160.000	145.000	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	1.160.000	23.200	34.800	0	0
2	CC	5864631	CALDERON JOHN FREDY	1	0			N	X																230201	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS005	1.160.000	145.000	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	1.160.000	23.200	34.800	0	0
3	CC	1000212989	NAVARRETE BOLIVAR CAMILO ANDRES	1	0			N																	230201	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPSC34	1.160.000	145.000	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	1.160.000	23.200	34.800	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador

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	901027917-4	HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS S.A.S	CALLE 68 G SUR # 49 D 52	3057505025	homeservicespecialistas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		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: 4 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-08	2023-08	Y	06/09/2023	69877680	$1.790.600

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	580.000	0		0		0	0	0	0	580.000	3
EPS042	EPS COOSALUD	900226715-3	145.000	0		0		0	0	0	0	145.000	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	371.200	0	0	0	0	0	0		371.200	2
230301	Porvenir	800224808-8	185.600	0	0	0	0	0	0		185.600	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	185.600	0	0	0	0	0	0		185.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	323.200				323.200	0	0	323.200			6.275	323.200	4

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	2	725.000	725.000
Pensión	3	742.400	742.400
Riesgos Laborales	1	323.200	323.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	9	1.790.600	1.790.600

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador

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	901027917-4	HOME SERVICE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS S.A.S	CALLE 68 G SUR # 49 D 52	3057505025	homeservicesespecialistas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	C – MIPYME			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
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-08	2023-08	Y	06/09/2023	69877680	$1.790.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1023866535	PRIETO ZAMUDIO ANDERSON STEVEN	59	0			N																	230201	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS002	1.160.000	145.000	14-11	1.160.000	5	80.800		0	0	0	0	0	0	0	0
2	CC	1149452447	MARTINEZ BARRANTES GERMAN YESID	59	0			N															7		230201	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS002	1.160.000	145.000	14-11	1.160.000	5	80.800		0	0	0	0	0	0	0	0
3	CC	80880058	GONZALEZ CESPEDES JAVIER ANTONIO	59	0			N																	25-14	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS002	1.160.000	145.000	14-11	1.160.000	5	80.800		0	0	0	0	0	0	0	0
4	PE	835051825042000	MEDINA CARDOZO PEDRO JOSE	59	0			N																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS042	1.160.000	145.000	14-11	1.160.000	5	80.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador

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	900334403-3	ARQUITECTURA Y DISEÑO MODULAR SAS	CALLE 150 A 48 96 OFICINA 306	3058758474	direccionproyectos.arquitec@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-08	2023-08	Y	01/09/2023	70527146	$1.738.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	290.000	0		0		0	0	0	0	290.000	2
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	145.000	0		0		0	0	0	0	145.000	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	145.000	0		0		0	0	0	0	145.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	556.800	0	0	0	0	0	0		556.800	3
25-14	Colpensiones	900336004-7	185.600	0	0	0	0	0	0		185.600	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										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	323.200				323.200	0	0	323.200			3.232	323.200	4

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	92.800	0	0	92.800	4

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	3	580.000	580.000
Pensión	2	742.400	742.400
Riesgos Laborales	1	323.200	323.200
CCF	1	92.800	92.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	7	1.738.400	1.738.400

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900334403-3	ARQUITECTURA Y DISEÑO MODULAR SAS		CALLE 150 A 48 96 OFICINA 306	3058758474	direccionproyectos.arquitec@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-08	2023-08	Y	01/09/2023	70527146	$1.738.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	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	13993187	DUARTE TORRES JOSE ABELARDO	59	0			N																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS017	1.160.000	145.000	14-4	1.160.000	5	80.800	CCF22	1.160.000	23.200	0	0	0	0	0
2	CC	79647479	SANABRIA ROCHA LUIS FERNANDO	59	0			N																	25-14	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS037	1.160.000	145.000	14-4	1.160.000	5	80.800	CCF22	1.160.000	23.200	0	0	0	0	0
3	CC	9268295	MIRANDA MARTINEZ JOSE LUIS	59	0			N																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS002	1.160.000	145.000	14-4	1.160.000	5	80.800	CCF22	1.160.000	23.200	0	0	0	0	0
4	CE	1047518158	AYOLA TOBAR ALEXANDER	59	0			N																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS002	1.160.000	145.000	14-4	1.160.000	5	80.800	CCF22	1.160.000	23.200	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): JAVIER DARIO ROMERO
No. Identificación: CC80154437
Dirección: CL 40 B SUR 72 H -12
Telefono: 00000000
Correo: WELD@HOTMAIL.ES
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8367273153

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	JAVIER DARIO ROMERO
Tipo y número de identificación	CC80154437
Número de planilla	8367273153
Fecha pago	2023-09-01
Número de autorización pago	50799160
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2023
Periodo de Cotización Pensión	septiembre de 2023
Número de Administradoras	3
Total Pagado	461300
Total Intereses de Mora	0

PAGADA
8367273153

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	90600	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	208100	1
EPS008	Compensar EPS	162600	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 80154437
APELLIDOS Y NOMBRES: JAVIER DARIO ROMERO

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230201	1300606	1300606	1300606	0	162600	0	208100	0	90600	0

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

CERTIFICADOS STUDY AND WORK

MINISTERIO DEL TRABAJO

Bogotá D.C., junio 23 de 2023

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL 4272

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que JAVIER DARIO ROMERO , identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 80154437, registra la siguiente información de capacitación laboral:

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS TRABAJADOR AUTORIZADO
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: TECNACEL LTDA
ENTRENADOR: ANA JOAQUINA RAMIREZ PRADO
SEDE DONDE SE FORMÓ: BOGOTA 2
EMPLEADOR: H2O LIFE INNOVATION S.A.S
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 25/11/2022 a 28/11/2022
INTENSIDAD HORARIA: 32 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día junio 23 de 2023

ANEXO SST-12. AFILIACIONES PERSONAL DE INGRESO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9010341747
9010341747

No. de Radicación: 26693897

Fecha de Radicación: 23 08 2023

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ]	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: SALAS	Segundo Apellido: OLARTE	Primer Nombre: JHOJAN	Segundo Nombre: ESTITH

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1000850428	Femenino [ ] Masculino [X]	D 21 M 08 A 2000

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 [ ] Condición [ ]			AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	

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	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia

	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)
GENERAL SOLUTIONS MT SAS	NT	901332191	

39. Ubicación				
CRA 38 38 25 Dirección	4503622 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 23 M 08 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		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del departamento	Número de la ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: OBRERO DE CONSTRUCCION
71. Firma del funcionario		

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4010854756	2|3|0|8|2|0|2|3

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen
A. Afiliacion ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Conyuge ☐ A. Independiente -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. Pensionado ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

II. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
PEREA (Primer apellido)	ROMAÑA (Segundo apellido)	JESUS (Primer nombre)	EDUAR (Segundo nombre)
7.Tipo documento de identidad	**8.Número del documento de identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1 [illegible]4395	Femenino ☐ Masculino ☒	27|1||1|8|8|9

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo: F NIN Condicion: FP		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	PORVENIR PPC	1'[illegible]000

18.Residencia			
TV 16 B 33 52 SUR (Direccion)	5525584 (Telefono fijo)	(Telefono celular)	JESUSEPEREA@GMAIL.COM (Correo electronico)
BOGOTA (Municipio/Distrito)	zona: Urbana ☒ 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: F	I	M	Condicion: T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS OLAYA/ LOD DENTOLASER OLAYA	VSOLAYA DENTOOLAYA
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
GENERAL SOLUTIONS M T SAS	NIT	901332181	01

39.Ubicación				
CR 138 7 56 (Dirección)	8008781 (Telefono)	AFILIACIONSUBA@GMAIL.COM (Correo electronico)	BOGOTA (Municipio/distrito)	BOGOTA (Departamento)

No de Radicacion
4010854756

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación de 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 inscripción 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 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 de trámite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la cuidado de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la cuidado de pre-natal

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 ☐		27/09/2023

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46. ☐ Declaración de dependencias económicas 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 causas de fuerza mayor o caso fortuito que impidieron la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiario.
- 49. ☐ Declaración de no inscripción del cotizante cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- 50. ☐ Autorización para que la EPS solicite y consulte copia y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 51. ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- 52. ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- 53. ☒ Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD. ☐ SC ☐
  Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0
- ☐ 57. Copia de dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de nacimiento, o de la escritura pública de declaración o sentencia judicial que declare la paternidad
- ☐ 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 para de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 60. Copia resolución de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la calidad pensional, o el certificado de defunción de los padres o de la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consista la calidad de beneficiario o del régimen de afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

AXA COLPATRIA

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 400997 correspondiente a la empresa General Solutions M T Sas.

Empresa en misión EMPLEADOS DE PLANTA sucursal PRINCIPAL

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
JESUS EDUAR PEREA ROMAÑA	C.C.	1,129,364,395	24/08/2023	RIESGO V	6.960	CENTRO DE TRABAJO OPERATIVO

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 23 de agosto de 2023 a las 06:01:07 p.m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901332191
Número Afiliación:	400997
Razón social:	GENERAL SOLUTIONS M T SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1129364395
Nombre:	JESUS EDUAR PEREA ROMAÑA
Fecha Ingreso:	24/08/2023
Salario básico:	1,160,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	2
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	23/08/2023 06:00:30 p.m.

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901332191
Número Afiliación:	400997
Razón social:	GENERAL SOLUTIONS M T SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1000850428
Nombre:	JHOJAN ESTITH SALAS OLARTE
Fecha Ingreso:	24/08/2023
Salario básico:	1,160,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	2
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	23/08/2023 05:58:00 p.m.

Powered by CamScanner

Medellín, 29 de August 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 SOLUCIONES INTEGRALES M2 SAS.

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 %	
C1015993872	GIL VALBUENA OSCAR JULIAN	30/08/2023		n92y1572	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 29/08/2023 11:50:21 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.53.13.143, 192.230.86.6, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

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:

JHOJAN ESTITH SALAS OLARTE, identificado(a) con cédula de ciudadania **1.000.850.428**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Julio 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.

Powered by CamScanner

porvenir
sólo hay uno

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:

JESUS EDUAR PEREA ROMANA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.129.364.395**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 24 de Agosto 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.

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 JULIAN GIL VALBUENA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.015.993.872**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 29 de Agosto 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.

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:

FERNANDO PABON AGUILAR, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.965.762**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Septiembre 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.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CAMARGO OSPINA LUIS EDUARDO** identificado(a) con **CC** número **1.022.997.860** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 03 de abril de 2014 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 01 de septiembre 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

2023090109024

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) LUNA BOHORQUEZ ROBINSON STEVEN identificado(a) con C.C No. 1001182057, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 06 de s e p t i e m b r e del 2023.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ORDUZ CARDOZO WILSON** identificado(a) con **CC** número **1.013.595.514** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de noviembre de 2008 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 01 de septiembre 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

2023090110081

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.170.043-7

CERTIFICA QUE:

CRISTIAN HERNANDO GONZALEZ RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.023.931.367**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**.

La presente certificación se expide el 30 de Agosto del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) PEREZ CONTRERAS DAYMITH identificado(a) con C.C No. 77,132,838 se encuentra afiliado(a) a Pensiones Obligatorias desde el día 06 de mayo de 2009 y sus recursos están distribuidos como se detalla a continuación de conformidad con lo consagrado por el Decreto 2373 de 2010: El 1,00,00% al FONDO MODERADO desde el día 30 de noviembre de 0002, y el 1,00,00% de sus aportes se encuentran en el FONDO MAYOR RIESGO desde el día 05 de marzo de 2019.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 30 de agosto de 2023

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado, comuníquese con nuestro Contact Center al 7484888 en Bogotá, 3869888 en Barranquilla, 6985888 en Bucaramanga, 4899888 en Cali, 6949888 en Cartagena, 6042888 en Medellín, gratis desde el resto del país al 018000510000.



Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

30-08-2023 11:09

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ALONSO CALVO ESTEINER ALEJANDRO** identificado(a) con **CC** número **1.023.920.447** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 31 de mayo de 2012 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 04 de septiembre 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

2023090416050

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JORGE ARMANDO PEÑUELA PENAGOS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79799867,** se encuentra afiliado/a desde **01/05/2007** 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 30 de agosto 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.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JUAN CARLOS PEREZ CONTRERAS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **77104701,** se encuentra afiliado/a desde **31/08/2006** 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 30 de agosto 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.

Medellín, 05 de September 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 STOR CONSTRUCCIONES SAS.

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 DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C79965762	PABON AGUILAR FERNANDO	06/09/2023		13891399	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 05/09/2023 11:32:48 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.156.154.103, 192.230.104.6, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 01 de September 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 STOR CONSTRUCCIONES SAS.

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 DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1022997860	CAMARGO OSPINA LUIS EDUARDO	02/09/2023		19164238	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 01/09/2023 09:04:36 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.156.52.215, 192.230.86.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 06 de September 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 STOR CONSTRUCCIONES SAS.

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 DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1001182057	LUNA BOHORQUEZ ROBINSON STEVEN	07/09/2023		44221M20	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 06/09/2023 13:27:07 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.48.13, 192.230.104.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 01 de September 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 STOR CONSTRUCCIONES SAS.

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 DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1013595514	ORDUZ CARDOZO WILSON	02/09/2023		k2084B42	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 01/09/2023 10:10:16 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.156.50.120, 198.143.41.26, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 30 de August 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 STOR CONSTRUCCIONES SAS.

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 DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1023931367	GONZALEZ RODRIGUEZ CRISTIAN HERNANDO	31/08/2023		227136CZ	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 30/08/2023 14:22:58 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.62.83, 192.230.104.6, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 30/08/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	900663872	**Cédula Usuario:**	CC 79954683
Nombre:	INERZIA INGENIERIA SAS				
Dirección:	CL 106 54 93 OF 510				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	GERENCIA@INERZIA.COM.CO				
Teléfono:	3123373365		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411101 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METALICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALES EXISTENTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 79954683	JULIO ANDRES LARA GARAY

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	108	31/08/2023	CC 77132838	PEREZ CONTRERAS DAYMITH	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

D25A7B1F2C886FE519B4B25F33E584BE Certificado impreso el día 8/30/2023 11:16:35 AM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

DAYMITH
PEREZ CONTRERAS
77132838
INERZIA INGENIERIA SAS
900663872

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 04/09/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	900663872	**Cédula Usuario:**	CC 79954683
Nombre:	INERZIA INGENIERIA SAS				
Dirección:	CL 106 54 93 OF 510				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	GERENCIA@INERZIA.COM.CO				
Teléfono:	3123373365		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411101 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METALICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALES EXISTENTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 79954683	JULIO ANDRES LARA GARAY

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	111	05/09/2023	CC 1023920447	ALONSO CALVO ESTEINER	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MRS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

7A6304A1557489748E02611B43C4E9CC Certificado impreso el día 9/4/2023 4:20:12 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

ESTEINER ALEJADRO
ALONSO CALVO
1023920447

INERZIA INGENIERIA SAS
900663872

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 30/08/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	900663872	**Cédula Usuario:**	CC 79954683
Nombre:	INERZIA INGENIERIA SAS				
Dirección:	CL 106 54 93 OF 510				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	GERENCIA@INERZIA.COM.CO				
Teléfono:	3123373365		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411101 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METALICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALES EXISTENTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 79954683	JULIO ANDRES LARA GARAY

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	107	31/08/2023	CC 79799867	PEÑUELA PENAGOS JORGE	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

D25A7B1F2C886FE519B4B25F33E584BE Certificado impreso el día 8/30/2023 11:15:12 AM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

JORGE ARMANDO
PEÑUELA PENAGOS
79799867
INERZIA INGENIERIA SAS
900663872

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 30/08/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	900663872	**Cédula Usuario:**	CC 79954683
Nombre:	INERZIA INGENIERIA SAS				
Dirección:	CL 106 54 93 OF 510				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	GERENCIA@INERZIA.COM.CO				
Teléfono:	3123373365		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411101 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METALICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALES EXISTENTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 79954683	JULIO ANDRES LARA GARAY

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	109	31/08/2023	CC 77104701	PEREZ CONTRERAS JUAN	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

D25A7B1F2C886FE519B4B25F33E584BE Certificado impreso el día 8/30/2023 11:19:31 AM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

JUAN CARLOS
PEREZ CONTRERAS
77104701

INERZIA INGENIERIA SAS
900663872

Medellín, 31 de Agosto 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 RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A como trabajadores de MEN INGENIERIA SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - OPERATIVO Y ADMINISTRATIVO, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1023860143	GONZALEZ LONDOÑO JHON ALEJANDRO	01/10/2022		H126¹175	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:C797143542324331207

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 31/08/2023 08:40:03 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.55.182.119, 198.143.41.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) EDWIN ALEJANDRO NAVARRO HERNANDEZ identificado(a) con CC 1012463064 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	28/08/2023
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	BIENESTAR IPS SEDE BOSA
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 3 días del mes de agosto del año 2023.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

Nueva EPS S.A

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:

VILVER EFREN CASTAÑEDA ARCE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.116.912.625**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 31 de Agosto 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.

