17 Anexos

Anexo No. 1 Matriz Ambiental
Anexo No. 2 Cronograma Ambiental
Anexo No. 3 Formatos
Anexo No. 4 Plan de Gestión de Residuos de Construcción y Demolición

MAPO sas INGENIERIA

BOGOTÁ | INSTITUTO DISTRITAL DE GESTIÓN DE RIESGOS Y CAMBIO CLIMÁTICO - IDIGER

ANEXO AMBIENTAL 10A CHARLAS AMBIENTALES

MAPO sas INGENIERIA	REGISTRO DE ASISTENCIA

Fecha: 15 de Junio de 2023

Responsable de la actividad: N. la Yadira Contreras

Tema: Código de colores para separación de residuos sólidos - Resolución 2184 de 2019

NOMBRE	CONTRATO	FIRMA
~~María del Carmen Posada~~	Ilimani	
~~Nila Y. Contreras~~	Ilimani	~~Nila Y. Contreras S.~~
~~Mauricio Franco P~~	Ilimani	~~Mauricio Franco P~~
MAURICIO POSADA	Ilimani	
Maria Teriano	Ilimani	
David Andres Maldonado	Ilimani	David Maldonado
Angel Ivan Cuy	Ilimani	
Jeisson Peña.	Ilimani	
Fernando Nieto.	Ilimani.	

Firma expositor: Nila Y. Contreras S

NILA Y. CONTRERAS S.
Profesional SST-MA
Interventoría

MAPO sas INGENIERIA

BOGOTÁ | INSTITUTO DISTRITAL DE GESTIÓN DE RIESGOS Y CAMBIO CLIMÁTICO - IDIGER

ANEXO AMBIENTAL 11A LICENCIA AMBIENTAL LASEA

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D.C.
Secretaría Distrital
Ambiente

RESOLUCION _____

POR LA CUAL SE MODIFICA LICENCIA AMBIENTAL OTORGADA POR RESOLUCION No. 3010 DE 28 DE DICIEMBRE DE 2005

EL SECRETARIO DISTRITAL DE AMBIENTE

De conformidad con la Ley 99 del 22 de Diciembre 1993, Decreto 1220 de 2005, Decreto 4741 de 2005, Decreto 500 de 2006, el Acuerdo 257 del 30 de noviembre de 2006, Decretos Distritales 561 y 562 del 29 de diciembre de 2006, y

CONSIDERANDO

ANTECEDENTES

Que mediante Resolución No. 3010 de diciembre 28 de 2005, se otorgó " Licencia Ambiental a la empresa Lasea Soluciones EU para prestar el servicio de recolección, transporte, almacenamiento y disposición final de residuos plásticos y filtros para aceite provenientes principalmente de las actividades de lubricación automotriz en las instalaciones de la Carrera 80 No. 16D -11, de la Localidad de Fontibón."

Que mediante radicado 2007ER2439 del 18 de enero de 2007, la empresa Lasea Soluciones EU presentó solicitud ante esta Entidad para la modificación de la Licencia Ambiental otorgada mediante Resolución 3010 d e diciembre 28 de 2005.

Que por radicado 2007ER5028 de enero de 2007, la citada empresa remite información complementaria al radicado 200ER2439 del 18 de enero de 2007.

Que en el Radicado 2007ER23928 de junio 12 de 2007, Lasea Soluciones EU remite información complementaria al radicado 2439 de 2007, y finalmente, solicita que la totalidad de la documentación presentada se evalúe como la solicitud de una nueva licencia y no como una ampliación de la Licencia Ambiental No. 3010 del 28 de diciembre de 2005.

Cra. 6 No. 14-98 Pisos 2°, 5°, 6°, 7° y 9° Bloque A; pisos 3° y 4° Bloque B; Edificio Cor[illegible]
PBX. 444 1030 Fax 444 1030 ext. 522 - BOGOTÁ, D.C. – Colombia
www.secretariadeambiente.gov.co

BOG BOGOTÁ POSITIVA

479

Que mediante Concepto Técnico No. 7836 de agosto 21 de 2007, se revisó la documentación que soporta los procedimientos de manejo, la identificación de los dispositores finales para la solicitud de nueva licencia ambiental.

Que mediante radicado SDA 2007ER35788 de agosto 30 de 2007 y Memorando interno 2007IE19013 de octubre 24 de 2007, se relaciona información complementaria a los radicados 2007ER2439 y 2007ER23928 para la solicitud de modificación de la licencia ambiental otorgada mediante Resolución 3010 de diciembre 28 de 2005. Igualmente, se solicitada corrección del documento " Ficha ambiental No. 11": Definición de los procesos y dispositores autorizados para las sustancias o residuos peligrosos.

Que mediante Concepto Técnico No. 14274 del 07 de diciembre de 2007, se realizó la evaluación ambiental de los radicados SDA 2007ER35788 de agosto 30 de 2007, 2007ER46124 de octubre 30 de 2007, 2007ER51762 de 04 de diciembre de 2007, y el Memorando 2007IE19013 de octubre 24 de 2007 y se da alcance al Concepto Técnico No. 7836 de agosto 21 de 2007.

Que de otra parte el Concepto Técnico No. 14274 del 07 de diciembre de 2007, recomienda adicionar unas obligaciones a la Resolución 3010 de diciembre 28 de 2005, lo cual se acoge en la parte resolutiva del presente acto administrativo.

Que una vez evaluadas las actividades adicionales propuestas por el propietario de Lasea Soluciones EU, en relación con el almacenamiento de filtros usados en las instalaciones de Lasea Soluciones EU, se estableció que los impactos identificados y sus respectivas medidas de mitigación ya están planteadas en la Licencia Ambiental inicialmente otorgada.

Que, con las actividades propuestas no se generan impactos o afectaciones diferentes a los ya identificados y controlados, por lo tanto es viable técnicamente aprobar dichos procedimientos en el manejo interno de los filtros usados.

CONSIDERACIONES JURIDICAS

Que con fundamento en el ordenamiento jurídico aplicable a la actividad que desarrolla el establecimiento de comercio Lasea Soluciones E U., esta Secretaría

encuentra procedente modificar la Licencia Ambiental otorgada mediante Resolución No. 3010 del 28 de diciembre de 2005, por intermedio de su representante legal señor Luis Fernando Guerrero, en el sentido de autorizar la recolección, transporte, almacenamiento y disposición final de los residuos que se relacionan en la parte resolutiva del presente acto administrativo.

Que el artículo 2º de la Constitución Nacional establece: "Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo".

Que el artículo 8º de la Constitución Nacional establece: "Es obligación del Estado y de las Personas proteger las riquezas culturales y naturales de la Nación".

Que el artículo 79 de la Carta Magna, determina entre otras cosas que es deber del Estado proteger la diversidad e integridad del ambiente, conservar las áreas de especial importancia ecológica y fomentar la educación para el logro de dichos fines.

Que el artículo 80 de la Constitución Nacional, señala que corresponde al Estado planificar el manejo y aprovechamiento de los recursos naturales, para garantizar su desarrollo sostenible, su conservación, restauración o sustitución. Además, indica que el Estado deberá prevenir y controlar los factores de deterioro ambiental, imponer las sanciones legales y exigir la reparación de los daños causados.

Que el artículo 95 numeral 8 de la Carta Política, dispone que es deber de todo ciudadano, proteger los recursos culturales y naturales del país y velar por la conservación de un ambiente sano.

Que la parte IV del Decreto - Ley 2811 de 1974 se refiere a: "De las normas de preservación ambiental relativas a elementos ajenos a los recursos naturales", Título I: "Productos Químicos, sustancias Tóxicas y Radioactivas", ordena en su Artículo 32 : Para prevenir el deterioro ambiental o daño en la salud del hombre y de los demás seres vivientes se establecerán los requisitos y condiciones para la importación, la fabricación, el transporte, el almacenamiento, la comercialización,

el manejo, el empleo o la disposición de sustancias y productos tóxicos o peligrosos.

Título V –art. 26 numeral 3 del Decreto 1220 de 2005, por el cual se reglamenta el Título VIII de la Ley 99 de 1993, sobre licencias ambientales, establece que uno de los casos que autoriza la modificación de la licencia ambiental inicialmente otorgada se presenta cuando se pretendan variar las condiciones de uso, aprovechamiento o afectación de un recurso natural renovable, consagradas en la licencia ambiental.