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.170.043-7

CERTIFICA QUE:

PEDRO ALEXANDER GOMEZ GUTIERREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.156.445**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**.

La presente certificación se expide el 31 de Agosto del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

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:

JHON ALEJANDRO GONZALEZ LONDOÑO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.023.860.143**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 31 de Agosto 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.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GUARNIZO QUINTERO JULIAN CAMILO** identificado(a) con **CC** número **1.019.085.323** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 11 de noviembre de 2011 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 31 de agosto 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

2023083108553

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:

EDWIN ALEJANDRO NAVARRO HERNANDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.012.463.064**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 1 de Septiembre 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, 31 de Agosto 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 RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A como trabajadores de MEN INGENIERIA SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - OPERATIVO Y ADMINISTRATIVO, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1116912625	CASTAÑEDA ARCE VILVER EFREN	16/02/2023		12319337	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:C797143542324331551

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 31/08/2023 08:45:47 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.55.182.119, 198.143.41.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 31 de Agosto 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 RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A como trabajadores de MEN INGENIERIA SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - OPERATIVO Y ADMINISTRATIVO, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C80156445	GOMEZ GUTIERREZ PEDRO ALEXANDER	01/10/2022		692203d3	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:C797143542324331383

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 31/08/2023 08:43:00 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.55.182.119, 198.143.41.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EPS | sura ARL | sura

Medellín, 31 de Agosto 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 RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A como trabajadores de MEN INGENIERIA SAS.

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 OPERATIVO Y ADMINISTRATIVO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96%	
C1019085323	GUARNIZO QUINTERO JULIAN CAMILO	29/04/2023		IR237189	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:C10190853232324332962

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 31/08/2023 09:09:22 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.55.182.119, 198.143.41.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **EDWIN ALEJANDRO NAVARRO HERNANDEZ** con **CC** No. **1012463064**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
Empleador: NI 901413267 - SOLUCIONES M & M H2O SAS	**Fecha de última cobertura:** 02/08/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** LIMPIADOR **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301018160972.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 9 días del mes de agosto de 2023.

Cordialmente

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

MIS_4_1_3_FR15 v.06

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) VILVER EFREN CASTAÑEDA ARCE identificado(a) con CC 1116912625 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/11/2017
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	BIENESTAR IPS S.A.S. CHAPINERO
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 31 días del mes de agosto del año 2023.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

Nueva EPS S.A

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JULIAN CAMILO GUARNIZO QUINTERO identificado(a) con CC 1019085323 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	21/12/2017
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 31 días del mes agosto del 2023 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional
NIT. 800.251.440-6
CÓDIGO 005. República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

790711146

Fecha de Radicación: 05 09 2023

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

1. Tipo de trámite	A. Afiliación		**2. Tipo de Afiliación**	A. Individual	- Cotizante o Cabeza de Familia	X	B. Colectiva		D. De Oficio		**3. Régimen**	A. Contributivo	X
	B. Reporte de Novedades	X			- Beneficiario o Afiliado adicional		C. Institucional					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)							

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
PABOM	AGUILAR	FERNANDO	

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	79965762	Femenino / Masculino X	01 01 1978

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo / Condición		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
SURA	PORVENIR	1160000

18. Residencia Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
CRA 2 N 54 J 33 SUR		3115850256	FERNNDO.PABON@GMAIL.COM

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
VILLAVICENCIO	Urbana X / Rural	CENTRO	META

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	DD MM AAAA

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 documento 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					33. Valor de la UPC del afiliado adicional
	Municipio / Distrito	Zona		Departamento	Teléfono fijo y/o Celular	(A registrar por la E.P.S.)
		Urbana	Rural			
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la I.P.S. Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (A registrar por la E.P.S.)
C	EPS SANITAS CENTRO MEDICO VILLAVICENCIO	
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 (A registrar por la E.P.S.)
STOR CONSTRUCCIONES SAS	N I T	901448807	

39. Ubicación Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CRA 44 A N 78 72 SUR	3134993977	STORCONSTRUCCIONES@GMAIL.COM	BOGOTÁ	BOGOTÁ

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino	Sexo: Masculino	Fecha de Radicación	42. Fecha
[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]		[ ]	[ ]		05 09 2023

43. EPS Anterior	44. Motivo de Traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	Código [ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [ ] 47. Declaración de la NO obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [X] 49. Declaración de NO internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [X] 50. Autorización para que la E.P.S. solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [X] 51. Autorización para que la E.P.S. reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [X] 52. Autorización para que la E.P.S. 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 E.P.S. envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje 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
Fernando pabom aguilar	

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	CE	PA	CD	SC	Total
Cantidad									

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del Registro Civil de Matrimonio o de la Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la unión marital
- [ ] 59. Copia de la Escritura Pública o Sentencia Judicial que declare el divorcio, Sentencia Judicial que declare la separación de cuerpos y Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la terminación de unión marital
- [ ] 60. Copia del Certificado de Adopción o Acta de Entrega del menor
- [ ] 61. Copia de la Orden Judicial o del Acto Administrativo de Custodia
- [ ] 62. Documento 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 Ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
001	50				05 09 2023	DD MM AAAA

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones:

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial	Sello de radicación	Sticker procesamiento
ASESORES COMERCIALES INTEGRALES LIMITADA. C.C. No. 900.282.038	EPS SANITAS RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS Recibido por: A.C.I Fecha: 05-09-2023	

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

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9010366376
9010366376

No. de Radicación: 26735043

Fecha de Radicación: 01 09 2023

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: CAMARGO	Segundo Apellido: OSPINA	Primer Nombre: LUIS	Segundo Nombre: EDUARDO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo		10. Fecha de nacimiento
CC	1022997860	Femenino	Masculino X	D D: 24 M M: 08 A A A A: 1994

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$1.160.000	CRA 44 N 78 72		3134993	3134993977
Correo electrónico	BOGOTA	Zona: Urbana X Rural	Localidad / Comuna	DISTRITO CAPITAL

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 (D D M M A A A A)	Datos complementarios 29. Parentesco	30. Etnia
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PLAZA DE LAS AMERICAS	7444
B		
B		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
STOR CONSTRUCCIONES SAS	NT	901448807	

39. Ubicación				
CR 44 A 78 72 SUR	3134993977	storconstrucciones@gmail.	BOGOTA (Municipio / Distrito)	DISTRITO CAPITAL (Departamento)

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo		Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino	Masculino	D D M M A A A A	01 09 2023

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
CAPITAL SALUD E.P.S.	Código: 1	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

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

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

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

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

71. Firma del funcionario

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

VIGILADO Supersalud

PONTEGO S.A. NIT 860.315.442-3 TEL. (1)324 83 99

07/2015

INTERNET

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9010366376

9010366376

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

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

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

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

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

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

Firma del afiliado: Luis Eduardo Camargo

Nombres y Apellidos LUIS EDUARDO CAMARGO OSPINA

Identificación: CC 1022997860

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

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

SI ☐ **NO** X

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos LUIS EDUARDO CAMARGO OSPINA

Identificación: CC 1022997860

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

FIRMA A RUEGO

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

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

_____

Firmante a Ruego:

_____

Nombres y Apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de Domicilio: _____

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

Huella

Salud Total.

BOGOTA, Septiembre 4 de 2023

Señor:
LUNA BOHORQUEZ ROBINSON STEVEN
CC. 1001182057
TV 44 BIS 78 35 SUR - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F055. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Octubre 30 de 2020. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
LUNA BOHORQUEZ ROBINSON STEVEN	1001182057	C	Oct-30-2020	97	36	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razon social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ACCION DEL CAUCA SAS	1001182057	Dependiente	CERRADO
ALIANZA TEMPORALES SAS	1001182057	Dependiente	CERRADO
BARRIO DE COLOMBIA SA	1001182057	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854655.

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

NIT 800.130.907-4

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

CODIGO DE BARRAS

No. DE RADICACIÓN: 092382980

Fecha de Radicación: D 0 2 M 0 9 A 2 0 2 3

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: [X] -Cotizante o Cabeza de Familia [ ] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

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):

A. AFILIACIÓN

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
WILSON		ORDUZ	CARDOZO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1.013.595.514	Femenino [ ] Masculino [X]	D 1 7 M 1 0 A 1 9 8 7

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]		

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
SURA	PROTECCION	1.160.000

18. Residencia			
Dirección: CALLE28 SUR # 99-31 ESTE	Teléfono Fijo: 4540737	Teléfono Celular: 3229187749	Correo electrónico: wilson.orduz@gmail.com
Municipio/Distrito: BOGOTA	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad/Comuna: CIUDAD BOLIVAR	Departamento: BOGOTA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

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

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

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tip de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
STOR CONSTRUCCIONES SAS	NIT	901448807	

39. Ubicación				
Dirección: KR 44# 18-65	Teléfono: 3132371860	Correo electrónico: storconstruccione@gmail.com	Municipio/Distrito: BOGOTA	Departamento: BOGOTA

ORIGINAL EPS

COPIA APORTANTE

M-PYGA-F001 V 2.0-2020

VIGILADO Supersalud
FORTECO S.A. NIT. 860.513.452 - 8

Anexo 2
INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

La información que se registre en este formulario es muy importante para el SGSSS, por favor, para su diligenciamiento, utilice tinta de color negro, escriba en letra de imprenta, sin tachones ni enmendaduras, y siga las instrucciones de este documento.

ENCABEZADO
Logo de la EPS: Espacio destinado a la EPS.
Número de radicación: número que la EPS asigna en forma consecutiva a cada trámite que realizan los cotizantes, cabezas de familia, beneficiarios u otros autorizados.
Fecha de radicación: Este dato corresponde a la fecha en que la EPS recibe físicamente el formulario de afiliación o de reporte de novedades, registrado generalmente con un fechador mecánico o eléctrico.
Quien realiza el trámite debe verificar que la fecha registrada corresponda efectivamente a la fecha en que este se realiza ante la EPS.

CAPÍTULO I. DATOS DEL TRÁMITE
Estos datos se refieren a la descripción de la operación, trámite o transacción que se realiza mediante la suscripción del FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REPORTE DE NOVEDADES, por tanto, son obligatorios para el cotizante, cabeza de familia, beneficiario, empleador, entidad o institución autorizada, cuando se registre una afiliación o se reporte alguna novedad.
1. Tipo de trámite
A. Afiliación:
Aplica cuando se ingresa por primera vez al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, en condición de cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional.
B. Reporte de novedades:
Aplica cuando se reporta algún cambio en los datos de identificación, datos complementarios o en la condición de la afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliado adicional, según el/los tipo (s) de novedades relacionadas en el campo 40.
2. Tipo de afiliación
A. Individual:
La opción de afiliación individual aplica cuando el cotizante o el cabeza de familia realizará directamente la afiliación y el reporte de novedades, y no a través de otras personas, entidades o instituciones.
Se debe colocar una X en la opción que corresponda: cotizante, cabeza de familia o beneficiario.
B. Colectiva:
La opción aplica cuando un trabajador independiente o un miembro de una comunidad o congregación religiosa realiza afiliación, reporte de novedades y pago de aportes al SGSSS a través de asociaciones, agremiaciones o congregaciones religiosas autorizadas para realizar afiliaciones colectivas.
C. Institucional:
La opción institucional aplica cuando la persona que se va a afiliar se encuentra a cargo de una institución de protección y la institución es responsable de hacer el trámite.
D. De oficio:
La opción de oficio aplica cuando la afiliación es realizada por la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social — UGPP, el empleador o la entidad administradora de pensiones cuando el afiliado no ha hecho la selección, la entidad territorial cuando la persona cumpla los requisitos para pertenecer al régimen subsidiado y se rehúse a ello, y los prestadores de servicios de salud en el caso del recién nacido de padres no afiliados. También aplica cuando la afiliación de los beneficiarios es realizada por las Comisarías de Familia, los defensores de familia, las Personerías Municipales.
3. Régimen:
Marque con una X, según si la afiliación o el reporte de la novedad se realiza en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado.
4. Tipo de afiliado:
Marque con una X la opción correspondiente a la condición de quien realiza la afiliación o reporta la novedad:
Cotizante: Aplica cuando la persona que se afilia o reporta la novedad está obligada a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS en el Regimen Contributivo.
Cabeza de familia: Aplica cuando la persona que se afilia o que reporta la novedad se registra o se ha registrado como cabeza de su núcleo familiar en el Régimen Subsidiado.
Beneficiario: Es la persona que integra el núcleo familiar y reúne las condiciones para ser inscrito como beneficiario de un cotizante en el Régimen Contributivo o de un cabeza de familia en el Régimen Subsidiado.
5. Tipo de cotizante:
Marque con una X la opción que corresponda:
Dependiente: Si el cotizante tiene un empleador mediante una relación laboral y comparte con éste el pago de los aportes a salud y pensiones.
Independiente: Si el cotizante no está vinculado a un empleador mediante una relación laboral y por tanto, no comparte el pago de sus aportes sino que los asume en la totalidad.
Pensionado: Si el cotizante goza de una pensión y el pago del aporte a salud se encuentra a su cargo.
Código: Este espacio debe ser diligenciado por la EPS, y corresponde al código de cotizante establecido en la base de datos de afiliados vigente.
A. AFILIACION
Si la afiliación es individual o colectiva, se debe:
- Diligenciar los espacios de los capítulos II y III, correspondientes a los datos básicos de identificación y complementarios del cotizante o del cabeza de familia.
- Diligenciar los datos del capítulo IV si el cotizante o cabeza de familia tiene beneficiarios, en el mismo trámite de afiliación.
- Diligenciar los datos del capítulo V, relativos al empleador si el afiliado es dependiente. y si es un trabajador independiente vinculado a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, registrar los datos de la asociación, agremiación o congregación religiosa.
- Marcar con una X, en el capítulo VII, las declaraciones y autorizaciones que correspondan.
- Diligenciar en el capítulo VIII Firmas, los campos 54 y/o 55 según el caso.
- Marcar con una X, en el capítulo IX, los documentos de identidad de las personas que se afilian y los anexos que acreditan la condición de sus beneficiarios, según corresponda.

Si la afiliación es institucional o de oficio, la institución o entidad debe:
- Diligenciar los espacios de los capítulos II y III con los datos de la persona que se va a afiliar, en condición de cotizante o cabeza de familia. Los niños de padres no afiliados que afilia la IPS lo hacen en condición de cabeza de familia hasta tanto sus padres realicen la afiliación.
- Diligenciar los datos del capítulo IV si tiene información de los beneficiarios de la persona que se va a afiliar, o si la persona que se va a afiliar tiene la calidad de beneficiario de un cotizante en el caso de la afiliación de oficio en los términos del artículo 35 del Decreto 2353 de 2015.
- Diligenciar los datos del capítulo V relativos a la entidad responsable de la afiliación institucional o de oficio. En el caso de Entidades Territoriales estas deberán registrar los datos del capítulo X.
- Marcar con una X en el capítulo VII las declaraciones y autorizaciones que correspondan. En el caso de las afiliaciones de oficio solo podrán marcar los numerales 51, 52 y 53.
- Diligenciar el capítulo VIII Firmas, firmando en el campo 55 "Empleador, Aportante o Entidad responsable para la afiliación colectiva, institucional o de oficio".
- Marcar con una X, en el capítulo IX, el documento de identidad de la(s) persona(s) que se va(n) a afiliar y los anexos que correspondan.
- Diligenciar los datos del capítulo X cuando la Entidad Territorial es la que realiza la afiliación.

CAPÍTULO II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o del cabeza de familia)
Los datos básicos de identificación son aquellos que permiten la plena identificación del cotizante o cabeza de familia y deben coincidir con los del documento expedido por la entidad competente. Estos son:
6. Apellidos y nombres:
Estos datos deben ser registrados en las casillas correspondientes, en forma idéntica a como aparecen en el documento de identidad.
- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad:
Debe colocar en el espacio el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la siguiente tabla:

CN	**El Certificado de Nacido Vivo,** es el documento expedido por la Institución Prestadora de Servicios (IPS) donde nació el neonato. Solo tiene validez para realizar la afiliación, y máximo hasta el tercer mes de vida. Debe ser reemplazado por el registro civil.
RC	**El Registro Civil de Nacimiento,** es el documento expedido por una notaría pública con el que se identifican los menores de 7 años. Debe ser reemplazado por la tarjeta de identidad.
TI	**La Tarjeta de Identidad,** es el documento expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil con el que se identifican los menores entre 7 y 17 años. Debe ser reemplazada por la cédula de ciudadanía.
CC	**La Cédula de Ciudadanía,** es el documento expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil, con el que se identifican las personas al cumplir 18 años de edad.
CE	**La Cédula de Extranjería,** es el documento de identificación expedido por Migración Colombia, que se otorga a los extranjeros titulares de una visa superior a 3 meses y a sus beneficiarios, con base en el Registro de Extranjeros. La Vigencia de la Cédula de Extranjería será por un término de cinco años.
PA	**El Pasaporte** es el documento que acredita la identidad de un extranjero que cuenta con una visa para trabajar en Colombia y no se encuentra obligado a tramitar una cédula de extranjería, y de los extranjeros menores de 7 años.
CD	**Carné Diplomático,** es el documento que identifica a extranjeros que cumplen funciones en las embajadas, legaciones, consulados y delegaciones en representación de gobiernos extranjeros.
SC	**Salvoconducto de Permanencia,** es un documento de carácter temporal expedido por la Unidad Administrativa Especial de Migración Colombia a los extranjeros que deban permanecer en el país mientras resuelven su situación de Refugiados o Asilados. Tiene una validez de tres meses y debe ser renovado o sustituido por la cédula de extranjería.

8. Número del documento de identidad:
Es el número con el cual se identifica como persona única y debe registrarlo exactamente como figura en el documento de identidad.
Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial. Verifique que lo ha registrado completo.
9. Sexo:
Marque con una X, la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.
10. Fecha de nacimiento:
Registre la fecha de nacimiento como figura en el documento de identidad: día, mes y año.

CAPÍTULO III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales:
Estos datos deben registrarse para el cotizante en el Régimen Contributivo y para el cabeza de familia en el Régimen Subsidiado, según corresponda.
11. Etnia:
En este espacio debe registrar el código correspondiente a la etnia, en caso de pertenecer a alguna de ellas, tal como aparece en la tabla:

01	Indígena.
02	Rom (gitano).
03	Raizal (San Andrés y Providencia)
04	Palenquero (San Basilio de Palenque).
05	Negro(a), afrocolombiano(a).

12. Discapacidad:
Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el cotizante o cabeza de familia tenga una discapacidad reconocida y calificada médicamente.

Tipo de discapacidad:
Marque con una X la opción: **F:** Física **N:** Neuro-sensorial **M:** Mental

Condición de discapacidad:
Marque con una X la opción: **T:** Temporal **P:** Permanente.
13. Puntaje SISBEN:
Este dato aplica solo para el Régimen Subsidiado. Debe registrar el puntaje obtenido en la encuesta Sisbén.

14. Grupo de población especial:
Este dato aplica solo para el Régimen Subsidiado. Si el cabeza de familia pertenece a un grupo de población especial debe colocar en el espacio el código correspondiente según la siguiente tabla.

02	Población infantil abandonada a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
06	Menores desvinculados del conflicto armado, a cargo del ICBF.
08	Población desmovilizada.
09	Víctimas del conflicto armado.
10	Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF.
11	Personas incluidas en el programa de protección a testigos.
16	Adultos mayores en centros de protección.
17	Comunidad indígena.
18	Población Rom.
22	Población privada de la libertad, que no esté a cargo del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad.
23	Personas que dejen de ser madres comunitarias y sean beneficiarias del subsidio de la subcuenta de Subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional.
24	Personas incluidas en el Registro Único de Damnificados por la deportación, expulsión, repatriación o retorno desde el territorio Venezolano.

Si la afiliación es individual o de oficio seleccione uno de los siguientes códigos: 08, 09, 11, 17, 18, 23, 24.
Si la afiliación es institucional seleccione uno de los siguientes códigos: 02, 06, 10, 16, 22.
15. Administradora de Riesgos Laborales — ARL:
Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo de los trabajadores dependientes. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Riesgos Laborales donde se encuentra afiliado.
16. Administradora de Pensiones:
Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Pensiones donde se encuentra afiliado.
17. Ingreso Base de Cotización — IBC:
Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el valor del salario o del ingreso mensual sobre el cual va a pagar los aportes al SGSSS.
18. Residencia:
Diligencie los datos del lugar donde reside el cotizante o cabeza de familia completos.
- Dirección de su residencia
- Teléfono (fijo o celular, o ambos)
- Correo electrónico
- Ciudad/Municipio o distrito
- Localidad/comuna si existen en su ciudad, municipio o distrito
- Zona: urbana o rural donde se ubica su residencia
- Departamento

En el caso de Bogotá, D.C., debe escribir en el campo departamento: Bogotá, D.C.

CAPÍTULO IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR
Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante.
Estos datos deben ser registrados solo cuando el cónyuge o compañero(a) permanente también cotiza al SGSSS. Si este no cotiza debe registrarse en los espacios de "Datos de identificación de los miembros del núcleo familiar" en el capítulo IV en la fila de primer beneficiario (B1).
Si al momento de la afiliación del cotizante el cónyuge o compañero(a) permanente está afiliado y cotiza, solo debe diligenciar sus datos básicos de identificación de estos espacios.
19. Apellidos y nombres:
Estos datos deben ser registrados en forma idéntica como figuran en el documento de identidad.
- **Primer apellido**
- **Segundo apellido**
- **Primer nombre**
- **Segundo nombre**

20. Tipo de documento de identidad:
Registre el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capítulo II de este instructivo.
21. Número del documento de identidad:
Registre el número exactamente como aparece en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado completo.
Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial. Verifique que lo ha registrado completo.
22. Sexo:
Marque con una X, la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.
23. Fecha de nacimiento:
Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad: día, mes y año.
Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales
En las filas identificadas con los códigos B1, B2, B3, B4 y B5 registre los datos de cada uno de los beneficiarios o afiliados adicionales que vaya a incluir en el trámite.
24. Apellidos y nombres:
Estos datos deben ser registrados en forma idéntica como figuran en el documento de identidad.
- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo nombre

25. Tipo de documento de identidad:
Coloque en el espacio el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capítulo II.
26. Número del documento de identidad:
Registre el número exactamente como figura en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado completo.
Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que figura en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial.
27. Sexo:
Marque con una X, la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.
28. Fecha de nacimiento:
Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad: día, mes y año.
Datos complementarios
29. Parentesco:
En este espacio debe colocar el código que corresponde al tipo de parentesco con el cotizante o cabeza de familia y que lo identifica como beneficiario o afiliado adicional, como aparece en la siguiente tabla:

CY	Cónyuge	Con relación formalizada mediante el vínculo matrimonial.
CP	Compañera(o) permanente incluyendo parejas del mismo sexo.	Con unión marital de hecho.
HI	Hijos menores de veinticinco (25) años de edad.	Que dependan económicamente del cotizante.
HD	Los hijos de cualquier edad.	Si tiene incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
HC	Los hijos del cónyuge o compañero o compañero permanente del afiliado, incluyendo los de las parejas del mismo sexo.	Si son menores de 25 años y dependen económicamente del cotizante, o de cualquier edad si presentan incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
HB	Los hijos de los beneficiarios.	Son los nietos del cotizante cuyo padre o madre es beneficiario del cotizante.
MD	Los menores de veinticinco (25) años o de cualquier edad, con incapacidad permanente.	Que dependan económicamente del cotizante y se encuentren hasta el tercer grado de consanguinidad, como consecuencia del fallecimiento de los padres, la pérdida de la patria potestad o la ausencia de éstos.
PD	Padres del cotizante.	Que no estén pensionados y dependan económicamente del cotizante, cuando este no inscribe como beneficiario al cónyuge o compañera(o) permanente o a los hijos.
MC	Menores de dieciocho(18) años en custodia.	Entregados en custodia legal al cotizante o cabeza de familia, por autoridad competente.
AA	Persona de cualquier edad como afiliado adicional.	Persona de cualquier edad que dependa económicamente del cotizante y se encuentra en el 4° grado de consanguinidad o 2° de afinidad, respecto de este.

30. Etnia:
Registre el código que aparece en la tabla del numeral 11 de este instructivo, correspondiente a la etnia en caso de pertenecer a alguna de ellas.
31. Discapacidad:
Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el beneficiario tenga una discapacidad reconocida y calificada médicamente.
Tipo de discapacidad:
Marque con una X la opción: **F:** Física **N:** Neuro-sensorial **M:** Mental
Condición de discapacidad:
Marque con una X: **T:** Temporal **P:** Permanente.
32. Datos de residencia:
Estos datos aplican solo para el Régimen Contributivo cuando los beneficiarios y afiliados adicionales residan en un municipio diferente al del cotizante.
- Municipio/Distrito
- Zona: urbana, rural
- Departamento
- Teléfono (fijo y/o celular)

33. Valor de la UPC del afiliado adicional:
Este dato debe ser diligenciado por la EPS para lo cual debe colocar el valor mensual del aporte (en números) correspondiente a cada afiliado adicional que se haya registrado.
Selección de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS primaria
34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud — IPS:
Registre el nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud primaria que ha sido seleccionada por el cotizante o cabeza de familia, dentro del listado de la Red de Prestadores que le presenten la EPS, así:
- En la fila identificada con la tetra C, la IPS seleccionada en el municipio de residencia del cotizante y los beneficiarios que convivan con él en el régimen contributivo, o del cabeza de familia y sus beneficiarios en el régimen subsidiado.
- En la(s) fila(s) identificada(s) con la letra B, sólo para el régimen contributivo, en la casilla vacía, registre el número del beneficiario del cotizante o afiliado adicional que resida en un municipio distinto al del cotizante y el nombre de la IPS en ese municipio.

La EPS debe registrar el código de la IPS primaria seleccionada por el afiliado.

CAPÍTULO V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO
Estos datos aplican a:
- El Empleador cuando el afiliado que hace el trámite es un trabajador dependiente y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige.
- Las entidades autorizadas para realizar la afiliación colectiva de trabajadores independientes o miembros de comunidades o congregaciones religiosas, entidades administradoras o pagadoras de pensiones, Cooperativas y Precooperativas de trabajo asociado, Cajas de Compensación Familiar cuando se trate de cotizantes que no tienen la calidad de dependientes y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige.
- Las Instituciones o entidades responsables de hacer la afiliación y reportar las novedades de las personas que se encuentran bajo su protección, o los empleadores, entidades e instituciones que tienen la competencia para realizar la afiliación o el reporte de novedades.

35. Nombre o Razón Social:
Escriba el nombre o razón social del empleador, otro tipo de aportante, pagador de pensiones o de las entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.
36. Tipo de documento de identificación:
Escriba el tipo de documento con el cual se identifica como empleador, otro tipo de aportante, pagador de pensiones o como entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, así:
- NIT (número de identificación tributaria), cuando se trate de personas jurídicas, públicas o privadas.
- CC (cédula de ciudadanía), TI (tarjeta de identidad), PA (pasaporte), CE (cédula de extranjería), CD (carné diplomático) cuando se trate de personas naturales.

37. Número del documento de identificación:
Escriba el número del documento de identificación.
38. Tipo de aportante o Pagador de Pensiones:
Este dato debe ser diligenciado por la EPS, para lo cual debe registrar el código del tipo de aportante o pagador de pensiones que corresponda según la tabla de aportantes establecida para la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes-PILA.
39. Ubicación:
- Dirección
- Teléfono (fijo o celular)
- Correo electrónico
- Municipio/Distrito
- Departamento

En el caso de Bogotá, D.C., debe escribir como departamento Bogotá, D.C.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

NIT 800.130.907-4

Lea las instrucciones quese encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

CODIGO DE BARRAS

No. DE RADICACIÓN 092382980

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS.
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguircotizando.
- ☐ 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
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	D D M M A A A A	D D M M A A A 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 y afiliados adicionales.
- ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ 49. Declaración de no 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 oafiliados 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, apoderado o responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio
Wilson Ordoz	

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. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	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 documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario
☐		

OBSERVACIONES:

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.

ORIGINAL EPS

COPIA APORTANTE

M-PYGA-F001 V 2.0-2020

VIGILADO Supersalud

POSITIVO S.A. NIT. 860.513.452

B. REPORTE DE NOVEDADES

El reporte de novedades no puede realizarse simultáneamente con la afiliación. La novedad es la modificación de los datos reportados en la afiliación o de la condición de la afiliación.

El reporte de novedades solo puede ser realizado por los cotizantes y cabezas de familia. Los beneficiarios únicamente pueden reportar las novedades que expresamente se autorizan en este instructivo.

Las EPS no puede reportar a la base de datos de afiliados vigente novedades que no hayan sido reportadas por los cotizantes, cabeza de familia o beneficiarios mediante la suscripción del Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades.

40. Tipos de novedad:

Marque con una X la casilla que corresponda al tipo de novedad que va a reportar, según la siguiente tabla:

NÚMERO	NOMBRE
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
6	Reinscripción en la EPS
7	Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
8	Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9	Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
10	Terminación de 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
14	Traslado
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

DESCRIPCIÓN Y DILIGENCIAMIENTO DE LAS NOVEDADES

Novedad 1: Modificación de datos básicos de identificación

Esta novedad se reporta cuando el cotizante, el cabeza de familia o la institución autorizada, modifica uno o varios de los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales, para lo cual debe presentar documento de identidad, en el cual consten tales modificaciones.

Para reportar esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 1, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación como figuran en documento de identidad antes de la modificación, si la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia debe.
- Registrar los datos del cotizante o del cabeza de familia en el capítulo II y los datos del beneficiario o del afiliado adicional, de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 capítulo IV, como están en el documento de identidad actual, es decir, antes de modificación, si la novedad corresponde a un beneficiario o afiliado adicional.
- Registrar en los espacios del numeral 41 del capítulo VI, los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se está reportando la novedad, de manera que se pueda identificar plenamente la novedad, después de la modificación.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad donde consten las modificaciones realizadas y anexe copia.