Que mediante el Acuerdo 257 del 30 de noviembre de 2006, se modificó la estructura de la Alcaldía Mayor de Bogotá y se transformó el Departamento Técnico Administrativo de Medio Ambiente DAMA, en la Secretaría Distrital de Ambiente, a la que se le asignó entre otras funciones, la de elaborar, revisar y expedir los actos administrativos por medio de los cuales se otorguen o nieguen las licencias ambientales y demás instrumentos de manejo y control ambiental de competencia de este ente administrativo, así como los actos administrativos que sean necesarios para adelantar el procedimiento que tenga como fin el licenciamiento ambiental y demás autorizaciones ambientales.

Que en virtud del decreto 561 del 29 de diciembre de 2006, se establece la estructura organizacional de la Secretaría Distrital de Ambiente, se determinan funciones de sus dependencias y se dictan otras disposiciones, dentro de las cuales, se encuentra la de suscribir los actos administrativos por medio de los cuales se otorgan, conceden, niegan, modifican los permisos y/o autorizaciones ambientales.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: Modificar el artículo primero de la Resolución 3010 de diciembre 28 de 2005, por la cual se otorgó licencia ambiental a la empresa unipersonal LASEA SOLUCIONES EU, identificada el NIT 830.123.182-1, por intermedio de su representante legal señor Luis Fernando Guerrero R, identificado con la Cédula de ciudadanía No. 19.279.916 de Bogotá, o quien haga

sus veces, ubicada en la Avenida Carrera 80 No. 16D -11, de la localidad de Fontibón, en el sentido de incluir las siguientes actividades:

- Desechos resultantes de la producción y preparación de productos farmacéuticos.
- Mezclas y emulsiones de desechos de aceite y agua, o de hidrocarburos y agua, con excepción de lodos que son componentes orgánicos.
- Desechos resultantes de la producción, preparación y utilización de tintas, colorantes, pigmentos, pinturas, lacas o barnices.
- Desechos resultantes de la producción, preparación y utilización de resinas, latex, plastificantes o colas y adhesivos.
- Residuos eléctricos, electrónicos y de telecomunicaciones
- Acumuladores, Baterías Níquel – Cadmio y/o baterías secas.
- Tubos fluorescentes, lámparas de mercurio.

ARTÍCULO SEGUNDO: Modificar el artículo segundo de la Resolución 3010 del 28 de diciembre de 2005, en el sentido de incluir las siguientes obligaciones:

1. El establecimiento de comercio Lasea Soluciones EU no podrá manejar residuos peligrosos diferentes a los listados en el Anexo – Ficha ambiental No. 11 (radicado 2007ER35788), y que hayan sido autorizados en el presente concepto técnico, es decir para los cuales no tenga Licencia Ambiental.

2. Generar y enviar a esta Secretaría Distrital de Ambiente, un informe consolidado semestral en forma impresa y en medio magnético de los residuos peligrosos recibidos, el tipo de proceso o disposición realizado a estos y el dispositor final de los residuos.

3. La empresa deberá dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto 1609 de d2002, en lo relacionado al transporte, embalaje y señalización, en caso de cambiar de vehículo o arrendar uno, se debe informar a esta Secretaría, así como aclarar en el caso de arrendamiento quién es el responsable en caso de contingencias y accidentes.

4. La empresa deberá dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto 4741 de 2005 como generador, transportador y receptor de residuos peligrosos.

5. En caso de desmantelamiento, la empresa deberá informar con anticipación de dos meses a esta Secretaría y presentar los estudios de

suelo a realizar que permitan determinar si existe algún tipo de material residual contaminante. Los requisitos mínimos para este estudio serán los siguientes:

- Determinación de nivel freático
- Distribución de los muestreos en el suelo
- Tipo de sustancias a analizar
- Profundidad de los muestreos
- Protocolo de muestreo
- Cadena de custodia de los análisis
- Laboratorio y protocolos de análisis a utilizar

6. Esta información debe ser evaluada por la autoridad - ambiental - y aceptada para que se de inicio a este estudio, luego la empresa debe presentar los resultados para determinar si son necesarias medidas adicionales.

7. La empresa debe dar estricto cumplimiento a todas las medidas planteadas en el Plan de Manejo Ambiental – PMA- presentado y sobre el cual se evaluó la viabilidad técnica ambiental de la ampliación de la Licencia Ambiental.

8. La empresa Lasea Soluciones EU será la responsable de los residuos que recoja de acuerdo a lo establecido en el Decreto 4741 de 2005 y la Ley 430 de 1998 En este marco debe suministrar las actas de recolección a los generadores y mantener actualizado el archivo de actas de entrega a aprovechadores y dispositores finales.

9. La empresa Lasea Soluciones EU debe tener un inventario estricto de los medicamentos y fármacos vendidos que recoge frente a las cantidades entregadas a los dispositores finales.

10. La empresa Lasea Soluciones EU deberá presentar dentro de los 30 días siguientes contados a partir de la ejecutoria del presente acto administrativo, los Diagramas de flujo con su memoria explicativa (procedimiento) de la secuencia del proceso de recolección, almacenamiento y entrega a los receptores del residuo peligroso, para lo cual debe contemplar las etapas de llegada de los vehículos transportadores, sistema de recolección (cargue, bombeo), la movilización, el descargue, almacenamiento y entrega a la empresa que trata,

Cra. 6 No. 14-98 Pisos 2°, 5°, 6°, 7° y 9° Bloque A, pisos 3° y 4° Bloque B, Edificio Co[illegible]
PBX. 444 1030 Fax 444 1030 ext. 522 - BOGOTÁ, D.C. – Colombia
www.secretariadeambiente.gov.co

aprovecha y/o dispone los residuos, para cada tipo de residuo autorizado en la presente (autorización) de ampliación de licencia ambiental.

ARTÍCULO TERCERO: Las demás obligaciones contenidas en la Resolución 3010 de diciembre 28 de 2005, continúan vigentes.

ARTÍCULO CUARTO: Notificar al señor Luis Fernando Guerrero R. en calidad de gerente general de LASEA SOLUCIONES EU, o quien haga sus veces, en la carrera 80 No. 16D- 11, el contenido de la presente Resolución.

ARTÍCULO QUINTO: Fijar la presente providencia en un lugar público de la Entidad, remitir copia a la Alcaldía Local de Fontibón, para que surta el mismo trámite y publicarla en el Boletín que para tal efecto disponga esta Secretaría. Lo anterior, en cumplimiento del artículo 71 de la Ley 99 de 1.993.

ARTÍCULO SEXTO: Contra el presente acto administrativo procede recurso de reposición de conformidad con lo establecido en los artículos 51 y 52 del Código Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE, COMUNÍQUESE, PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE
Dado en Bogotá D.C.

JUAN ANTONIO NIETO ESCALANTE
Secretario Distrital de Ambiente

Proyectó: elizabethlozanop
Revisó: ConstanzaZúñiga
Aprobó. Dra. Alexandra Lozano Vergara
MODIFICACION LALASEA SOLUCIONES
DM - 07 - 04 1223

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D.C.
Departamento Técnico Administrativo
MEDIO AMBIENTE

RESOLUCION No. 3010

POR LA CUAL SE OTORGA UNA LICENCIA AMBIENTAL Y SE ADOPTAN OTRAS DETERMINACIONES

LA DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO TECNICO ADMINISTRATIVO DEL MEDIO AMBIENTE DAMA

En uso de sus facultades legales, en especial las conferidas por la Ley 99 de 1993, Decreto 1220 del 21 de abril de 2005, Decreto 330 de 2003, Resolución 1188 del 1 de Septiembre de 2003, la Resolución 2173 del 31 de Diciembre de 2003, y

CONSIDERANDO:

Que mediante el radicado 26442 del 2 de agosto de 2004, la señora ADDA CLARA GALVIS S Representante legal de la empresa unipersonal **LASEA SOLUCIONES E.U**, presentó solicitud de Licencia Ambiental para prestar el servicio de recolección, transporte, almacenamiento y disposición final de residuos plásticos y filtros para aceite provenientes principalmente de las actividades de lubricación automotriz en la Transversal 78 No. 17 – 41 de la localidad de Fontibón de esta ciudad.