Novedad 2: Corrección de datos básicos de identificación

Esta novedad se reporta cuando los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, el beneficiario o el afiliado adicional quedaron mal registrados en base de datos de afiliados vigente y no coinciden con los del documento de identidad, para lo cual se deberá presentar el documento de identidad. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 2, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación como figuran en la base de datos de afiliados vigente, es decir, los datos errados si la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia.
- Registrar los datos del cotizante o de cabeza de familia en el capítulo II y los datos de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV como figuran en la base de datos de afiliados vigente, es decir, los datos errados y que van a ser corregidos si la novedad corresponde a un beneficiario.
- Registrar en los espacios del numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se está reportando la novedad, tal como deben ser corregidos.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad que corresponda, con los datos correctos y anexe copia.

Novedad 3: Actualización del documento de identidad

Esta novedad se reporta cuando el cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional actualiza el documento de identidad por el que corresponda a su edad, es decir, el RC por la TI, o la TI por la CC, o en el caso de los extranjeros por periodo de vigencia de los documentos de identificación, según las normas de migración. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 3, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación del documento que se encuentra en la base de datos de afiliados vigente si la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia.
- Registrar los datos del cotizante o de cabeza de familia en el capítulo II y los datos del beneficiario de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV del documento que se encuentra en la base de datos de afiliados vigente.
- Registrar en los espacios del numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia o beneficiario o afiliado adicional del cual se está reportando la novedad del nuevo documento.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad que se actualiza y anexar copia.

Novedad 4: Actualización y corrección de datos complementarios

Esta novedad se reporta cuando los datos complementarios del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional se actualizan o modifican. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 4, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II del cotizante o del cabeza de familia.
- Registrar los datos complementarios del capítulo III, en los numerales a actualizar o corregir si la novedad corresponde al cotizante o cabeza de familia. Registrar en los numerales 24 al 32 del capítulo IV, los datos básicos de identificación y complementarios del beneficiario o afiliado adicional si la novedad corresponde a los beneficiarios o afiliados adicionales.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Novedad 5: Terminación de la inscripción en la EPS

Esta novedad solo aplica para el Régimen Contributivo y se reporta cuando el cotizante cumple alguna de las condiciones que se señalan en la tabla siguiente:

CÓDIGO	CONDICIÓN
01	El trabajador dependiente termina su relación laboral y no reúne las condiciones para seguir cotizando en el SGSSS como independiente, ni se reporta como beneficiario o como afiliado adicional por otro cotizante, dentro de la misma EPS, ni cumple las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado; o el cotizante independiente no reúne las condiciones para seguir cotizando ni se reporta como beneficiario o como afiliado adicional por otro cotizante, dentro de la misma EPS, ni cumple las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado.
02	El afiliado informa que va a fijar su residencia en el exterior.
03	El afiliado va a pertenecer a un régimen exceptuado o especial.
04	Cuando el INPEC ha reportado el ingreso del cotizante o cabeza de familia como beneficiario del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad.

Para reportar esta novedad en el caso de las condiciones 01, 02 y 03 el cotizante debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 5, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar en la casilla código de la tabla anterior que corresponde a la condición por la cual termina la inscripción en la EPS.
- Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Registrar la fecha a partir de la cual termina la inscripción en la EPS, en el numeral 42 del capítulo VI.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Si se trata de las condiciones 01 y 03, además se reportará la novedad 10, "terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando". Si la condición es de terminación de la relación laboral se deben registrar los datos del capítulo V y estar suscrita por el empleador.

La novedad por la condición del código 04 no exige el diligenciamiento del formulario, pero será informada por el INPEC a la base de datos de afiliados vigente.

Novedad 6: Reinscripción en la EPS

Esta novedad aplica cuando el cotizante que ha reportado o ha sido objeto de reporte la novedad de terminación de la inscripción en una EPS debe realizar una nueva inscripción en la misma EPS, por motivos diferentes a la causa que originó la terminación de la inscripción.

Para reportar esta novedad el cotizante debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 6, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del numeral II.
- Registrar los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV, si tiene beneficiarios que reinscribir.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Esta novedad se puede reportar simultáneamente con la novedad 4 si desea modificar datos complementarios y registrar los datos correspondientes a dicha novedad.

Si se trata de una persona que inicia una relación laboral además reportará la novedad 9 y registrar los datos de esta novedad. Si se trata de un trabajador dependiente, también debe diligenciar los datos del capítulo V y suscribirse por el empleador en el campo 56 del capítulo VIII.

Novedad 7: Inclusión de beneficiarios o de Afiliados Adicionales

Esta novedad se reporta para incluir un miembro del núcleo familiar que cumple las condiciones para ser beneficiario. También aplica para la inscripción de otros familiares como afiliados adicionales cuando cumplan las condiciones para ello, en el régimen contributivo.

Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 7, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Registrar los datos básicos de identificación y complementarios de los numerales 24 al 32 del capítulo IV del beneficiario o afiliado adicional que va a incluir.
- Registrar en el numeral 34 del capítulo IV, el nombre de la IPS primaria seleccionada para el beneficiario o afiliado adicional del cotizante que resida en un municipio distinto al de este.
- Marcar con una X la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acrediten la condición de beneficiario o afiliado adicional; copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario o afiliado adicional que esté incluyendo.

Novedad 8: Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

Esta novedad se reporta para excluir del núcleo familiar a un beneficiario que ha perdido las condiciones para serlo, tales como superar la edad exigida, inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar, pérdida de la condición de cónyuge o compañera(o) permanente, divorcio o terminación de unión marital, para lo cual aplica para la exclusión de un afiliado adicional. Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 8, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Registrar en los numerales 24 al 28 del capítulo IV, los datos básicos de identificación del beneficiario o afiliado adicional que se va a excluir.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que anexa.
- Anexar copia del documento de identidad correspondiente, copia de 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, según corresponda al tipo de beneficiario que esté excluyendo.

Novedad 9: Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar

Esta novedad se reporta cuando el afiliado cotizante o el cabeza de familia inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar. Si se trata del cabeza de familia deberá marcar la **novedad 11: Movilidad.**

También se reporta cuando el beneficiario o el afiliado adicional inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar. Si se trata de un beneficiario en el Régimen Subsidiado además deberá marcar la novedad 11: Movilidad. Si se trata de un beneficiario o un afiliado adicional en el Régimen Contributivo también podrá marcar la **novedad 12: Traslado** si cumple las condiciones para ello.

El cotizante o cabeza de familia del beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar, deberá reportar la **novedad 8: exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales**, en otro formulario.

Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 9, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar el capítulo III de la novedad del capítulo III.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de sus beneficiarios, si los tuviere.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador o de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, fecha en la cual inicia la relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar.
- Marcar con una X la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas en los numerales 54 y 55, según corresponda.
- Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acrediten la condición de beneficiarios o afiliado adicional; copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario o afiliado adicional que esté incluyendo.

Novedad 10: Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.

Esta novedad se reporta cuando un afiliado cotizante dependiente termina su relación laboral o cuando el cotizante independiente pierde las condiciones para continuar como cotizante.

Para esta novedad el cotizante debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 10, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha en la cual termina la relación laboral o pierde las condiciones para cotizar.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Novedad 11: Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

Esta novedad se reporta cuando un trabajador independiente o un miembro de una congregación religiosa efectúa la vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Para esto debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 11, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, numerales 54 y 55.
- Marcar con una X la casilla del numeral 64 del capítulo IX y anexarla.
- Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos de identidad y demás documentos que va a anexar y anexarlos.

Novedad 12: Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

Esta novedad se reporta cuando un trabajador independiente o un miembro de una congregación religiosa es desvinculado de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Para esto debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 12, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, numerales 54 y 55.

Novedad 13: Movilidad

Esta novedad se reporta:

A. Al Régimen Contributivo: cuando el cabeza de familia o alguno de sus beneficiarios del régimen Subsidiado inicia una relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar y debe permanecer en la misma EPS en el Régimen Contributivo.

B. Al Régimen Subsidiado: cuando el cotizante termina la relación laboral o pierda las condiciones para seguir cotizando o cuando alguno de sus beneficiarios pierde tal condición y cumplen requisitos para pertenecer al Régimen Subsidiado en la misma EPS.

Para esta novedad la cabeza de familia o el cotizante debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 13, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Marcar con una X en la casilla respectiva, A o B, según al régimen que corresponda la movilidad.
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar los datos complementarios del capítulo III que correspondan.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de los beneficiarios, si los tuviere.
- Diligenciar los datos del capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador o de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, cuando se trata de la movilidad al Régimen Contributivo.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, fecha en la cual inicia la relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar, cuando se trata de la movilidad al Régimen Contributivo.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha en la cual termina la relación laboral o pierde las condiciones para cotizar, cuando se trata de la movilidad al Régimen Subsidiado.
- Marcar con una X la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas en los numerales 54 y 55, según corresponda.
- Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acrediten la condición de beneficiarios o afiliado adicional; copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario o afiliado adicional que esté incluyendo.

Cuando esta novedad es reportada por el beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación o adquiere condiciones para cotizar, además de diligenciar lo anterior deberá:

- Diligenciar en el numeral 41 del Capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante o cabeza de familia del núcleo familiar del cual hacía parte.

Cuando se reporta esta novedad también debe reportarse las novedades 8: "Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar" o la 10: "Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando" según corresponda.

La Entidad Territorial deberá diligenciar los datos del capítulo X cuando se trate de la movilidad al Régimen Subsidiado.

Novedad 14: Traslado

Esta novedad se reporta cuando el cotizante o el cabeza de familia, en ejercicio del derecho a la libre elección, manifiesta su decisión de cambiarse a otra EPS del mismo o de distinto régimen. La solicitud de traslado a la EPS en la cual desea inscribirse debe cumplir los siguientes requisitos:

- Que el afiliado esté inscrito en la misma EPS por un periodo mínimo de trescientos sesenta (360) días calendario continuos o discontinuos, contados a partir del momento de la inscripción.
- Que no esté el afiliado cotizante o cualquier miembro de su núcleo familiar internado en una institución prestadora de servicios de salud.
- Que se encuentre a paz y salvo en el pago de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Que inscriba en la solicitud de traslado a todo el núcleo familiar.

Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 14, del numeral 40 "Tipo de novedad". Marcar con una X en las casillas A o B si es traslado en el mismo régimen o de diferente régimen, según corresponda.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios de los capítulos II y III.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de los beneficiarios, si los tuviere.
- Registrar en el numeral 34 del capítulo IV el nombre de la IPS primaria seleccionada por el cotizante o cabeza de familia.
- Diligenciar los datos del capítulo V correspondiente a los "Datos de identificación del empleador y otros aportantes o de las entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional o de oficio", si hubiere lugar a ello.
- Registrar en el numeral 43 del capítulo VI la EPS anterior, es decir, la EPS de la cual se traslada.
- Registrar en la casilla 44, el código correspondiente al motivo por el cual quiere trasladarse de EPS según la tabla siguiente:

Código	Motivos para el traslado
1	Por cambio de lugar de residencia.
2	Cuando el usuario vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o cuando se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y esta no sea cierta.
3	Cuando dos presentencias sosdedeficiente prestación o sus pensión de servicios por parte de la EPS o de su red prestadora debidamente comprobados.
4	Por unificación del núcleo familiar.
5	Cuando la EPS no tenga cobertura en el municipio al cual se ha cambiado el afiliado.
6	Cuando la afiliación no esté efectiva por parte de las entidades autorizadas para ello.

- Marcar con una X la casilla 46 del capítulo VII, cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas los numerales 54 y 55, según corresponda.
- Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar. Si obedece a la autorización de la Superintendencia Nacional de Salud, deberá marcar el documento del numeral 63 y anexarlo.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiarios o afiliado adicional; copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que esté incluyendo.

Si el motivo para el traslado corresponde a alguno de los códigos 2, 3, 4, 5 o 6, no se aplicará el periodo de permanencia.

Esta novedad no requiere que el cotizante o cabeza de familia diligencie una solicitud ante la EPS de la cual se traslada.

Novedad 15: reporte de fallecimiento

Aplica cuando el cotizante, el cabeza de familia o los beneficiarios o afiliados adicionales fallecen. Cuando el fallecido es el cotizante o el cabeza de familia, la novedad debe reportarla el beneficiario. Para esta novedad se debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 15, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II, si el cotizante cabeza de familia es quien reporta la novedad.
- Diligenciar los datos básicos de identificación en los numerales 24 al 28 del capítulo IV, si quien reporta la novedad es un beneficiario.
- Diligenciar en el Capítulo V los datos básicos del integrante del núcleo familiar que se inscribe como nuevo cabeza de familia (aplica solo para el régimen subsidiado cuando se ha reportado el fallecimiento del cabeza de familia).
- Registrar en el numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos de identificación del afiliado fallecido (cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional).
- Diligenciar el numeral 42 del capítulo VI la fecha de fallecimiento.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Novedad 16: Reporte del trámite de protección al cesante

Esta novedad se reporta cuando el cotizante termina la relación laboral o pierde las condiciones para seguir cotizando y solicita cotizante de protección al cesante a la Caja de Compensación Familiar en la que se encuentra afiliado. Para esta novedad debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 16, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar el capítulo II, datos básicos de identificación del cotizante.
- Diligenciar en la casilla 45 del capítulo VI, nombre de la Caja de Compensación Familiar en la cual radicó la solicitud de protección del beneficio.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, el numeral 54.

Novedad 17: Reporte de la calidad de pre-pensionado

Esta novedad se reporta cuando el cotizante ha radicado la solicitud para el reconocimiento de pensión, no se encuentra obligado a cotizar y hace el esfuerzo financiero para seguir cotizando sobre un (1) salario mínimo mensual legal vigente. Para esta novedad debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 17, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar el capítulo II datos básicos de identificación del cotizante.
- Registrar en el numeral 17 del capítulo III "datos complementarios" el IBC con el cual cotizará como pre-pensionado.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, el numeral 54.

Novedad 18: Reporte de la calidad de pensionado

Esta novedad se reporta cuando el cotizante o quien se le haya reconocida una pensión y se encuentra obligado a cotizar como pensionado. Para esta novedad debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 18, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar el capítulo II, datos básicos de identificación del cotizante.
- Registrar en los numerales 16, 17 y 18 del capítulo III, los datos complementarios relativos a la administradora de pensiones, IBC con el cual cotizará y resolución.
- Diligenciar los datos de los numerales 19 al 23 del capítulo IV, correspondientes al cónyuge o compañero(a) permanente si los tuviere.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios de los numerales 24 a 32 del capítulo IV correspondientes a los beneficiarios si los tuviere.
- Diligenciar los datos del capítulo V, para la Administradora del Fondo de Pensiones que pagará sus aportes a la seguridad social.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

CAPÍTULO VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación:

Registre en el numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos (Primer apellido, Segundo apellido, Primer nombre, Segundo nombre, Tipo de documento de identidad, Número del documento de identidad, Sexo y Fecha de nacimiento) del afiliado, únicamente para las siguientes novedades:

Novedad 1: Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, después de la modificación;

Novedad 2: Los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, tal como deben ser corregidos.

Novedad 3: Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional del cual se esté reportando la novedad, como figuran en el nuevo documento; y

Novedad 13: Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional fallecido.

42. Fechas:

Registre en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha únicamente para las siguientes novedades:

Novedad 9: Inicio de la relación laboral o de adquisición de condiciones para cotizar;

Novedad 10: Terminación de la relación laboral;

Novedad 11: Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas;

Novedad 12: Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas;

Novedad 15: Reporte de fallecimiento, la que figura en el certificado de defunción.

43. EPS Anterior:

Este dato solo se diligencia para la **novedad 14** cuando se solicita traslado y corresponde al nombre de la EPS en la cual se encuentra inscrito el cotizante o cabeza de familia y de la cual desea trasladarse.

44. Motivo traslado:

Este dato se registra únicamente cuando se esta reportando la **novedad 14**. Registre el código según la tabla descrita en la novedad 14: "traslado".

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones:

Este dato se registra únicamente en la **novedad 16**: "Reporte del trámite de protección al cesante" o en la **novedad 18**: "Reporte de la calidad de pensionado". Debe colocar el nombre de la Caja de Compensación Familiar o del Pagador de Pensiones, según el caso.

CAPÍTULO VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencias 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 acrediten la condición de beneficiarios.

49. Declaración de no inscripción 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 vigente y a las entidades públicas que lo requieran.

52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2012.

53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

CAPÍTULO VIII. FIRMAS

Este formulario debe suscribirse por el cotizante, cabeza de familia, empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, en los casos establecidos en este instructivo y que, conforme a la normativa vigente, tenga a su cargo la afiliación y el reporte de novedades. También será suscrito por el beneficiario solo en el evento de reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia.

En el espacio correspondiente debe ir la firma de:

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario.

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio.

Con la firma contenida en el numeral 54 el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

CAPÍTULO IX. ANEXOS

Marque con una X la casilla correspondiente al/los documento(s) que se anexe(n), según lo requiera el trámite que realiza.

56. Documento de identidad: CN, RC, TI, CC, PA, CE, CD, SC.

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 jurada 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 de la sentencia ejecutoriada o la providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

CAPÍTULO X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Estos datos aplican solo en el Régimen Subsidiado y deben diligenciarse por la entidad territorial cuando se trate de afiliación o reporte de novedades en el régimen subsidiado, cuando la respectiva novedad lo exija.

66. Identificación de la Entidad Territorial:

Registre el código que corresponde a distrito y del departamento, según la codificación DANE, que corresponden a la Entidad Territorial.

67. Datos del Sisbén:

El funcionario de la Entidad Territorial debe consultar en la base de datos Sisbén y registrar:

- Número de la ficha Sisbén
- Puntaje
- Nivel Sisbén (según el puntaje)

68. Fecha de radicación:

El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar la fecha en que la EPS entrega el formulario para validación.

69. Fecha de validación:

El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar la fecha en que consultó la base de datos de Sisbén e hizo las validaciones correspondientes.

70. Datos del funcionario:

El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar sus datos personales.

- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo Nombre
- Tipo de documento de identidad
- Número del documento de identidad

71. Firma del funcionario:

El funcionario de la Entidad Territorial debe colocar su firma, como responsable de los datos registrados sobre la información y validación del Sisbén.

Observaciones:

En este espacio puede escribir las observaciones que considere necesarias respecto del trámite, la información solicitada o el trato recibido.

Señor afiliado, no olvide firmar el formulario, junto con el empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, en los casos que se requiera.

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) CRISTIAN HERNANDO GONZALEZ RODRIGUEZ identificado(a) con cedula ciudadania 1023931367, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa STOR CONSTRUCCIONES SAS NIT 901448807, en calidad de DEPENDIENTE según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20230830	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 31 días del mes de Agosto de 2.023

Observaciones:

Con destino a:
A QUIEN INTERESE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: Portal corporativo Compensar EPS
CER-AFI 21224585

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9010360244
9010360244

No. de Radicación: 26723470
Fecha de Radicación: 30 08 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
PEREZ	CONTRERAS	DAYMITH	

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	77132838	Femenino [ ] Masculino [X]	D D M M A A A A: 14 04 1983

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			POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	

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 (D D M M A A A A)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia

	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)
INERZIA INGENIERA SAS	NT	900663872	

39. Ubicación	Código ID	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CALLE 59 45 45 APTO 302	2220047		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 (D D M M A A A A)	42. Fecha novedad (D D M M A A A A)
		Femenino [ ] Masculino [ ]		30 08 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 (D D M M A A A A)	69. Fecha de validación (D D M M A A A A)

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: AYUDANTE DE OBRA

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4010919738	0|4|0|9|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 ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion — B. Colectiva ☐ — A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ — B. Institucional ☐ — B. De oficio ☐

3.Regimen — A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado — A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante — A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
ALONSO Primer apellido	CALVO Segundo apellido	ESTEINER Primer nombre	ALEJANDRO Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1023920447	Femenino ☐ Masculino ☒	1|3|0|8|1|9|9|2

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
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	PROTECCION	1160000

18.Residencia

CL 36 SUR 10 B 37 ESTE **Dirección**	**Telefono fijo**	3102138267 **Telefono celular**	ESTEINERALEJOALONSO447@GMAIL.COM **Correo electronico**
BOGOTA **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ 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 OLAYA - UOD DENTOLASER OLAYA	VSOLAYA - DENTOOLAYA
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)
INERZIA INGENIERIA SAS	NIT	900663872	01

39.Ubicación

CL 106 54 93 Dirección	2220047 Teleéfono	GERENCIA@INERZIA.CO Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

No de Radicacion
4010919738

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 ☐		0|4|0|9\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: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		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.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

06 3217086

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación 2 2 0 8 2 0 2 3

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres			
Rodriguez	Perez	edgar	Jose
7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 72.336.865	9. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento: 24/03/1971

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo ☐☐☐ Condición ☐☐	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
					Porvenir

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
1'160.000	Kra 17F # 61F 115 San Joaquin	3173413682		
rodriguezperez64@gmail.com	Bogotá	Zona: Urbana ☐ Rural ☐	Ciudad Bolivar	Cundinamarca

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

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

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

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

	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a 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	Cll 26	
B		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION 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)
Edgar Jose Rodriguez Perez	CC	72.336.865	
39. Ubicación: Kra 17F #61-115	3173413682 rodriguezperez64@gmail.com	Bogotá	Cundinamarca

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación				
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad: 22/08/2023
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. X
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. ☐

VIII. FIRMAS

El Empleador	El Trabajador

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 a 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

70. Datos del funcionario que realiza la validación		OBSERVACIONES: Independiente
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	
71. Firma del funcionario		La activación en el régimen subsidiado está sujeta al cumplimiento de las normas legales vigentes de movilidad.

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

VIGILADO Supersalud

-1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL-

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

SOPORTE DE NOVEDADES DE REINGRESOS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

CÓDIGO ASESOR Y/O PROMOTOR

AFILIACIÓN

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

5. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: Rodriguez | SEGUNDO APELLIDO: Perez | PRIMER NOMBRE: Everto | SEGUNDO NOMBRE: Jose
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1143138389 | 9. SEXO
10. FECHA NACIMIENTO: 11 06 1992 | 11. NACIONALIDAD: colombiano

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD ☐

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	ZONA	TELÉFONO FIJO	EXT.
Bogota	Cundinamarca	CABECERA MUNICIPAL ☐ CENTRO POBLADO ☐ RURAL DISPERSO ☐ RESTO RURAL ☐		

TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	IPS	IPS ODONTOLÓGICA
3173913672	evertorodriguez593@gmail.com		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O RESPONSABLE POR SUBROGACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICI

39. Nombre o Razón Social	40. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	41. Número documento de identidad	DV	42. Tipo de aportante o pagador de pensiones
Everto Rodriguez	M	1143138389		

43. UBICACIÓN O DIRECCIÓN					
Cra 17 f N81-115	Bogota	Cundinamarca			
3173913672	FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 22 08 2023	CARGO: Independ	OCUPACIÓN: Indep	SALARIO: 1160000	

VIGILADO Supersalud

IX. FIRMAS

61. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique	62. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
Everto Rodriguez	

nueva eps
RECIBIDO SUJETO A VERIFICACIÓN
Fecha: 22-08-2023

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4010841805	2|2|0|8|2|0|2|3

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

1. tipo de tramite	2.Tipo afil acion	3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐ A. Individual: ☐ B. Institucional ☐ -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. De oficio ☐	A Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	3

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
PANQUEBA Primer apellido	MUNAR Segundo apellido	HENRY Primer nombre	Segundo nombre

7. Tipo documento de Identidad	8.Número del documento de Identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	1094897088	Femenino ☐ Masculino ☒	1|3|0|6|1|9|8|7

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.	PORVENIR FPC	1160000

18.Residencia			
CL 90 A SUR 6 B 20 ESTE Dirección	Telefono fijo	3212778118 Telefono celular	HENTYPANQUEBAS44@GMAIL.COM Correo electronico
BOGOTA Municipio/Distrito	zona Urbana ☒ 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 F	N	M	Condición T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

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

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 NUESTRO BOGOTA - VS NUESTRO BOGOTA	VSNBOGOTA - VSNBOGOTA
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)
HENRY PANQUEBA MUNAR	CC	1094897088	01

39.Ubicación				
CL 90 A SUR 6 B 20 ESTE Dirección	3212778118 Teleéfono	HENTYPANQUEBAS44@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

No de Radicacion
4010841805

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

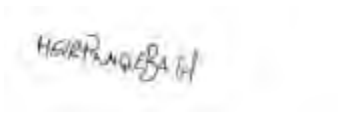
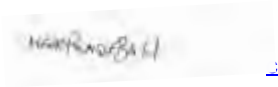
Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		2|2|0|8|2|0|2|3

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
	 :lick AQUÍ para firmar

IX.ANEXOS

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

  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		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.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud
Te entiende. Te atiende

capitalsalud eps-s
28 AGO 2023
RECIBIDO SIN ACEPCIÓN
PALTUNAL

FORMULARIO No.

Número de Radicación	Fecha de Radicación
	28 08 2023

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

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedad [ ]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ]

- Cotizante o Cabeza de Familia [ ]
- Beneficiario o afiliado adicional [ ]
- D. De Oficio [ ]

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) [ ]

A. AFILIACIÓN

II. Datos básicos de identificación (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres completos

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Rodriguez	Arias	Jefferson	Harley

7. Tipo documento de identidad: CC

8. Número de documento de identidad: 1.007.228.408

9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]

10. Fecha de nacimiento: 05 11 1999

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia

12. Discapacidad — Tipo: F N M — Condición: T P

13. Puntaje SISBEN

14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Sura

16. Administradora de Pensiones: Porvenir

17. Ingresos base de cotización - IBC: 1.160.000

18. Residencia: Calle 73 sur # 14 P 15

Municipio/Distrito	Zona	Teléfono	Correo electrónico	Localidad/Upz
Bogotá	Urbana [X] Rural [ ]	3128408371	Jeffersonmaily@gmail.com	Bogotá

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 completos

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo 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 completos

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

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

	32. Datos de residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y 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 a pensiones (a registrar por la EPS)
Soluciones Integrales H2 SAS	NIT	901561860 - 2	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
Calle 66 Sur # 49 D 52	3228767366	solucionesintegrales metro@gmail.com	Bogotá	Bogotá

Powered by CamScanner

FORMULARIO No.

capitalsalud
Te entiende. Te atiende

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad
- [ ] 1. Modificación datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de los datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
  Código: [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de 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 de documento de identidad	Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento	42. Fecha 29 08 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 y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al régimen contributivo, especial o de excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no 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 única de afiliados BDUA 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 el celular como mensajes de texto.

SOLUCIONES INTEGRALES M2

28 AGO 2023

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
Jefferson Ludriguez	Yudy Pa... Nit: 901561860-2 Cel: 3045596060 o 3228767366

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Copia 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. 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 ficha / Puntaje / Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones:

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.

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4010746662	1|8|0|8|2|0|2|3

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

1. tipo de tramite	2.Tipo afilacion	3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐ A. Individual: ☐ B. Institucional ☐ -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. De oficio ☐	A. Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	3

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
RUIZ (Primer apellido)	MUNOZ (Segundo apellido)	JOSE (Primer nombre)	ALFREDO (Segundo nombre)
7. Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1033750096	Femenino ☐ Masculino ☒	0|3|1||2|9|9|2

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electrónico
CL 69 18 M 68		3143241646	JR417945@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
BOGOTA	Urbana ☒ Rural ☐		BOGOTA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

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 OLAYA - UOD DENTOLASER OLAYA	VSOLAYA - DENTOOLAYA
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)
RUIZ MUÑOZ JOSE ALFREDO	CC	1033750096	01

39.Ubicación

CL 69 18 M 68 Dirección	3143241646 Teleéfono	JR417945@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

No de Radicacion
4010747661

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		1|8|0|8|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

Jose Ruiz	Jose Ruiz Click AQUÍ para firmar
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: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		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.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9010353298

9010353298

No. de Radicación: 26712416

Fecha de Radicación: 28 08 2023

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: GIL	Segundo Apellido: VALBUENA	Primer Nombre: OSCAR	Segundo Nombre: JULIAN

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1015993872	Femenino: Masculino: X	D: 23 M: 03 A: 2004

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo: Condición:			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	Departamento:	Nacionalidad:

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: M: A:

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

24. Apellidos y nombres				
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios 29. Parentesco	Datos complementarios 30. Etnia
01					D: M: A:		
02					D: M: A:		
03					D: M: A:		
04					D: M: A:		
05					D: M: A:		

	31. Discapacidad Tipo F	M	M	Condición T	P	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01											
02											
03											
04											
05											

Selección de la IPS Primaria

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

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)
SOLUCIONES INTEGRALES M SAS	NT	901561860	

39. Ubicación				
CL 68 G SUR 49 D 52	3045596060	Correo electrónico:	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL
			Municipio / Distrito:	Departamento:

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación ☐ 3. Actualización del documento de identidad ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS ☐ Código: ☐ 6. Reinscripción en la EPS ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 9. Inicio de relación laboral o actualización 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 X B. Régimen Subsidiado ☐ 14. Traslado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 15. Reporte de fallecimiento ☐ 16. Reporte del tránsito 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: M: A:	28 08 2023

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales ☐
47. Declaración de 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 afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud ☐
50. Autorización para que la EPS acceda y obtenga física 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 lo necesiten ☐
52. Autorización para que la EPS realice 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 representante, apoderado o persona encargada por la afiliación, novedad o retiro (Otro)

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CE ☐ PA ☐ AS ☐ CD ☐ NU ☐ Cantidad: ☐ TOMO ☐

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 petición 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 custodia temporal o se ordene la afiliación de oficio ☐

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:	
		CARGO: OBRERO DE CONSTRUCCION	
71. Firma del funcionario			

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

Cambio Empleo

INTERNET

Vigilado Supersalud

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4010500976	2|2|0|8|2|0|2|3

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

1. tipo de tramite	2.Tipo afil acion	3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐ A. Individual: ☐ B. Institucional ☐ -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. De oficio ☐	A. Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
CHAVERRA (Primer apellido)	PEDROZO (Segundo apellido)	RUBEN (Primer nombre)	DARIO (Segundo nombre)
7. Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	18919068	Femenino ☐ Masculino ☒	1|8|0|3|1|9|6|5

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.	COLPENSION	1160000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 8 45 43		3174621403	RUBENCHAVERR@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
BOGOTA	Urbana ☒ Rural ☐		BOGOTA

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 20 DE JULIO - UOD CPO CALLE 98	VS20JULI - UODCPOCAST
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)
SOLUCIONES INTEGRALES M SAS	NIT	901561860	01

39.Ubicación

Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CL 68 G SUR 49 D 52	3228767366	SOLUCIONES.INTEGRALESMETRO2@GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4010500976

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|2|0|8|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

	 Click AQUÍ para firmar
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: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		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.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9010335366

9010335366

No. de Radicación: 26683545

Fecha de Radicación: 22 08 2023

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

A. AFILIACIÓN

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
PACHECO	MORILLO	ALBENIS	ENRIQUE