Que mediante Auto No. 2317 del 28 de septiembre de 2004, se inició el trámite administrativo ambiental para el otorgamiento de la Licencia Ambiental a la empresa unipersonal **LASEA SOLUCIONES E.U**, para prestar el servicio de recolección, transporte, almacenamiento y disposición final de residuos plásticos y filtros para aceite provenientes principalmente de las actividades de lubricación automotriz, a favor de la señora ADDA CLARA GALVIS S, en calidad de representante legal de Lasea Soluciones EU, o quien haga sus veces, cuya dirección comercial es la transversal 78 17 – 41 (nomenclatura antigua).

Que obra en el expediente el formato de autoliquidación 7535 del 2 de agosto de 2004 por valor de ciento cincuenta mil setecientos pesos m/cte ($ 150.700.oo), los cuales fueron cancelados en el Banco de Occidente, en cumplimiento a lo dispuesto en los mandatos de la Resolución DAMA No. 2173 del 31 de Diciembre del 2003, por la cual se fijaron las tarifas para el cobro de los servicios de evaluación y seguimiento de las licencias ambientales, permisos, concesiones, autorizaciones y demás instrumentos de control y manejo ambiental.

Que la Subdirección Ambiental Sectorial realizó visita a la empresa unipersonal **LASEA SOLUCIONES E.U.** el dia 14 de julio de 2005, con el fin de realizar una verificación de los aspectos tratados en el Estudio de Impacto Ambiental, y con fundamento en esta y en los radicados allegados emitió el concepto técnico de número 6425 del 11 de agosto de 2005, en el cual hace las siguientes precisiones:

- Se dedica a la recuperación de los materiales con contenido de residuos de tipo aceitoso, considerados como residuos peligrosos, dentro de la normatividad ambiental vigente.
- Desea manejar dos tipos de residuos peligrosos cuyos procesos son:
  - ✓ Recolección, transporte, almacenamiento, molienda y limpieza de residuos y recipientes plásticos.

RESOLUCION No. 3010

POR LA CUAL SE OTORGA UNA LICENCIA AMBIENTAL Y SE ADOPTAN OTRAS DETERMINACIONES

- ✓ Recolección, transporte, almacenamiento y envío a disposición final de filtros para aceite.

- El almacenamiento es de tipo confinado para evitar una posible contaminación al suelo o al agua y abierto para eliminar atmósferas peligrosas.
- No se tienen destinadas áreas especiales de mantenimiento puesto que los equipos se atienden en sitio.
- No se requiere permiso de vertimientos toda vez que la actividad se realiza en seco.
- El predio está compartido con la empresa DOMINGUEZ SANCHEZ LTDA., acopiador secundario de aceite usado, cuyos tanques los tiene dispuestos en la parte externa en zona abierta. El área ocupada por LASEA SOLUCIONES E.U., corresponde a la parte cubierta. Sólo se comparten las zonas de tránsito interno.
- El piso de la bodega es de concreto. El área de almacenamiento se impermeabiliza con material plástico para evitar la filtración de aceite. Las cajas de aguas lluvias contiguas a la zona de almacenamiento se impermeabilizan para eliminar la contaminación de los cuerpos de agua.
- La actividad de remoción, de etiquetas utiliza una fuente de calor suministrada por dos pequeñas unidades de 10 x 7.5 cm a base de gas propano. Como el efecto es de sólo calentamiento de la etiqueta no se realizan emisiones de gases, olores o material particulado que sobrepasen el área de la bodega y afecten la zona aledaña.
- **LASEA SOLUCIONES E.U.,** tiene diseñado e implementado un Plan de Contingencia que le permite organizar las acciones y optimizar los recursos de la empresa para minimizar las perdidas humanas, materiales y ambientales en el caso de llegar a presentarse un evento, contenido en la política para el diseño, el cual comprende el diseño del Plan Estratégico, Plan Operativo y el Plan Informativo.
- Revisada la base de datos del DAMA, se verifica que la empresa LASEA, se encuentra inscrita como acopiador primario ante el DAMA mediante radicado Nº 14035 del 25/04/05, dando cumplimiento al literal a del articulo 6 – Obligaciones del acopiador primario de la Resolución 1188/03.
- Por otra parte de la visita técnica realizada a las instalaciones de LASEA el día 14 de julio de 2005, se puede concluir que respecto al tema de condiciones y elementos para la actividad de acopio de aceites usados, CUMPLEN con las condiciones que aplican a su actividad, según Resolución 1188/03.

Que la Subdirección Jurídica de este Departamento con Memorando SJ 1299 del 4 de octubre de 2005, le solicita a la Subdirección Ambiental Sectorial, aclare los requerimientos hechos a la empresa LASEA SOLUCIONES E.U. ubicada en la Avenica Carrera 80 No. 16 D – 11 de la localidad de Fontibón de esta ciudad, toda vez que se encuentran solicitudes, que son imposibles de cumplir por el usuario y que exponga las medidas que en materia de desmantelamiento debe cumplir la empresa de conformidad con el articulo 25 del Decreto 1220 de 2005.

Que en consecuencia la Subdirección Ambiental Sectorial, emitió el Concepto Técnico No.8807 del 20 de octubre de 2005, con el cual le da alcance a lo observado y concluido en el concepto técnico No. 6425 del 11 de agosto de 2005, y en el que se determina lo siguiente:

RESOLUCION No. 3010

POR LA CUAL SE OTORGA UNA LICENCIA AMBIENTAL Y SE ADOPTAN OTRAS DETERMINACIONES

1. PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO PARA EL CIERRE Y DESMANTELAMIENTO DE LA PLANTA

El cierre y desmantelamiento de una planta para almacenamiento y disposición final de residuos plásticos y filtros para aceite provenientes principalmente de las actividades de lubricación automotriz, comprende una serie de actividades tendientes a determinar las tareas de limpieza a seguir, las labores de remoción de los componentes de la planta y la restauración final. El cierre de la planta puede ser temporal o definitivo.

Cierre Temporal. Corresponde al cierre por períodos de tiempo menores a un año. La planta puede cerrarse dejando sus sistemas o áreas de almacenamiento parcialmente llenos o completamente vacíos. En el primer caso, se debe continuar el monitoreo para detección de fugas y derrames tal y como se realiza durante la operación de la planta. Cuando las áreas de almacenamiento estén vacías se puede suspender el monitoreo de fugas.

Si el cierre es por un período mayor a los tres meses, además se debe:

- Limpiar los sistemas y áreas de almacenamiento garantizando la disposición adecuada de los residuos generados en dicha actividad.

Si después del cierre temporal las áreas de almacenamiento se ponen en servicio nuevamente, se deben efectuar los siguientes procedimientos:

- Realizar un monitoreo continuo a las áreas hasta cuando se pueda garantizar que estos están operando correctamente.

Cierre Definitivo. El cierre definitivo incluye una serie de labores tendientes a determinar el estado ambiental de la zona y las acciones a seguir en caso de que exista presencia de combustible en suelos y agua producto por la operación de la planta. Estas labores son:

a) **Verificación de condiciones del piso de las áreas de operación, almacenamiento y trasiego.**

El propietario o representante legal de la planta en mención, solicitará al DAMA con un tiempo no menor a 30 días calendario, previos al desmantelamiento o cierre de esta la ejecución de visita técnica, con el fin de verificar las condiciones de impermeabilidad del piso de las áreas de trasiego, almacenamiento y operación de residuos peligrosos, de acuerdo a lo presentado en el estudio de impacto ambiental, en el cual informan que el suelo se encuentra impermeabilizado (placa de concreto), cuya función es la de garantizar la no afectación del subsuelo y aguas subterráneas por filtración de sustancias contaminantes.

En caso de presencia de fisuras, agrietamientos y detección de derrames, goteos y manchas superficiales de aceites usados y otros derivados del petróleo, la autoridad ambiental podrá

solicitar se adelante una serie de estudios que permitan determinar las características ambientales de la zona, en el momento del cierre de la planta. El estudio debe incluir un muestreo en profundidad de los suelos perimetrales a los tanques de almacenamiento, a los tanques y equipos de tratamiento y a las líneas de conducción.

El estudio debe incluir como mínimo la medición de HTP (Hidrocarburos Totales de Petróleo) de tal forma que se triangule con el muestreo, los sistemas de almacenamiento, de conducción y los tanques y equipos de tratamiento.

Sin embargo, en caso de que exista evidencia de contaminación se debe valorar vertical y horizontalmente la extensión de la misma. Este estudio, debe estar acompañado por cualquier otro análisis que el responsable de la planta considere necesario para determinar el estado ambiental del agua y del suelo de la zona de operaciones.

b) **Acciones de remediación.**

Si la conclusión del estudio ambiental inicial es que existe contaminación por hidrocarburos en la zona, se debe adelantar la evaluación de riesgos y estudio de alternativas de remediación sobre las cuales puede basarse el programa de limpieza y remediación a seguir.

c) **Desmantelamiento.**

En desarrollo de esta actividad, el responsable de la empresa deberá presentar una lista de las actividades a seguir durante el desmantelamiento de la planta, indicando las actividades que aplican para la remoción de los sistemas de contención, disposición final de materiales absorbentes y demás residuos generados en el proceso, previo concepto de la autoridad ambiental.

Finalmente, debe garantizarse que los responsables de las instalaciones las entrega en iguales o en mejores condiciones a las que se recibió al inicio del proyecto.

2. **Aclaración sobre los requerimientos hechos a la empresa LASEA SOLUCIONES E.U., en el Concepto técnico 6425 del 11/08/05, en atención al Memo SJ 1299 del 04/10/05.**

Se aclara que el otorgamiento de la licencia ambiental no es previo cumplimiento de las actividades establecidas en el PMA de EIA, sino que se otorga Licencia Ambiental sujeto al cumplimiento de las actividades establecidas en el Plan de Manejo Ambiental del estudio de Impacto Ambiental presentado.

De igual forma, se aclara que la licencia ambiental no se otorga para el Proyecto de reciclaje industrial de residuos hidrocarburados, sino para el Proyecto de Recolección, transporte, almacenamiento y disposición final de residuos plásticos y filtros para aceite provenientes principalmente de las actividades de lubricación automotriz.

RESOLUCION No. 3010

POR LA CUAL SE OTORGA UNA LICENCIA AMBIENTAL Y SE ADOPTAN OTRAS DETERMINACIONES

3. **Igualmente concluye:**

- "De acuerdo a lo mencionado anteriormente y según solicitud del Memo SJ 1299 del 01/10/05, se establecen procedimientos y medidas para el cierre y desmantelamiento de la planta.
- Se establece que el proyecto se encuentra sujeto a los términos de referencia expedidos por el DAMA, por tal razón se **DEBE OTORGAR LICENCIA AMBIENTAL** para el desarrollo del proyecto de **Recolección, transporte, almacenamiento y disposición final de residuos plásticos y filtros para aceite provenientes principalmente de las actividades de lubricación automotriz**, presentado por la empresa LASEA SOLUCIONES E.U., el cual será desarrollado en las instalaciones ubicadas en la Avenida Carrera 80 Nº 16D-11 (nueva nomenclatura).
- Finalmente, es importante señalar que la Licencia Ambiental otorgada es exclusivamente para las actividades y en las instalaciones mencionadas anteriormente y no ampara ningún otro tipo de obra o actividad diferente a la señalada en este concepto técnico en alcance al concepto técnico 6425 del 11/08/05.
- Cualquier cambio o modificación en la infraestructura, procesos y/o equipos deberá ser notificada a la autoridad ambiental.
- En lo demás queda vigente el Concepto Técnico SAS6425 del 11/08/05."

Que el DAMA con resolución No. 1188 del 1 de septiembre de 2003, adoptó el manual de normas y procedimientos para la gestión de aceites usados en el Distrito Capital. Así en su artículo primero dispuso: "La presente tiene por objeto adoptar en todas sus parte el Manual de Normas y Procedimientos para la Gestión de Aceites Usados en el Distrito Capital, el cual contiene los procedimientos, obligaciones y prohibiciones a seguir por los actores que intervienen en la cadena de la generación, manejo, almacenamiento, recolección, transporte, utilización y disposición de los denominados aceites usados, con el fin de minimizar los riesgos, garantizar la seguridad y proteger la vida, la salud humana y el medio ambiente.".

Que la disposición en cita consagró en su articulo 4. –"Obligaciones generales -. Las prácticas, procedimientos, conductas o comportamientos descritos en el Manual de Normas y Procedimientos para la Gestión de los aceites usados, para cada uno de los actores involucrados en la cadena de los aceites usados, tienen la naturaleza jurídica de ser obligatorios y deberán observarse en todo momento conforme a lo allí dispuesto, su incumplimiento acarreará las sanciones a que haya lugar."

Que el Decreto 1220 del 21 de abril de 2005 del Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, el cual reglamenta el título VIII de la Ley 99 de 1993 sobre licencias ambientales establece en su artículo 9 que las Corporaciones Autónomas Regionales, las de Desarrollo Sostenible, los Grandes Centros Urbanos y las autoridades ambientales creadas mediante la Ley 768 de 2002, otorgarán o negarán la licencia ambiental para los siguientes proyectos, obras o actividades, que se ejecuten en el área de su jurisdicción (...) La construcción y operación de

RESOLUCION No. 3010

POR LA CUAL SE OTORGA UNA LICENCIA AMBIENTAL Y SE ADOPTAN OTRAS DETERMINACIONES

instalaciones cuyo objeto sea el almacenamiento, tratamiento, aprovechamiento, recuperación y/o disposición final de residuos o desechos peligrosos requieren de Licencia Ambiental.

Que la Subdirección Jurídica de este Departamento dispuso mediante Auto: 1) iniciar el trámite de solicitud de la Licencia Ambiental en cita, de conformidad con el numeral 4 del artículo 23 del Decreto 1220 del 21 de abril de 2005.

Que mediante Auto se declaró reunida toda la información dentro del expediente DM-07-04-1223 correspondiente al trámite para el otorgamiento de la Licencia Ambiental de la empresa unipersonal **LASEA SOLUCIONES E.U.** de Nit 830.123.182-1, para prestar el servicio de recolección, transporte, almacenamiento y disposición final de residuos plásticos y filtros para aceite provenientes principalmente de las actividades de lubricación automotriz en la Avenida Carrera 80 No. 16 D – 11 de la localidad de Fontibón de esta ciudad, de conformidad con el numeral 4 del artículo 23 del Decreto 1220 del 21 de abril de 2005.

Que en mérito de lo expuesto,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: Otorgar Licencia Ambiental a la empresa unipersonal **LASEA SOLUCIONES E.U.** de Nit 830.123.182-1 a través de su representante legal o de quien haga sus veces, para prestar el servicio de recolección, transporte, almacenamiento y disposición final de residuos plásticos y filtros para aceite provenientes principalmente de las actividades de lubricación automotriz en la Avenida Carrera 80 No. 16 D – 11 de la localidad de Fontibón de esta ciudad.

PARAGRAFO PRIMERO: La Licencia Ambiental que se otorga mediante la presente Resolución, no ampara ningún tipo de actividad diferente a la descrita en los documentos aportados dentro del presente trámite y que fueron evaluados a través de los Conceptos Técnicos números 6425 del 11 de agosto de 2005 y 8807 del 20 de octubre del mismo año.

PARAGRAFO SEGUNDO: El término de la Licencia Ambiental que se otorga mediante la presente Resolución será el mismo de duración de la actividad para la cual se concede.

ARTÍCULO SEGUNDO: La empresa **LASEA SOLUCIONES E.U.**, a través de su representante legal, deberá dar estricto cumplimiento a los siguientes aspectos:

Área de filtros y Manejo de aceite usado:

- Se deberá presentar la ficha técnica del KIT contra derrames que utilizará la empresa. Adicional a esto, se deberán especificar los recipientes en que estará disponible este KIT y certificar el destino final que se le dará al material en caso de que contenga aceite contaminado.

RESOLUCION No. 3010

POR LA CUAL SE OTORGA UNA LICENCIA AMBIENTAL Y SE ADOPTAN OTRAS DETERMINACIONES

- La empresa deberá dar estricto cumplimiento a lo establecido en la Resolución DAMA Nº 1188 de 2003, en cuanto a la recuperación del aceite usado de los filtros.
- Brindar capacitación calificada y certificada al personal del establecimiento y realizar simulacros de emergencias en forma anual, la cual deberá presentar ante el DAMA, con el fin de garantizar una adecuada respuesta del personal en caso de fugas, derrames o incendio.