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1148149996	Femenino ☐ Masculino X	16 05 1996

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo: F M 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 ☐	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
01				
02				
03				
04				
05				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios 29. Parentesco	Datos complementarios 30. Etnia
01					D D M M A A A A		
02					D D M M A A A A		
03					D D M M A A A A		
04					D D M M A A A A		
05					D D M M A A A A		

	31. Discapacidad Tipo F	M	M	Condición T	P	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01											
02											
03											
04											
05											

Selección de la IPS Primaria

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

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)
SOLUCIONES INTEGRALES M SAS	NT	901561860	

39. Ubicación				
CL 68 G SUR 49 D 52	3045596060	Correo electrónico	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL
			Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación ☐ 3. Actualización del documento de identidad ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS ☐ Código ☐ 6. Reinscripción en la EPS ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 9. Inicio de relación laboral o actualización 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 tránsito de protección al cesante ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado ☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo Femenino	Sexo Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		☐	☐	D D M M A A A A	22 08 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 no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐
48. Declaración de existencia de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios ☐
49. Declaración de no afiliación del cónyuge, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud ☐
50. Autorización para que la EPS acceda y obtenga física 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 lo necesiten ☐
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 representante, apoderado o persona encargada por la afiliación, cotizante, o cabeza de familia

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CE ☐ PA ☐ CD ☐ SC ☐ NUIP ☐ 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 declara 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 petición 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 custodia temporal o se ordene la afiliación de oficio ☐

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: OBRERO DE CONSTRUCCION
71. Firma del funcionario		

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

Cambio Empleo

INTERNET

Vigilado Supersalud

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4010829426	1|7|0|8|2|0|2|3

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

1. tipo de tramite	2.Tipo afil acion		3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	3

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
CORTES Primer apellido	VALESILLOS Segundo apellido	DUVAN Primer nombre	Segundo nombre

7. Tipo documento de Identidad	8.Número del documento de Identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	1052973437	Femenino ☐ Masculino ☒	3|1|0|3|1|9|9|6

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.	PROTECCION	1160000

18.Residencia

CL 82 SUR 87 J 39 CASA 39 **Dirección**	**Telefono fijo**	3108871651 **Telefono celular**	YUPABA16@GMAIL.COM **Correo electronico**
BOGOTA **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ 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 CHAPINERO - VS CHAPINERO	VSCHAPINER - VSCHAPINER
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)
DUVAN CORTES VALESILLOS	CC	1052973437	01

39.Ubicación				
CL 82 SUR 87 J 39 CASA 39 Dirección	3108871651 Teleéfono	YUPABA16@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

No de Radicacion
4010829426

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		1|7|0|8|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

Dwan Cortes	Dwan Cortes Click AQUÍ para firmar
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: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		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.

Medellín, 17 de august de 2023

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que DUVAN CORTES VALESILLOS identificado(a) con cédula de ciudadanía 1052973437 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 18/08/2023 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SOLUCIONES INTEGRALES M2 SAS N901561860

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5433001 - TERMINACIÓN Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACIÓN EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCIÓN DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERÁMICA, HORMIGÓN O PIEDRA TALLADA, PARQUÉ Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS
CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC
CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6.96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES
ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5433001 - TERMINACIÓN Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACIÓN EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCIÓN DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERÁMICA, HORMIGÓN O PIEDRA TALLADA, PARQUÉ Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5433001 - TERMINACIÓN Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACIÓN EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCIÓN DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERÁMICA, HORMIGÓN O PIEDRA TALLADA, PARQUÉ Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS
CODIGO DE ACTIVIDAD: 5433001
CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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: 17/08/2023 11.28 AM

Medellín, 23 de august de 2023

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que EDER JOSE RODRIGUEZ PEREZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 72336865 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 24/08/2023 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SOLUCIONES INTEGRALES M2 SAS N901561860

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5433001 - TERMINACIÓN Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACIÓN EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCIÓN DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERÁMICA, HORMIGÓN O PIEDRA TALLADA, PARQUÉ Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC

CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6.96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5433001 - TERMINACIÓN Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACIÓN EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCIÓN DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERÁMICA, HORMIGÓN O PIEDRA TALLADA, PARQUÉ Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5433001 - TERMINACIÓN Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACIÓN EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCIÓN DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERÁMICA, HORMIGÓN O PIEDRA TALLADA, PARQUÉ Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5433001

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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: 23/08/2023 9.02 AM

Medellín, 23 de august de 2023

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que EVERTO JOSE RODRIGUEZ PEREZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 1143138389 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 24/08/2023 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SOLUCIONES INTEGRALES M2 SAS N901561860

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5433001 - TERMINACIÓN Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACIÓN EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCIÓN DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERÁMICA, HORMIGÓN O PIEDRA TALLADA, PARQUÉ Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC

CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6.96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5433001 - TERMINACIÓN Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACIÓN EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCIÓN DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERÁMICA, HORMIGÓN O PIEDRA TALLADA, PARQUÉ Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5433001 - TERMINACIÓN Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACIÓN EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCIÓN DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERÁMICA, HORMIGÓN O PIEDRA TALLADA, PARQUÉ Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5433001

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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: 23/08/2023 9.10 AM

Medellín, 22 de august de 2023

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que HENRY PANQUEBA MUNAR identificado(a) con cédula de ciudadanía 1094897088 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 23/08/2023 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SOLUCIONES INTEGRALES M2 SAS N901561860

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5433001 - TERMINACIÓN Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACIÓN EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCIÓN DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERÁMICA, HORMIGÓN O PIEDRA TALLADA, PARQUÉ Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC

CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6.96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5433001 - TERMINACIÓN Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACIÓN EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCIÓN DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERÁMICA, HORMIGÓN O PIEDRA TALLADA, PARQUÉ Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5433001 - TERMINACIÓN Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACIÓN EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCIÓN DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERÁMICA, HORMIGÓN O PIEDRA TALLADA, PARQUÉ Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5433001

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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: 22/08/2023 2.02 PM

Medellín, 28 de August 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 SOLUCIONES INTEGRALES M2 SAS.

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 %	
C1007228408	RODRIGUEZ ARIAS JEFFERSON HARLEY	29/08/2023		n92y1571	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 28/08/2023 14:34:21 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.53.13.143, 192.230.86.6, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 18 de august de 2023

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que JOSE ALFREDO RUIZ MUÑOZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 1033750096 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 19/08/2023 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SOLUCIONES INTEGRALES M2 SAS N901561860

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5433001 - TERMINACIÓN Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACIÓN EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCIÓN DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERÁMICA, HORMIGÓN O PIEDRA TALLADA, PARQUÉ Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC

CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6.96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5433001 - TERMINACIÓN Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACIÓN EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCIÓN DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERÁMICA, HORMIGÓN O PIEDRA TALLADA, PARQUÉ Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5433001 - TERMINACIÓN Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACIÓN EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCIÓN DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERÁMICA, HORMIGÓN O PIEDRA TALLADA, PARQUÉ Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5433001

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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: 18/08/2023 4.24 PM

Medellín, 22 de August 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 SOLUCIONES INTEGRALES M2 SAS.

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 %	
C18919068	CHAVERRA PEDROZO RUBEN DARIO	23/08/2023		03521082	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 22/08/2023 14:08:56 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.53.13.143, 192.230.104.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 22 de August 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 SOLUCIONES INTEGRALES M2 SAS.

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 %	
C1148149996	PACHECO MORILLO ALBENIS ENRIQUE	23/08/2023		16025327	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 22/08/2023 14:06:14 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.53.13.143, 192.230.104.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) ANDRES LEONIDAS CASTILLO ILES identificado(a) con cedula ciudadania 1014207923, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa COLFIBRAS JC SAS NIT 901079865, en calidad de DEPENDIENTE según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20221109	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 18 días del mes de Agosto de 2.023

Observaciones:

Con destino a:
A QUIEN INTERESE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: Portal corporativo Compensar EPS
CER-AFI 22584513

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 29 de Agosto de 2.023

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1007228408
Nombre	: JEFFERSON HARLEY RODRIGUEZ ARIAS
Empresa/Contratante	: SOLUCIONES INTEGRALES M2 SAS
Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901561860
Fecha de Afiliación a CCF	: 2023/08/29
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2023/08/25
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a A QUIEN INTERESE y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario, considerando solo validos el formato de inscripción, modificación a la Caja de Compensación

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

ISO 9001
SC 5092-14
VIGILADO SuperSubsidio

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:

DUVAN CORTES VALESILLOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.052.973.437**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Agosto 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.

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.170.043-7

CERTIFICA QUE:

MANUEL ALBERT DE LA CRUZ LOPEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **72.336.895**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**.

La presente certificación se expide el 23 de Agosto del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

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:

EVERTO JOSE RODRIGUEZ PEREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.143.138.389**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Agosto 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.

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:

HENRY PANQUEBA MUNAR, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.094.897.088**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Agosto 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.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RODRIGUEZ ARIAS JEFFERSON HARLEY** identificado(a) con **CC** número **1.007.228.408** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 30 de julio de 2020 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 28 de agosto 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

2023082813461

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:

JOSE ALFREDO RUIZ MUÑOZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.033.750.096**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Agosto 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.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **RUBEN DARIO CHAVERRA PEDROZO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **18919068,** se encuentra afiliado/a desde **07/12/2022** 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 22 de agosto 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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PACHECO MORILLO ALBENIS ENRIQUE** identificado(a) con **CC** número **1.148.149.996** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 05 de noviembre de 2021 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 22 de agosto 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

2023082214541

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 18 de Agosto de 2.023

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1014207923
Nombre	: ANDRES LEONIDAS CASTILLO ILES
Empresa/Contratante	: COLFIBRAS JC SAS
Identificación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901079865
Fecha de Afiliación a CCF	: 2022/11/08
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2022/11/09
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a CONSTRUCTORA CAPITAL y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario, considerando solo validos el formato de inscripción, modificación a la Caja de Compensación

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

ISO 9001 icontec SC 5850-14
IQNet

VIGILADO SuperSubsidio

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **ANDRES LEONIDAS CASTILLO ILES** con **CC** No. **1014207923**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
Empleador: N 901079865 - COLFIBRAS JC SAS	**Fecha de última cobertura:** 10/11/2022 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** INSTALADOR MATERIAL AISLANTE CALDERAS Y TUBERIAS **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301018331522.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 18 días del mes de agosto de 2023.

Cordialmente

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **SOLAQUE RODRIGUEZ EDWARD AUGUSTO** identificado(a) con **CC** número **79.393.547** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de octubre de 2011 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN CONSERVADOR
2. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 19 de agosto de 2023.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2023081911374

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CASTRO VASQUEZ NORBEY** identificado(a) con **CC** número **79.768.842** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de diciembre de 2004 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 28 de agosto 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

2023082809481

Medellín, 19 de Agosto 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 STOR CONSTRUCCIONES 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 cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C79393547	SOLAQUE RODRIGUEZ EDWARD AUGUSTO	19/03/2022		12913815	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:C10305786182323141697

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 19/08/2023 11:34:53 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.66.159.80, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 28/08/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	900663872	**Cédula Usuario:**	CC 79954683
Nombre:	INERZIA INGENIERIA SAS				
Dirección:	CL 106 54 93 OF 510				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	GERENCIA@INERZIA.COM.CO				
Teléfono:	3123373365		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411101 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METALICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALES EXISTENTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 79954683	JULIO ANDRES LARA GARAY

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	106	29/08/2023	CC 79768842	CASTRO VASQUEZ NORBEY	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MRS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

EBBB71657FB204430BC1E9FB4A236C17 Certificado impreso el día 8/28/2023 10:04:07 AM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

NORBEY
CASTRO VASQUEZ
79768842
INERZIA INGENIERIA SAS
900663872

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) EDWARD AUGUSTO SOLAQUE RODRIGUEZ identificado(a) con CC79393547 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/06/2022
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PRIMERO DE MAYO
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en QUIEN , a los 29 días del mes agosto del 2023 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4010873673	2|8|0|8|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 ☐ B.Reporte de Novedades ☒

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

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
CASTRO Primer apellido	VASQUEZ Segundo apellido	NORBEY Primer nombre	Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	79768842	Femenino ☐ Masculino ☒	2|7|0|3|1|9|7|7

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.	PROTECCION	1160000

18.Residencia

CR 44 81 A 17 SUR **Dirección**	**Telefono fijo**	3105267796 **Telefono celular**	NORBEYCASTRO842@GMAIL.COM **Correo electronico**

BOGOTA **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ 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 ENSUENO - VS ENSUENO	VSCANDEL - VSCANDEL
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)
INERZIA INGENIERIA SAS	NIT	900663872	01

39.Ubicación

CL 106 54 93 Dirección	2220047 Teleéfono	GERENCIA@INERZIA.CO Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

No de Radicacion
4010873673

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

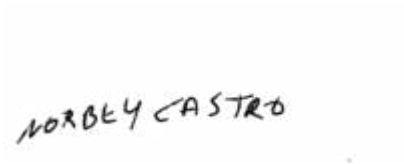
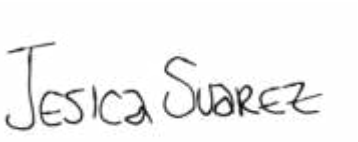
Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		2|8|0|8|2\0|2|3

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: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		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.

Medellín, 31 de July 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 VIDRIERIA MAR DE CRISTAL SAS.

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 DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C80419842	RAMIREZ ROMERO CAMILO ALONSO	02/08/2023		15236320	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 31/07/2023 15:13:03 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.53.12.21, 192.230.104.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

compensar | eps salud

No. de Radicación

Fecha de Radicación: 0 8 0 6 2 0 2 3

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: A. Cotizante ✔	B. Cabeza de familia	C. Beneficiario	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación	A. Individual	- Cotizante o cabeza de Familia	A. Contributivo ✔				03
B. Reporte de Novedades x		- Beneficiario o afiliado adicional	B. Subsidiado	5. Tipo de cotizante: A. Dependiente	B. Independiente ✔	C. Pensionado	

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

6. Apellidos y nombres					
	RAMIREZ	ROMERO	CAMILO	ALONSO	
7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad		9. Sexo: Femenino	Masculino ✔	10. Fecha de nacimiento: 0 5 0 7 1 9 7 0
CC	80419842				

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo / Condición	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
				ARL SURA	PROTECCION

17. Número ficha de estratificación - SISBÉN	18. Residencia		
1.160.000	CALLE 56 D 71 C 10		3002790426

		Zona: Urbana ✔	Rural		
camilo.ramirez2@gmail.com	BOGOTA			KENEDY	BOGOTA

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

19. Apellidos y nombres			
20. Tipo de documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo: Femenino	Masculino 23. Fecha de nacimiento

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
01								
02								
03								
04								
05								

	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Edad	31. Discapacidad: Tipo F M I T P / Condición	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana / Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01									
02									
03									
04									
05									

Selección de la IPS Primaria

Cod.	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
0		1223
0		
0		

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

35. Nombre o razón social		36. Tipo de documento de identificación
CAMILO ALONSO RAMIREZ ROMERO		
37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)	
80419842		

39. Ubicación				
CALLE 56 D 71 C 10	3002790426	camiloi.ramirez2@gmail.com	BOGOTA	BOGOTA

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación					
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo: Femenino	Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha: 0 8 0 6 2 0 23

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS



IX. ANEXOS

| | | | | | | | | |

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

compensar | eps salud

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

Firma del afiliado (cotizante):

No. Identificación: 80.419.892

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a) _____ con C.C. No. _____

lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____

con C.C. No. _____ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

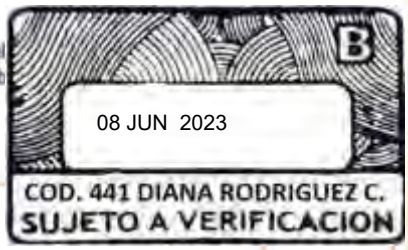
Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de domicilio: _____

Nombres y apel de quien no sab firmar:

Identificación:



AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a todos los servicios de salud Compensar EPS, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y el Decreto 886 de 2012, para tratar mi información personal, según lo establecido en su Manual de Protección de Datos Personales, disponible en:www.compensar.com / vínculo protección Datos Personales; información que será utilizada en el desarrollo de las funciones propias para:

- Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y/o mis beneficiarios.
- Dar cumplimiento a requerimientos legales y de organismos de control.
- Proveer y/o evaluar la calidad de los productos y/o servicios requeridos por mí.
- La realización de estudios internos sobre fines estadísticos y analíticos de los datos, para mejoras de nuestros servicios o programas especializados de atención en salud; información sobre la cual podré, en cualquier momento, ejercer mis derechos de Habeas Data, para solicitar que no se me envíe información de los servicios en los casos que sea pertinente, y que no afecte el servicio de salud prestado por Compensar EPS.
- Transmitir mis datos personales a las administradoras encargadas de la seguridad social, con el fin de actualizar el estado de mi afiliación y/o traslado en el sistema.
- Compartir mis datos personales con la Caja de Compensación Familiar Compensar para efectos de la prestación de servicios de salud.