OTRAS ACTIVIDADES:

- La empresa deberá presentar un plan de gestión social que contemple aspectos tales como: establecer un mecanismo de comunicación claro con las comunidades aledañas y vecindades cercanas; determinar un cronograma, responsabilidades y metas concretas para las actividades propuestas y determinar el grado de aceptación del mismo por parte de la comunidad.
- Deberá presentar un plan de monitoreo, el cual establezca un programa de seguimiento de las variables e indicadores ambientales que permitan determinar la calidad ambiental y monitorear los impactos derivados del desarrollo del proyecto, dentro de los cuales debe generar un programa de monitoreo de ruido.
- Las capacitaciones para los empleados deberán ser realizadas de forma constante y deben incluir todos los temas de prevención de riesgos y control de emergencia, salud ocupacional y deberán estar enterados de apoyos externos a los que pueden acudir en caso de una emergencia. Todo esto deberá estar documentado y consolidado en un plan operativo que incluya el cronograma de actividades específicas.
- Es necesario que la empresa presente un Manual de Actividades y Procesos en el que se especifique el procedimiento de reembalaje realizado a los filtros, adicionalmente se debe remitir al DAMA la ficha técnica de los equipos utilizados en este procedimiento.
- Se deberá realizar un Manual de Procedimientos en el que se especifique como se realizará la revisión diaria para evitar derrames o goteos de aceite, en el área de almacenamiento temporal (filtros) y la revisión del área de almacenamiento (envases), remitir los formatos utilizados para este procedimiento.
- Fijar el listado de entidades de emergencia cerca del teléfono.
- Se deberá reportar el avance y cumplimiento del Plan de Manejo Ambiental, como mínimo cada año, a partir de la fecha de iniciación de las operaciones.
- Presentar informes semestrales de las cantidades manejadas, tanto recibidas como enviadas de los filtros de aceite, anexando los debidos soportes de disposición final de los filtros y el listado de disposición del aceite usado.
- De igual forma, presentar en forma semestral un informe sobre la cantidad de recipientes y residuos plásticos acopiados en sus instalaciones e informar sobre su disposición final.
- El vehículo para recolección de filtros, envases, recipientes y residuos plásticos de aceite, deberá dar cumplimiento a lo establecido para la actividad por el Ministerio de Transporte y demás normas complementarias.
- En caso de cierre o de desmantelamiento de la planta debe darse cumplimiento al procedimiento señalado en la presente Resolución

RESOLUCION No. 3010

POR LA CUAL SE OTORGA UNA LICENCIA AMBIENTAL Y SE ADOPTAN OTRAS DETERMINACIONES

ARTÍCULO TERCERO: La Licencia Ambiental que se otorga no exime al beneficiario, de la obligación de tramitar y obtener de otras entidades los permisos y/o autorizaciones, diferentes a las ambientales, que pueda requerir para el desarrollo de la actividad objeto de la presente Licencia.

ARTÍCULO CUARTO: En caso de detectarse durante la etapa de ejecución y operación del proyecto objeto de esta licencia, efectos ambientales no previstos, el beneficiario, deberá informar de tales hechos al DAMA, para que este Departamento determine y exija la adopción de las medidas correctivas que considere necesarias sin perjuicio de las que deba adoptar para evitar, corregir o compensar los efectos ambientales negativos.

ARTÍCULO QUINTO: La licencia ambiental podrá ser suspendida o revocada mediante resolución motivada por la misma autoridad ambiental que la otorgó o por el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, cuando el beneficiario de la licencia ambiental haya incumplido cualquiera de los términos, condiciones, obligaciones o exigencias inherentes a ella consagrados en la ley, los reglamentos o en el mismo acto de otorgamiento.

PARÁGRAFO: Antes de proceder a la revocatoria o suspensión de la licencia ambiental se requerirá por una sola vez al beneficiario de esta, para que corrija el incumplimiento en el cual ha incurrido o presente las explicaciones que considere necesarias sobre las causas de su incumplimiento. En el mismo acto de requerimiento, la autoridad ambiental competente fijará el plazo para corregir el incumplimiento, de acuerdo con la naturaleza del asunto.

ARTÍCULO SEXTO: La licencia ambiental podrá ser modificada en los casos que se citan a continuación, ajustándose la actuación al procedimiento que para el efecto consagra el Decreto 1220 de 2005, o la norma que lo modifique, sustituya o derogue.

1. En consideración a la variación de las condiciones existentes al momento de otorgar la licencia ambiental.
2. Cuando al otorgarse la licencia ambiental no se contemple el uso, aprovechamiento o afectación de los recursos naturales renovables, necesarios o suficientes para el buen desarrollo y operación del proyecto, obra o actividad.
3. Cuando se pretendan variar las condiciones de uso, aprovechamiento o afectación de un recurso natural renovable, consagradas en la licencia ambiental.

ARTÍCULO SÉPTIMO: El beneficiario de la licencia ambiental en cualquier momento podrá cederla a otra persona, lo que implicará la cesión de los derechos y las obligaciones que se derivan de ella.

En tal caso, el cedente y el cesionario de la licencia ambiental deberán solicitar a la autoridad ambiental competente, autorización quien deberá pronunciarse dentro de los quince (15) días hábiles siguientes al recibo de la solicitud mediante acto administrativo.

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D.C.
Departamento Técnico Administrativo
MEDIO AMBIENTE

RESOLUCION No. 3010

POR LA CUAL SE OTORGA UNA LICENCIA AMBIENTAL Y SE ADOPTAN OTRAS DETERMINACIONES

A la petición de la cesión, deberá anexarse copia del documento que contenga la cesión, los certificados de existencia y representación legal, los cuales deben haber sido expedido dentro del mes anterior a la fecha de presentación de la solicitud, si se trata de personas jurídicas, o la identificación, si se trata de personas naturales.

ARTÍCULO OCTAVO: El beneficiario debe registrar en el DAMA, la valla que anuncie la obra de construcción conforme a los requisitos y exigencias que para el efecto dispone el Decreto 959 del 2000.

ARTÍCULO NOVENO: Enviar copia de la presente Resolución a la Subdirección Ambiental Sectorial del DAMA, para el seguimiento ambiental del proyecto, y para que proceda de conformidad a lo dispuesto en el artículo 24 de la Resolución DAMA No. 2173 del 31 de diciembre de 2003.

ARTÍCULO DÉCIMO: Fijar la presente providencia en lugar público de la entidad, remitir copia a la Alcaldía Local correspondiente para que se surta el mismo trámite y publicarla en el Boletín que para el efecto disponga la entidad. Lo anterior en cumplimiento del artículo 71 de la Ley 99 de 1993.

ARTÍCULO UNDÉCIMO: Notificar la presente Resolución al representante legal de la empresa **LASEA SOLUCIONES E.U.** de Nit 830.123.182-1 y con dirección comercial avenida carrera 80 No. 16 D – 11 de la localidad de Fontibón de esta ciudad.

ARTÍCULO DUODÉCIMO: Contra la presente providencia, procede el recurso de reposición, en los términos de los artículos 51 y 52 del Código Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE, PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 28 DIC. 2005

CLAUDIA MARIA BUITRAGO RETREPO
Directora

Proyecto María José Cáceres G
Revisó: María Concepción Ospina Ch
Aprobó: Gustavo Adolfo Guerrero Ruiz
DM-07-04-1223 CT 6425 11.08.05 y 8807 20.10.05

MAPO Sas INGENIERIA

BOGOTÁ | INSTITUTO DISTRITAL DE GESTIÓN DE RIESGOS Y CAMBIO CLIMÁTICO - IDIGER

ANEXO AMBIENTAL 12A INDUCCIÓN PERSONAL

CONSORCIO VAPA NIT. 901.669.477-1	FORMATO	Código: FT-GAT-005
	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES	Fecha: 20/Junio/2022
		Versión: Original

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
Bogota	Villavicencio	18	05	2023

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción - Reinducción	X	¿Cuál? Inducción SST y Ambiental PGSST y PGA
Charla de seguridad		
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo		
Seminario / Taller / Curso		
Capacitación y Entrenamiento en SST		
Capacitación especifica al cargo		
Otra		

No	Nombre del Trabajador	Cèdula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1	Carlos Alberto Sanchez Santos	1002183364	Ayudante	Carlos
2	Jhonatan Nicolta	1097186362	Ayudante	Jhonatan
3	José Basora	4390430	Ayudante	José Basora
4	Luis Alexis Moreno	1077125902	Oficial	Luis
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad

Nombre	Yenny Costa - Jaime Murcia	Firma	Yenny Costa - Jaime Murcia.

NILA Y. CONTRERAS S.

488

MAPO sas INGENIERIA

BOGOTÁ | INSTITUTO DISTRITAL DE GESTIÓN DE RIESGOS Y CAMBIO CLIMÁTICO - IDIGER

COMPONENTE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

MAPO sas INGENIERIA

BOGOTÁ | INSTITUTO DISTRITAL DE GESTIÓN DE RIESGOS Y CAMBIO CLIMÁTICO - IDIGER

ANEXO SST 1 PLANILLAS DE SEGURIDAD SOCIAL INTERVENTORÍA

490

491

9. CONDICIONES SEGÚN FACTOR PRESTACIONAL PRESENTADO		10. PERSONAL 1 (SEGÚN OFERTA ECONOMICA O PRESUPUESTO)								
9.1 DESCRIPCIÓN DEL ITEM	9.2 % APLICAR DE ITEM (Según FP presentado)	10.1 Cargo:	DIRECTOR DE INTERVENTORÍA	10.2 Nombres:	MARIA DEL CARMEN POSADA ARDILA	10.3 N° Identificacion:	41.511.424	10.4 Salario Base de Cotizacion:	$ 8.182.000,00	
		10.5 Permanencia 1:	50,00%	10.6 Tiempo de Permanencia 1 (dias)	30	10.9 Total Dias del Mes a reportar	30			
		10.7. Permanencia 2:		10.8 Tiempo de Permanencia 2 (dias)						

		11. SOPORTE DE PAGO								
		11.1 Tipo de Planilla o contratacion según FP 40% Independiente - 100% planta	11.2 Valor del IBC a Soportar	11.3 Valor a Soportar del Item	11.4 N° Planillas; (Fecha de Pago)	11.5 Periodo Servicio	11.6 Valor IBC Soportado	11.7 Valor del Item Soportado	11.8 valor efectivo Soportado del Item	11.9 Valor Efectivo Soportado del IBC
SEGURIDAD SOCIAL										
PENSIÓN	0,00%	Independiente (No paga CCF, SENA e ICBF) (Pensionado)	$ 1.636.400,00	$ -	69134238 (7/07/2023)	may-23	$ 1.636.400,00		$ -	$ 1.636.400,00
SALUD	12,50%			$ 204.550,00		may-23		$ 204.600,00	$ 204.550,00	
A.R.L. riesgos	V			$ 113.893,44	68522757 (21/06/2023)	may-23	$ 1.636.400,00	V	$ 113.893,44	$ 1.636.400,00
PARAFISCALES										
CAJA DE COMPENSACIÓN	0,00%	Independiente (No paga CCF, SENA e ICBF) (Pensionado)	$ -	$ -					$ -	$ -
I.C.B.F.	0,00%		$ -	$ -		N/A	0	$ -	$ -	$ -
SENA	0,00%		$ -	$ -		N/A	0	$ -	$ -	$ -

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	41511424	MARIA DEL CARMEN POSADA ARDILA	TRANS 78 N 65-15	3343996	JOSHRYFAR@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente		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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-06	2023-06	I	08/08/2023	69903428	$211.400	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	204.600	0		0		0	29	6.800	0	211.400	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

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										

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	204.600	211.400
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	204.600	211.400

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	41511424	MARIA DEL CARMEN POSADA ARDILA	TRANS 78 N 85-15	3343996	JOSHRYFAR@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-06	2023-06	I	08/08/2023	69903428	$211.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colilla	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Dependiente	IRG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	41511424	POSADA ARDILA MARIA DEL CARMEN	3	2			N																		0	0	0	0	0	EPS001	1.636.400	204.600		0		0			0		0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900364545-9	MAPO INGENERIA SAS	Calle 152B 58C 50 Torre 12 Oficina 602	6015974685	mapo.contab@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	CONTRATISTA 02	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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				27	0
					TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-05	Y	21/06/2023	68522757	$3.783.600	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	94.800	0		0		0	8	900	0	95.700	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	276.500	0		0		0	8	2.600	0	279.100	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	175.000	0		0		0	8	1.700	0	176.700	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	145.000	0		0		0	8	1.400	0	146.400	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	315.800	0		0		0	8	3.000	0	318.800	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	224.000	0	0	0	0	8	2.100	0	226.100	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	121.300	0	0	0	0	8	1.200	0	122.500	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	2.395.900				2.395.900	8	22.400	2.418.300			23.959	2.418.300	27

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	5	1.007.100	1.016.700
Pensión	2	345.300	348.600
Riesgos Laborales	1	2.395.900	2.418.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	3.748.300	3.783.600

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900364545-9	MAPO INGENERIA SAS		Calle 152B 58C 50 Torre 12 Oficina 602	6015974685	mapo.contab@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
SUCURSAL	C – MIPYME	CONTRATISTA	02	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					27	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-05	Y	21/06/2023	68522757	$3.783.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colpensión	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el exterior	Ingreso	IRP	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	1013581606	RUBIANO ACEVEDO CESAR AUGUSTO	59	0			N	X																0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.768.258	5	123.100		0	0	0	0	0	0	0	0
2	CC	1015411973	POVEDA POSADA CATALINA	59	0			N		X															0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	757.824	5	52.800		0	0	0	0	0	0	0	0
3	CC	1018454737	POVEDA POSADA NICOLAS	59	0			N		X															0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	757.824	5	52.800		0	0	0	0	0	0	0	0
4	CC	1073525641	POVEDA ORTIZ NICOLAS SANTIAGO	59	0			N																	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.160.000	5	80.800		0	0	0	0	0	0	0	0
5	CC	1085034372	CUELLO BARBUDO RAFAEL FERNANDO	59	0			N																	230201	1.400.000	224.000	0	0	0	0	EPS006	1.400.000	175.000	14-11	1.400.000	5	97.500		0	0	0	0	0	0	0	0
6	CC	1093736431	AYALA ESTRADA MARYURI YASMINE	59	0			N		X															0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	83.787	5	5.900		0	0	0	0	0	0	0	0
7	CC	52077469	RODRIGUEZ ALVAREZ SANDRA JANETH	59	0			N																	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.894.560	5	131.900		0	0	0	0	0	0	0	0
8	CC	52702962	CONTRERAS SANTIAGO NILA YADIRA	59	0			N																	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	2.526.080	5	175.900		0	0	0	0	0	0	0	0
9	CC	79261542	CORTES LORA JAVIER EDUARDO	59	0			N		X															25-14	757.824	121.300	0	0	0	0	EPS001	757.824	94.800	14-11	757.824	5	52.800		0	0	0	0	0	0	0	0
10	CC	79325258	VARGAS ESPINOSA JUAN CARLOS	59	0			N	X	X															0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	947.260	5	66.000		0	0	0	0	0	0	0	0
11	CC	80195019	ROJAS BUITRAGO IVAN DARIO	59	0			N		X															0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	789.400	5	55.000		0	0	0	0	0	0	0	0
12	CC	80417929	CORREA BARRETO CARLOS FELIPE	59	2			N																	0	0	0	0	0	0		EPS005	2.212.000	276.500	14-11	2.212.000	5	154.000		0	0	0	0	0	0	0	0
13	CC	85496584	PITTA MOLINA ANTONIO JOSE	59	0			N																	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	2.270.320	5	159.000		0	0	0	0	0	0	0	0
14	CC	93356070	RENGIFO VILLALBA NELSON AUGUSTO	59	0			N		X															0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	378.912	5	26.400		0	0	0	0	0	0	0	0
15	CC	1010000	POSADA POSADA EDUARDO	59	4			N																	0	0	0	0	0	0		EPS037	2.526.080	315.800	14-11	2.526.080	5	175.900		0	0	0	0	0	0	0	0
16	CC	41629726	MORANTES SOSA MARIA HELENA	59	2			N																	0	0	0	0	0	0		EPS010	1.160.000	145.000	14-11	1.160.000	1	6.100		0	0	0	0	0	0	0	0
17	CC	80721546	CASTRO GALEANO NELSON MAURICIO	59	0			N																	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	2.513.600	5	175.000		0	0	0	0	0	0	0	0
18	CC	1013438849	PEÑA QUIROGA JEISSON FABIAN	59	0			N	X	X															0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	546.600	5	38.100		0	0	0	0	0	0	0	0
19	CC	19242933	BOGOTA GOMEZ JOSE ALEJANDRO	59	0			N	X	X															0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	947.260	5	66.000		0	0	0	0	0	0	0	0
20	CC	41511434	POSADA AROCA MARIA DEL CARMEN	59	0			N	X	X															0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.634.480	5	113.900		0	0	0	0	0	0	0	0
21	CC	79339749	NIETO CASTAÑEDA FERNANDO ALBERTO	59	0			N		X															0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.636.400	5	113.900		0	0	0	0	0	0	0	0
22	CC	79988482	NIVIA ESPEJO JUAN CARLOS	59	0			N		X															0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	2.020.884	5	140.700		0	0	0	0	0	0	0	0
23	CC	52918989	SERRANO LOTA MARIA DE LOS ANGELES	59	0			N	X	X															0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.256.600	5	87.500		0	0	0	0	0	0	0	0
24	CC	79723565	GARCIA BORRERO DIEGO FERNANDO	59	0			N	X	X															0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.393.400	5	97.000		0	0	0	0	0	0	0	0
25	CC	80411279	LOZANO MORA RAUL ENRIQUE	59	0			N	X	X															0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	757.824	5	52.800		0	0	0	0	0	0	0	0
26	CC	1016027868	CRUZ RODRIGUEZ DANIEL ORLANDO	59	0			N		X															0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	276.680	5	19.400		0	0	0	0	0	0	0	0
27	CC	1018472296	CUY BAEZ ANGEL IVAN	59	0			N																	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.160.000	5	80.800		0	0	0	0	0	0	0	0