Cabe anotar, que la protección de los datos personales se efectúa a través de proveedores tecnológicos, con los cuales se tienen firmados contratos de transmisión de información, en aras de cumplir a cabalidad con los principios de acceso de la ley, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.

Como titular de la información personal sobre la que Compensar EPS ejerce el tratamiento, se me informa sobre los canales a través de los cuales puedo ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos personales, entre ellos el correo electrónico proteccióndedatos@compensar.com, y la central telefónica de la EPS.

La protección de datos personales efectuada por Compensar EPS, cumple con los principios de finalidad, necesidad, circulación restringida, confidencialidad y seguridad señalados en la Ley 1581 de 2012 y manifiesto expresamente que conozco dónde consultar la información sobre protección de datos personales, así como los efectos y alcance de la presente autorización y que estoy libre de todo vicio del consentimiento en el momento de otorgarla.

Firma del afiliado (cotizante):

No. Identificación: 80.419.892

Famisanar

NIT 830 003 564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Edier.

Fecha de Radicación: 10 08 2023

DATOS DEL TRAMITE

AFILIACION | DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION (Use mayúsculas y sabanas de tildes)

Mendez	lozada	Juan	Camilo
CC	1.006.878.412	M	

DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos opcionales)

0	0	Sura	Proteccion
1.760.000	cll 54 sur # 99 A 41 Bogota		3132564545 Condominio

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR (Diligencie solamente en caso de afiliación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

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

Datos complementarios

Bautista	X	DC.	3132564545	

Entidad de la IPS Primaria

Colsubsidio Tunal. T. | 4016.

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

Vidriera mai de costa TV 68 A 37C 22 Sur 3206420681 | NIT 901365771-5

VI. REPORTE DE NOVEDADES

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

Fecha de novedad: 10 08 2023

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Camilo Mendez

DIAS MAS

155.000

IX. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Operario

Powered by CamScanner

Famisanar

NIT 830 003 564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Edier.

Fecha de Radicación: 10 08 2023

DATOS DEL TRAMITE

AFILIACION | DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION (Use mayúsculas y sabanas de tildes)

Mendez	lozada	Juan	Camilo
CC	1.006.878.412	M	

DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos opcionales)

0	0	Sura	Proteccion
1.760.000	cll 54 sur # 99 A 41 Bogota		3132564545 Condominio

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR (Diligencie solamente en caso de afiliación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

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

Datos complementarios

Bautista	X	DC.	3132564545	

Entidad de la IPS Primaria

Colsubsidio Tunal. T. | 4016.

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

Vidriera mai de costa TV 68 A 37C 22 Sur 3206420681 | NIT 901365771-5

VI. REPORTE DE NOVEDADES

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

Fecha de novedad: 10 08 2023

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Camilo Mendez

DIAS MAS

155.000

IX. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Operario

Powered by CamScanner

Medellín, 10 de August 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 VIDRIERIA MAR DE CRISTAL SAS.

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 DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1006878412	MENDEZ LOZADA JUAN CAMILO	11/08/2023		14315035	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 10/08/2023 13:41:59 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.53.12.21, 192.230.104.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 10 de August 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 VIDRIERIA MAR DE CRISTAL SAS.

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 DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1006878412	MENDEZ LOZADA JUAN CAMILO	11/08/2023		14315035	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 10/08/2023 13:41:59 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.53.12.21, 192.230.104.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MENDEZ LOZADA JUAN CAMILO** identificado(a) con **CC** número **1.006.878.412** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 13 de septiembre de 2017 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 10 de agosto 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

2023081013472

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MENDEZ LOZADA JUAN CAMILO** identificado(a) con **CC** número **1.006.878.412** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 13 de septiembre de 2017 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 10 de agosto 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

2023081013472

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RAMIREZ ROMERO CAMILO ALONSO** identificado(a) con **CC** número **80.419.842** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de marzo de 1998 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 08 de junio 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

202306080759

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional
NIT. 800.251.440-6
CÓDIGO 005. República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

790707476

Fecha de Radicación: 04 08 2023

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

1. Tipo de trámite	A. Afiliación		**2. Tipo de Afiliación**	A. Individual	- Cotizante o Cabeza de Familia	X	B. Colectiva		D. De Oficio		**3. Régimen**	A. Contributivo	X
	B. Reporte de Novedades	X			- Beneficiario o Afiliado adicional		C. Institucional					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)							

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: MUÑOZ	Segundo apellido: ARGUMERO	Primer nombre: ELKIN	Segundo nombre: CHAYANNE

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1023904050	Femenino: Masculino: X	14 01 1991

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo: Condición:		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
SURA	PORVENIR	1160000

18. Residencia – Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
CALLE 27 B BIS N 9 46		3026113368	ELKINM123@HOTMAIL.COM

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
BOGOTA	Urbana: X Rural:	CENTRO	BOGOTA D.C.

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 documento de identidad	27. Sexo		28. Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos complementarios

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

	32. Datos de residencia – Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la E.P.S.)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la I.P.S. Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (A registrar por la E.P.S.)
C	EPS SANITAS CENTRO MEDICO SUBA	
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 (A registrar por la E.P.S.)
STOR CONSTRUCCIONES SAS	N I T	901448807	

39. Ubicación – Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CRA 44 A N 78 72 SUR	3134993977	STORCONSTRUCCIONES@GMAIL.COM	BOGOTÁ	BOGOTÁ

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino	Sexo: Masculino	Fecha de Radicación	42. Fecha
[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]		[ ]	[ ]		03 08 2023

43. EPS Anterior	44. Motivo de Traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	Código [ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [ ] 47. Declaración de la NO obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [X] 49. Declaración de NO internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [X] 50. Autorización para que la E.P.S. solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [X] 51. Autorización para que la E.P.S. reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [X] 52. Autorización para que la E.P.S. 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 E.P.S. envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje 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
Elkin muñoz argumero	

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	CE	PA	CD	SC	Total
Cantidad									

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del Registro Civil de Matrimonio o de la Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la unión marital
- [ ] 59. Copia de la Escritura Pública o Sentencia Judicial que declare el divorcio, Sentencia Judicial que declare la separación de cuerpos y Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la terminación de unión marital
- [ ] 60. Copia del Certificado de Adopción o Acta de Entrega del menor
- [ ] 61. Copia de la Orden Judicial o del Acto Administrativo de Custodia
- [ ] 62. Documento 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 Ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
001	11				04 08 2023	D D M M A A A A

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones:

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial	Sello de radicación	Sticker procesamiento
ASESORES COMERCIALES INTEGRALES LIMITADA. C.C. No. 900.282.038	EPS SANITAS RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS Recibido por: A.C.I Fecha: 04-08-2023	

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

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) ELKIN CHAYANNE MUÑOZ ARGUMERO identificado(a) con C.C No. 1.023.904.050, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 03 de agosto del 2023.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **WILLIAM JOVANNI RODRIGUEZ CAMELO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **11451384,** se encuentra afiliado/a desde **19/04/1995** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 03 de agosto 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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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:

CARLOS ALBERTO VELASQUEZ OSPINO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.085.046.518**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Agosto 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.

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:

CESAR ADOLFO BOHORQUEZ VELEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.005.649.560**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Agosto 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.

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:

IRVIN ALBERTO RENGIFO LEON, identificado(a) con PT **6924942**, se encuentraafiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Agosto 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.

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:

JHON ELECZANDER CAMPO ZAGAL, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.062.077.402**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Agosto 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, 03 de August 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 STOR CONSTRUCCIONES SAS.

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 DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1023904050	MUÑOZ ARGUMERO ELKIN CHAYANNE	04/08/2023		g221N242	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 03/08/2023 16:16:44 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.156.144.59, 192.230.104.2, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 03 de August 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 STOR CONSTRUCCIONES SAS.

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 DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C11451384	RODRIGUEZ CAMELO WILLIAM GIOVANNY	04/08/2023		gu37Xt16	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 03/08/2023 17:32:56 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.156.158.13, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 14/08/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	900663872	**Cédula Usuario:**	CC 79954683
Nombre:	INERZIA INGENIERIA SAS				
Dirección:	CL 106 54 93 OF 510				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	GERENCIA@INERZIA.COM.CO				
Teléfono:	3123373365		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411101 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METALICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALES EXISTENTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 79954683	JULIO ANDRES LARA GARAY

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	103	15/08/2023	CC 1085046518	VELASQUEZ OSPINO CARLOS	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MRS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

2B428D15E3F8B92672B8438FFDD28EB5 Certificado impreso el día 8/14/2023 10:42:35 AM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

CARLOS ALBERTO
VELASQUEZ OSPINO
1085046518

INERZIA INGENIERIA SAS
900663872

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 14/08/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	900663872	**Cédula Usuario:**	CC 79954683
Nombre:	INERZIA INGENIERIA SAS				
Dirección:	CL 106 54 93 OF 510				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	GERENCIA@INERZIA.COM.CO				
Teléfono:	3123373365		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411101 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METALICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALES EXISTENTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 79954683	JULIO ANDRES LARA GARAY

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	100	15/08/2023	CC 1005649560	BOHORQUEZ VELEZ CESAR	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

2B428D15E3F8B92672B8438FFDD28EB5 Certificado impreso el día 8/14/2023 10:37:02 AM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

CESAR ADOLFO
BOHORQUEZ VELEZ
1005649560

INERZIA INGENIERIA SAS
900663872

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 14/08/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	900663872	**Cédula Usuario:**	CC 79954683
Nombre:	INERZIA INGENIERIA SAS				
Dirección:	CL 106 54 93 OF 510				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	GERENCIA@INERZIA.COM.CO				
Teléfono:	3123373365		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411101 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METALICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALES EXISTENTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 79954683	JULIO ANDRES LARA GARAY

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	101	15/08/2023	PT 6924942	RENGIFO LEON IRVIN	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

2B428D15E3F8B92672B8438FFDD28EB5 Certificado impreso el día 8/14/2023 10:39:29 AM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

IRVIN ALBERTO
RENGIFO LEON
6924942
INERZIA INGENIERIA SAS
900663872

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 17/08/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	900663872	**Cédula Usuario:**	CC 79954683
Nombre:	INERZIA INGENIERIA SAS				
Dirección:	CL 106 54 93 OF 510				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	GERENCIA@INERZIA.COM.CO				
Teléfono:	3123373365		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411101 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METALICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALES EXISTENTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 79954683	JULIO ANDRES LARA GARAY

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	104	18/08/2023	CC 1062077402	CAMPO ZAGAL JHON	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MRS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

2D475C360B144BDBE2E040810A615F66 Certificado impreso el día 8/17/2023 3:24:41 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

JHON ELECZANDER
CAMPO ZAGAL
1062077402
INERZIA INGENIERIA SAS
900663872

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9010282057
9010282057

No. de Radicación: 26601488

Fecha de Radicación: 03 08 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: RODRIGUEZ	Segundo Apellido: CAMELO	Primer Nombre: WILLIAM	Segundo Nombre: JOVANNI

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	11451384	Femenino [ ] Masculino [X]	D 24 M 12 A 1975

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 [ ] Condición [ ]			SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A	

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	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia

	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)
STOR CONSTRUCCIONES SAS	NT	901448807	

39. Ubicación				
CR 44 A 78 72 SUR	3134993977		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripción en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [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 03 M 08 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		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

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

"Código únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]
4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
CÓDIGO:
FECHA DE LA SOLICITUD: 14 | 08 | 2023

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
RENGIFO	LEON	IRVIN	ALBERTO

7. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC [ ] TI [ ] CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ]
8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 6924942
9. SEXO: F [ ] M [X]
10. FECHA NACIMIENTO: DÍA 10 | MES 12 | AÑO 1989

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ENECO: Código [ ] Tipo: E [ ] N [ ] M [ ]
12. DISCAPACIDAD: Tipo: F [ ] N [ ] M [ ] Condición: T [ ] P [ ]
13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN:
14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL:
15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES: POSITIVA
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES: PORVENIR
17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC: 1160000
18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:
ZONA: U. [ ] R. [ ]
LOCALIDAD / COMUNA:
BARRIO:
CIUDAD / MUNICIPIO:
DEPARTAMENTO:
TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO MÓVIL:
CORREO ELECTRÓNICO:
CÓDIGO IPS:

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS:

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ]
21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
22. SEXO: F [ ] M [ ]
23. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
CÓDIGO IPS:

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

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO	28. FECHA DE NACIMIENTO	29. PARENTESCO	30. EPS	31. DISCAPACIDAD Tipo	31. DISCAPACIDAD Condición
1		RC TI CC CE PA CD SC		F M	DÍA MES AÑO			F N M	T P
2		RC TI CC CE PA CD SC		F M	DÍA MES AÑO			F N M	T P
3		RC TI CC CE PA CD SC		F M	DÍA MES AÑO			F N M	T P
4		RC TI CC CE PA CD SC		F M	DÍA MES AÑO			F N M	T P

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Movil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (La diligencia la EPS)	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS)	NIVEL DE SISBEN	GRUPO POBLACIONAL
1			R. [ ] U. [ ]					1 [ ] 2 [ ]	
2			R. [ ] U. [ ]					1 [ ] 2 [ ]	
3			R. [ ] U. [ ]					1 [ ] 2 [ ]	
4			R. [ ] U. [ ]					1 [ ] 2 [ ]	

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: INERZIA INGENIERIA SAS
36. Tipo documento de identidad: CC [ ] CE [ ] PA [ ] ED [ ] NIT [X]
37. Número documento de identidad: 900663872
DV: 5
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones:
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: CL 59 45 45 OF 302
CIUDAD / MPIO: BOGOTA
DEPARTAMENTO: BOGOTA
TELÉFONO FIJO:
3123373365
CORREO ELECTRÓNICO:
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 14 | 08 | 2023
CARGO: AYUDANTE
SALARIO: 1160000

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/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ]
Código [ ]
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [ ]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. NOVEDAD
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
B) AL 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 CAUSADO DE PREPENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CAUSADO DE PENSIONADO [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
SEXO: F [ ] M [ ]
FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

42. FECHA (a partir de): DÍA | MES | AÑO
43. EPS ANTERIOR Código
44. MOTIVO DE TRASLADO Código
45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia. Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ de mes _____ del año _____ [ ]

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [ ]
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 impidan la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios. Anexo copia de la Entidad. [ ]
49. Declaración de no intermediación 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 lo requieran. [ ]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. Firma y sello del 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 [ ]
Carnet [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
Total [ ]

57. Copia del dictamen de calificación permanente emitido por la autoridad competente [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación, 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 o de la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, del certificado de defunción de los padres o la declaración notarial por el cónyuge [ ]
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 de cabeza [ ]

nueva eps RECIBIDO
Anexos:

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial
Código del Municipio [ ] Código del departamento [ ]
67. Datos del SISBEN
Número de ficha [ ] Puntaje [ ] Nivel [ ]
68. Fecha de radicación: DÍA | MES | AÑO
69. Fecha de validación: DÍA | MES | AÑO
70. Datos del funcionario que realiza la validación

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO FORMATO PARA ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAÍDAS (EPCC)	CÓDIGO: GTH-F-51 FECHA: 21/04/2022 VERSIÓN: 02 Página 1 de 1

DATOS DEL FUNCIONARIO (A)

NOMBRE Y APELLIDO	CLASE DE DOCUMENTO	No DE DOCUMENTO	CARGO	UNIDAD DE GESTIÓN A LA QUE PERTENECE:
CARLOS ALBERTO VELASQUEZ OSPINO	CC	1085046518	AYUDANTE	

COMPROMISO

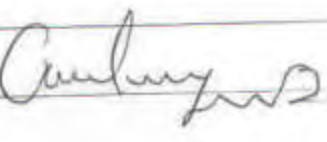
Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal suministrados por el IDARTES con el fin de dar cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo vigentes y aplicables para la entidad, las cuales contribuyen a mi bienestar mental, físico y social.
"El uso de los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) está enmarcado en la siguiente normatividad: LEY 9 DE 1979. Art. 122, sobre elementos de protección personal: "a- Los empleadores están obligados a proporcionar a cada trabajador, sin costo para este, elementos de protección personal" RESOLUCIÓN 2400 de 1979: Son obligaciones de los trabajadores: Utilizar y mantener adecuadamente las instalaciones de la empresa, los elementos de trabajo, los dispositivos para el control de riesgos y los equipos de protección personal que el patrono suministre, y conservar el orden y aseo en los lugares de trabajo.
Decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.12): Se debe registrar la entrega de Equipos y Elementos de protección personal. Resolución 0312 de 2019 establece los estándares mínimos del Sistema de Gestión de SST
El presente compromiso quedará archivado en el Área de Talento Humano para los fines pertinentes."