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

9. CONDICIONES SEGÚN FACTOR PRESTACIONAL PRESENTADO		10. PERSONAL 2 (SEGÚN OFERTA ECONOMICA O PRESUPUESTO)								
9.1 DESCRIPCIÓN DEL ITEM	9.2 % APLICAR DE ITEM (Según FP presentado)	10.1 Cargo:	INGENIERO RESIDENTE DE INTERVENTORÍA	10.2 Nombres:	GEOVANNI FRANCO PARRA	10.3 N° Identificacion:	79.263.036	10.4 Salario Base de Cotizacion:	$ 6.284.000,00	
		10.5 Permanencia 1:	100,00%	10.6 Tiempo de Permanencia 1 (dias)	29	10.9 Total Dias del Mes a reportar	29			
		10.7. Permanencia 2:	0,00%	10.8 Tiempo de Permanencia 2 (dias)	0					

Página 1

		11. SOPORTE DE PAGO								
		11.1 Tipo de Planilla o contratacion según FP 40% Independiente - 100% planta	11.2 Valor del IBC a Soportar	11.3 Valor a Soportar del Item	11.4 N° Planillas; (Fecha de Pago)	11.5 Periodo Servicio	11.6 Valor IBC Soportado	11.7 Valor del Item Soportado	11.8 valor efectivo Soportado del Item	11.9 Valor Efectivo Soportado del IBC
SEGURIDAD SOCIAL										
PENSIÓN	16,00%	Independiente (No paga CCF, SENA e ICBF)	$ 2.429.813	$ 388.770,13	68487111 (09/06/2023)	may-23	$ 2.513.000,00	$ 402.200,00	$ 388.770,13	$ 2.429.813,33
SALUD	12,50%			$ 303.726,67		may-23		$ 314.200,00	$ 303.726,67	
A.R.L. riesgos	V			$ 169.115,01		may-23	$ 2.513.000,00	V	$ 169.115,01	$ 2.429.813,33
PARAFISCALES										
CAJA DE COMPENSACIÓN	0,00%	Independiente (No paga CCF, SENA e ICBF)	$ -	$ -	N/A	N/A	0		$ -	$ -
I.C.B.F.	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -
SENA	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -

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	900364545-9	MAPO INGENERIA SAS	Calle 152B 58C 50 Torre 12 Oficina 602	6015974685	mapo.contab@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	CONTRATISTA / 02	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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-05	Y	09/06/2023	68487111	$891.400	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	314.200	0		0		0	0	0	0	314.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	402.200	0	0	0	0	0	0		402.200	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	175.000				175.000	0	0	175.000			1.750	175.000	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	314.200	314.200
Pensión	1	402.200	402.200
Riesgos Laborales	1	175.000	175.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	891.400	891.400

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900364545-9	MAPO INGENERIA SAS	Calle 152B 58C 50 Torre 12 Oficina 602	6015974685	mapo.contab@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	CONTRATISTA 02	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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2023-05	2023-05	Y	09/06/2023	68487111	TOTAL A PAGAR	
					$691.400	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. en exterior	Extranjero	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	79263036	FRANCO PARRA GIOVANNI MAURICIO	59	0			N	X	X															25-14	2.513.600	402.200	0	0	0	0	EPS037	2.513.600	314.200	14-11	2.513.600	5	175.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

9. CONDICIONES SEGÚN FACTOR PRESTACIONAL PRESENTADO		10. PERSONAL 3 (SEGÚN OFERTA ECONOMICA O PRESUPUESTO)								
9.1 DESCRIPCIÓN DEL ITEM	9.2 % APLICAR DE ITEM (Según FP presentado)	10.1 Cargo:	ARQUITECTO RESIDENTE DE INTERVENTORÍA	10.2 Nombres:	NELSON MAURICIO CASTRO GALEANO	10.3 N° Identificacion:	80.721.546	10.4 Salario Base de Cotizacion:	$ 6.284.000,00	
		10.5 Permanencia 1:	100,00%	10.6 Tiempo de Permanencia 1 (dias)	30	10.9 Total Dias del Mes a reportar	30			
		10.7. Permanencia 2:	0,00%	10.8 Tiempo de Permanencia 2 (dias)	0					
		11. SOPORTE DE PAGO								
		11.1 Tipo de Planilla o contratacion según FP - 40% Independiente - 100% planta	11.2 Valor del IBC a Soportar	11.3 Valor a Soportar del Item	11.4 N° Planillas; (Fecha de Pago)	11.5 Periodo Servicio	11.6 Valor IBC Soportado	11.7 Valor del Item Soportado	11.8 valor efectivo Soportado del Item	11.9 Valor Efectivo Soportado del IBC
SEGURIDAD SOCIAL										
PENSIÓN	16,00%	Independiente (No paga CCF, SENA e ICBF)	$ 2.513.600,00	$ 402.176,00	68016949 (31/05/2023)	may-23	$ 2.513.600,00	$ 402.200,00	$ 402.176,00	$ 2.513.600,00
SALUD	12,50%			$ 314.200,00		may-23		$ 314.200,00	$ 314.200,00	
A.R.L. riesgos	V			$ 174.946,56	68522757 (21/06/2023)	may-23	$ 2.513.600,00	V	$ 174.946,56	$ 2.513.600,00
PARAFISCALES										
CAJA DE COMPENSACIÓN	0,00%	Independiente (No paga CCF, SENA e ICBF)	$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -
I.C.B.F.	0,00%		$ -	$ -	NA	NA	0	$ -	$ -	$ -
SENA	0,00%		$ -	$ -	NA	NA	0	$ -	$ -	$ -

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80721546	NELSON MAURICIO CASTRO GALEANO		TRANSVERSAL38 NUMERO 30-38	2024559	NELCASARO@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			BOGOTA D. C.	BOGOTA, 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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-05	I	31/05/2023	66016949	$716.400	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	314.200	0		0		0	0	0	0	314.200	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	402.200	0	0	0	0	0	0		402.200	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										

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	314.200	314.200
Pensión	1	402.200	402.200
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	716.400	716.400

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80721546	NELSON MAURICIO CASTRO GALEANO		TRANSVERSAL38 NUMERO 30-38	2024559	NELCASARQ@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-05	I	31/05/2023	68016949	$716.400	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES					
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
CC	80721546	CASTRO GALEANO NELSON MAURICIO	3	0			N																	230301	2.513.600	402.200	0	0	0	0	EPS008	2.513.600	314.200		0		0			0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900364545-9	MAPO INGENERIA SAS	Calle 152B 58C 50 Torre 12 Oficina 602	6015974685	mapo.contab@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	CONTRATISTA / 02	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
					27	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-05	Y	21/06/2023	68522757	$3.783.600	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	94.800	0		0		0	8	900	0	95.700	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	276.500	0		0		0	8	2.600	0	279.100	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	175.000	0		0		0	8	1.700	0	176.700	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	145.000	0		0		0	8	1.400	0	146.400	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	315.800	0		0		0	8	3.000	0	318.800	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	224.000	0	0	0	0	8	2.100	0	226.100	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	121.300	0	0	0	0	8	1.200	0	122.500	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	2.395.900				2.395.900	8	22.400	2.418.300			23.959	2.418.300	27

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	5	1.007.100	1.016.700
Pensión	2	345.300	348.600
Riesgos Laborales	1	2.395.900	2.418.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	3.748.300	3.783.600

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900364545-9	MAPO INGENERIA SAS		Calle 152B 58C 50 Torre 12 Oficina 602	6015974685	mapo.contab@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	CONTRATISTA	02	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 27 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-05	2023-05	Y	21/06/2023	68522757	$3.783.600

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
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
CC	1013581606	RUBIANO ACEVEDO CESAR AUGUSTO	59	0			N	X																	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.768.256	5	123.100		0	0	0	0	0	0	0
CC	1015411973	POVEDA POSADA CATALINA	59	0			N		X																0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	757.824	5	52.800		0	0	0	0	0	0	0
CC	1016454737	POVEDA POSADA NICOLAS	59	0			N		X																0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	757.824	5	52.800		0	0	0	0	0	0	0
CC	1073525641	POVEDA ORTIZ NICOLAS SANTIAGO	59	0			N																		0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.160.000	5	80.800		0	0	0	0	0	0	0
CC	1085034372	CUELLO BARBUDO RAFAEL FERNANDO	59	0			N																	230201	1.400.000	224.000	0	0	0	0	EPS008	1.400.000	175.000	14-11	1.400.000	5	97.500		0	0	0	0	0	0	0
CC	1093738431	AYALA ESTRADA MARYURI YASMINE	59	0			N		X																0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	83.767	5	5.900		0	0	0	0	0	0	0
CC	52077469	RODRIGUEZ ALVAREZ SANDRA JANETH	59	0			N																		0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.894.560	5	131.900		0	0	0	0	0	0	0
CC	52702962	CONTRERAS SANTIAGO NILA YADIRA	59	0			N																		0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	2.526.080	5	175.900		0	0	0	0	0	0	0
CC	79261542	CORTES LORA JAVIER EDUARDO	59	0			N		X																25-14	757.824	121.300	0	0	0	0	EPS001	757.824	94.800	14-11	757.824	5	52.800		0	0	0	0	0	0	0
CC	79325258	VARGAS ESPINOSA JUAN CARLOS	59	0			N	X	X																0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	947.280	5	66.000		0	0	0	0	0	0	0
CC	80195019	ROJAS BUITRAGO IVAN DARIO	59	0			N		X																0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	789.400	5	55.000		0	0	0	0	0	0	0
CC	80417929	CORREA BARRETO CARLOS FELIPE	59	2			N																		0	0	0	0	0	0	EPS005	2.212.000	276.500	14-11	2.212.000	5	154.000		0	0	0	0	0	0	0
CC	80496584	PITTA MOLINA ANTONIO JOSE	59	0			N																		0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	2.210.320	5	153.900		0	0	0	0	0	0	0
CC	93356070	RENGIFO VILLALBA NELSON AUGUSTO	59	0			N		X																0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	378.912	5	26.400		0	0	0	0	0	0	0
CC	1010003	POSADA POSADA EDUARDO	59	4			N																		0	0	0	0	0	0	EPS037	2.526.080	315.800	14-11	2.526.080	5	175.900		0	0	0	0	0	0	0
CC	41629720	MORANTES SOSA MARIA HELENA	59	2			N																		0	0	0	0	0	0	EPS010	1.160.000	145.000	14-11	1.160.000	1	6.100		0	0	0	0	0	0	0
CC	80721546	CASTRO GALEANO NELSON MAURICIO	59	0			N																		0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	2.211.600	5	175.000		0	0	0	0	0	0	0
CC	1013438849	PEÑA QUIROGA JEISSON FABIAN	59	0			N	X	X																0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	546.600	5	38.100		0	0	0	0	0	0	0
CC	19242933	BOGOTA GOMEZ JOSE ALEJANDRO	59	0			N	X	X																0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	947.280	5	66.000		0	0	0	0	0	0	0
CC	41511424	POSADA ARDILA MARIA DEL CARMEN	59	0			N	X	X																0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.636.400	5	113.900		0	0	0	0	0	0	0
CC	79339749	NIETO CASTAÑEDA FERNANDO ALBERTO	59	0			N		X																0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.636.400	5	113.900		0	0	0	0	0	0	0
CC	79988462	NIVIA ESPEJO JUAN CARLOS	59	0			N		X																0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	2.020.884	5	140.700		0	0	0	0	0	0	0
CC	52918989	SERRANO LOTA MARIA DE LOS ANGELES	59	0			N	X	X																0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.256.800	5	87.500		0	0	0	0	0	0	0
CC	79723595	GARCIA BORRERO DIEGO FERNANDO	59	0			N	X	X																0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.393.400	5	97.000		0	0	0	0	0	0	0
CC	80411279	LOZANO MORA RAUL ENRIQUE	59	0			N	X	X																0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	757.824	5	52.800		0	0	0	0	0	0	0
CC	1016027868	CRUZ RODRIGUEZ DANIEL ORLANDO	59	0			N		X																0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	278.680	5	19.400		0	0	0	0	0	0	0
CC	1018472296	CUY BAEZ ANGEL IVAN	59	0			N																		0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.160.000	5	80.800		0	0	0	0	0	0	0

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

9. CONDICIONES SEGÚN FACTOR PRESTACIONAL PRESENTADO		10. PERSONAL 4 (SEGÚN OFERTA ECONOMICA O PRESUPUESTO)								
9.1 DESCRIPCIÓN DEL ITEM	9.2 % APLICAR DE ITEM (Según FP presentado)	10.1 Cargo:	ESPECIALISTA HIDRÁULICO	10.2 Nombres:	DIEGO FERNANDO GARCÍA BORRERO	10.3 N° Identificacion:	79.723.595	10.4 Salario Base de Cotizacion:	$ 6.967.000,00	
		10.5 Permanencia 1:	50,00%	10.6 Tiempo de Permanencia 1 (dias)	30	10.9 Total Dias del Mes a reportar	30			
		10.7. Permanencia 2:	0,00%	10.8 Tiempo de Permanencia 2 (dias)	0					

		11. SOPORTE DE PAGO								
		11.1 Tipo de Planilla o contratacion según FP - 40% Independiente - 100% planta	11.2 Valor del IBC a Soportar	11.3 Valor a Soportar del Item	11.4 N° Planillas; (Fecha de Pago)	11.5 Periodo Servicio	11.6 Valor IBC Soportado	11.7 Valor del Item Soportado	11.8 valor efectivo Soportado del Item	11.9 Valor Efectivo Soportado del IBC
SEGURIDAD SOCIAL										
PENSIÓN	16,00%	Independiente (No paga CCF, SENA e ICBF)	$ 1.393.400,00	$ 222.944,00	68348318 (7/06/2023)	may-23	$ 6.178.000,00	$ 988.500,00	$ 222.944,00	$ 1.393.400,00
SALUD	12,50%			$ 174.175,00		may-23		$ 772.300,00	$ 174.175,00	
A.R.L. riesgos	V			$ 96.980,64	68522757 (21/06/2023)	may-23	$ 1.393.400,00	V	$ 96.980,64	$ 1.393.400,00
PARAFISCALES										
CAJA DE COMPENSACIÓN	0,00%	Independiente (No paga CCF, SENA e ICBF)	$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -
I.C.B.F.	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -
SENA	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79723595	DIEGO FERNANDO GARCIA BORRERO		CALLE 109 # 21 -46 APT 301	8122248	dfgarcia1979@outlook.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-05	I	07/06/2023	68348318	$1.822.600	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	772.300	0		0		0	0	0	0	772.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	988.500	0	0	30.900	30.900	0	0		1.050.300	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										

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	772.300	772.300
Pensión	1	1.050.300	1.050.300
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	1.822.600	1.822.600

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79723595	DIEGO FERNANDO GARCIA BORRERO		CALLE 109 # 21 -46 APT 301	8122248	dfgarcia1979@outlook.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – Independiente			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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-05	I	07/06/2023	68348318	$1.822.600	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el Exterior	Error Tarifa	IRP	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	79723595	GARCIA BORRERO DIEGO FERNANDO	3	0			N																	25-14	6.178.000	988.500	0	0	30.900	30.900	EPS005	6.178.000	772.300		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900364545-9	MAPO INGENERIA SAS	Calle 