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

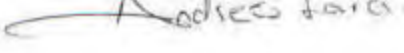
ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACION
1	TAPA OIDOS	1	14/08/2023	
2	GUANTES	1	14/08/2023	
3	GAFAS	1	14/08/2023	
4	CASCO DE SEGURIDAD	1	14/08/2023	
5	OVEROL	1	14/08/2023	
6	ZAPATOS DE SEGURIDAD	1	14/08/2023	
7	TAPABOCAS	1	14/08/2023	
8				
9				
10				

ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAÍDA

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACION
1				
2				
3				

FIRMA TRABAJADOR	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	FIRMA
ANDRES LARA	79954683	INGENIERO	

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO FORMATO PARA ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAÍDAS (EPCC)	CÓDIGO: GTH-F-51 FECHA: 21/04/2022 VERSIÓN: 02 Página 1 de 1

DATOS DEL FUNCIONARIO (A)

NOMBRE Y APELLIDO	CLASE DE DOCUMENTO	No DE DOCUMENTO	CARGO	UNIDAD DE GESTIÓN A LA QUE PERTENECE:
CESAR ADOLFO BOHORQUEZ	CC	1005649560	AYUDANTE	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal suministrados por el IDARTES con el fin de dar cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo vigentes y aplicables para la entidad, las cuales contribuyen a mi bienestar mental, físico y social.

"El uso de los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) está enmarcado en la siguiente normatividad: LEY 9 DE 1979: Art. 122, sobre elementos de protección personal: "a- Los empleadores están obligados a proporcionar a cada trabajador, sin costo para este, elementos de protección personal". RESOLUCIÓN 2400 de 1979: Son obligaciones de los trabajadores: Utilizar y mantener adecuadamente las instalaciones de la empresa, los elementos de trabajo, los dispositivos para el control de riesgos y los equipos de protección personal que el patrono suministre, y conservar el orden y aseo en los lugares de trabajo.

Decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.12): Se debe registrar la entrega de Equipos y Elementos de protección personal. Resolución 0312 de 2019 establece los estándares mínimos del Sistema de Gestión de SST

El presente compromiso quedará archivado en el Área de Talento Humano para los fines pertinentes."

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACION
1	TAPA OIDOS	1	14/08/2023	
2	GUANTES	1	14/08/2023	
3	GAFAS	1	14/08/2023	
4	CASCO DE SEGURIDAD	1	14/08/2023	
5	OVEROL	1	14/08/2023	
6	ZAPATOS DE SEGURIDAD	1	14/08/2023	
7	TAPABOCAS	1	14/08/2023	
8				
9				
10				

ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAÍDA

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACION
1				
2				
3				

FIRMA TRABAJADOR	CesAr Bohorquez

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	FIRMA
ANDRES LARA	79954683	INGENIERO	Andres Lara

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO FORMATO PARA ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAÍDAS (EPCC)	CÓDIGO: GTH-F-51 FECHA: 21/04/2022 VERSIÓN: 02 Página 1 de 1

DATOS DEL FUNCIONARIO (A)

NOMBRE Y APELLIDO	CLASE DE DOCUMENTO	No DE DOCUMENTO	CARGO	UNIDAD DE GESTIÓN A LA QUE PERTENECE:
IRVIN ALBERTO RENGIFO LEON	PT	6924942	AYUDANTE	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal suministrados por el IDARTES con el fin de dar cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo vigentes y aplicables para la entidad, las cuales contribuyen a mi bienestar mental, físico y social.

"El uso de los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) está enmarcado en la siguiente normatividad: LEY 9 DE 1979: Art. 122, sobre elementos de protección personal: "a- Los empleadores están obligados a proporcionar a cada trabajador, sin costo para este, elementos de protección personal RESOLUCIÓN 2400 de 1979: Son obligaciones de los trabajadores: Utilizar y mantener adecuadamente las instalaciones de la empresa, los elementos de trabajo, los dispositivos para el control de riesgos y los equipos de protección personal que el patrono suministre, y conservar el orden y aseo en los lugares de trabajo.
Decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.12): Se debe registrar la entrega de Equipos y Elementos de protección personal. Resolución 0312 de 2019 establece los estándares mínimos del Sistema de Gestión de SST.
El presente compromiso quedará archivado en el Área de Talento Humano para los fines pertinentes."

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACION
1	TAPA OIDOS	1	14/08/2023	
2	GUANTES	1	14/08/2023	
3	GAFAS	1	14/08/2023	
4	CASCO DE SEGURIDAD	1	14/08/2023	
5	OVEROL	1	14/08/2023	
6	ZAPATOS DE SEGURIDAD	1	14/08/2023	
7	TAPABOCAS	1	14/08/2023	
8				
9				
10				

ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAÍDA

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACION
1	ARNES DE SEGURIDAD	1	14/08/2023	
2	ESLINGA	1	14/08/2023	
3				

FIRMA TRABAJADOR	IRVIN RENGIFO

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	FIRMA
ANDRES LARA	79954683	INGENIERO	Andres Lara.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Instituto Distrital de las Artes	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO FORMATO PARA ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAÍDAS (EPCC)	CÓDIGO: GTH-F-51 FECHA: 21/04/2022 VERSIÓN: 02 Página 1 de 1

DATOS DEL FUNCIONARIO (A)

NOMBRE Y APELLIDO	CLASE DE DOCUMENTO	No DE DOCUMENTO	CARGO	UNIDAD DE GESTIÓN A LA QUE PERTENECE:
JHON ELECZANDER CAMPO ZAGAL	CC	1062077402	OFICIAL	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal suministrados por el IDARTES con el fin de dar cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo vigentes y aplicables para la entidad, las cuales contribuyen a mi bienestar mental, fisico y social.

"El uso de los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) está enmarcado en la siguiente normatividad LEY 9 DE 1979: Art. 122, sobre elementos de protección personal: "a- Los empleadores están obligados a proporcionar a cada trabajador, sin costo para este, elementos de protección personal" RESOLUCIÓN 2400 de 1979. Son obligaciones de los trabajadores: Utilizar y mantener adecuadamente las instalaciones de la empresa, los elementos de trabajo, los dispositivos para el control de riesgos y los equipos de protección personal que el patrono suministre, y conservar el orden y aseo en los lugares de trabajo.

Decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.12): Se debe registrar la entrega de Equipos y Elementos de protección personal. Resolución 0312 de 2019 establece los estándares mínimos del Sistema de Gestión de SST

El presente compromiso quedará archivado en el Área de Talento Humano para los fines pertinentes."

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACION
1	TAPA OIDOS	1	17/08/2023	
2	GUANTES	1	17/08/2023	
3	GAFAS	1	17/08/2023	
4	CASCO DE SEGURIDAD	1	17/08/2023	
5	OVEROL	1	17/08/2023	
6	ZAPATOS DE SEGURIDAD	1	17/08/2023	
7	TAPABOCAS	1	17/08/2023	
8				
9				
10				

ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAÍDA

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACION
1	ARNES DE SEGURIDAD	1	17/08/2023	
2	ESLINGA	1	17/08/2023	
3				

FIRMA TRABAJADOR	Jhon A Campo Zagal

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	FIRMA
ANDRES LARA	79954683	INGENIERO	Andres Lara

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud 6l_1822015

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Reingreso 1	
Empleador	NI 901378317 SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS
Afiliado	CC 1033692309 HUGO ALBERTO RODRIGUEZ MOSQUERA
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 1,160,000
Cargo	OTRO
Sucursal	MOSQUERA CALLE 17 NO. 13-48 ESTE
Fecha de ingreso	04/09/2023
Fecha de radicación	04/09/2023 03:21:08 p.m.
Código de Transacción	164182706
Resultado delReingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 10/2023

Fecha de generación 04/09/2023

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 04/09/2023, el empleador SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS identificado con NIT número 901378317 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
6131916	04/09/2023	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	15030338	MARCIAL DIAZ AVILA	1160000	AUXILIAR ACTUARIAL	2023-09-06

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 4 días del mes de Septiembre del año 2023.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 04/09/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901378317	**Cédula Usuario:**	CC 1024561771
Nombre:	SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS				
Dirección:	CL 57 Z 75 D 10 SUR CA 51				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	GERENCIA.SIGMACYS@GMAIL.COM				
Teléfono:	3209054734		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5433001 TERMINACION Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERIA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACION EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCION DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERAMICA, HORMIGON O PIEDRA TALLADA, PARQUE Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1024561771	ISIS DANIELA MARIN MARTINEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	228	05/09/2023	CC 1033692309	RODRIGUEZ MOSQUERA HUGO	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

57040DBF700FEF10F7FC9F150CB5B536 Certificado impreso el día 9/4/2023 3:27:16 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

HUGO ALBERTO
RODRIGUEZ MOSQUERA
1033692309

SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS
901378317

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 04/09/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901378317	**Cédula Usuario:**	CC 1024561771
Nombre:	SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS				
Dirección:	CL 57 Z 75 D 10 SUR CA 51				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	GERENCIA.SIGMACYS@GMAIL.COM				
Teléfono:	3209054734		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5433001 TERMINACION Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERIA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACION EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCION DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERAMICA, HORMIGON O PIEDRA TALLADA, PARQUE Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1024561771	ISIS DANIELA MARIN MARTINEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	229	05/09/2023	CC 15030338	DIAZ AVILA MARCIAL	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

57040DBF700FEF10F7FC9F150CB5B536 Certificado impreso el día 9/4/2023 4:31:18 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

MARCIAL
DIAZ AVILA
15030338

SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS
901378317

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RODRIGUEZ MOSQUERA HUGO ALBERTO** identificado(a) con **CC** número **1.033.692.309** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 06 de julio de 2007 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 04 de septiembre 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

2023090415355

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:

MARCIAL DIAZ AVILA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **15.030.338**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Septiembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Bogotá DC. 4 de Septiembre de 2.023

CONSTANCIA 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 4/9/2023, 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 https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. 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 Identificación	CC 1033692309
Nombres y Apellidos	HUGO ALBERTO RODRIGUEZ MOSQUERA
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NIT 901378317
Razón Social Empleador	SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	6/9/2023
Fecha de Ingreso a Compensar	4/9/2023
Cargo	AYUDANTE DE OBRA
Horas Labor Mes	240
Sueldo básico	$ 1160000

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS, 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 en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

ISO 9001 icontec SC 5092 14
IQNet
VIGILADO SuperSubsidio

Bogotá DC. 4 de Septiembre de 2.023

CONSTANCIA 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 4/9/2023, 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 https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. 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 Identificación	CC 15030338
Nombres y Apellidos	MARCIAL DIAZ AVILA
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NIT 901378317
Razón Social Empleador	SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	6/9/2023
Fecha de Ingreso a Compensar	4/9/2023
Cargo	AYUDANTE DE OBRA
Horas Labor Mes	240
Sueldo básico	$ 1160000

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS, 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 en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

ISO 9001 icontec SC 5092 14
IQNet
VIGILADO SuperSubsidio

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:

RONAL MINA LOPEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.078.686.825**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 29 de Agosto 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.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **DOMINGUEZ GONZALEZ WILFREDO ALBERTO** identificado(a) con **CC** número **1.063.084.100** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 25 de agosto de 2023 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 25 de agosto de 2023.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2023082515411

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 230077496

PIB
11:12:22

Bogotá DC, 26 de agosto del 2023

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) WILFREDO ALBERTO DOMINGUEZ GONZALEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1063084100:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

ARL | sura

RONAL
MINA LOPEZ

C.C 1078686825
Nit N901618958
Afiliado DEP
Empresa ONEPRO SERVIS SAS

Medellín, 25 de Agosto 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 ONEPRO SERVIS SAS, en el centro de trabajo 0000000003 - CONSTRUCCION, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1063084100	DOMINGUEZ GONZALEZ WILFREDO ALBERTO	25/08/2023		13625211	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:C798491672323752854

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 25/08/2023 14:40:54 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.145.240.76, 198.143.41.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 25 de Agosto 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 ONEPRO SERVIS SAS, en el centro de trabajo 0000000003 - CONSTRUCCION, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre		Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
X5197184	CHIRINOS	YONATHAN JULIO	25/08/2023		13194224	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:C798491672323753461

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 25/08/2023 14:51:01 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.145.240.76, 198.143.41.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 29 de Agosto de 2.023

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1078686825
Nombre	: RONAL MINA LOPEZ
Empresa/Contratante	: ONEPRO SERVIS SAS
Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901618958
Fecha de Afiliación a CCF	: 2023/08/29
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2023/08/28
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a A QUIEN INTERESE y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario, considerando solo validos el formato de inscripción, modificación a la Caja de Compensación

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

VIGILADO SuperSubsidio

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 29 de Agosto de 2.023

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 16513307
Nombre	: OSMAN PRETEL IBARGUEN
Empresa/Contratante	: ONEPRO SERVIS SAS
Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901618958
Fecha de Afiliación a CCF	: 2023/08/29
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2023/08/28
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a A QUIEN INTERESE y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario, considerando solo validos el formato de inscripción, modificación a la Caja de Compensación

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

VIGILADO SuperSubsidio

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 28/08/2023, el empleador ONEPRO SERVIS SAS identificado con NIT número 901618958 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
6106791	28/08/2023	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1078686825	RONAL MINA LOPEZ	1160000	OTROS OFICIALES, OPERARIOS Y OFICIOS	2023-08-28

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 28 días del mes de Agosto del año 2023.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva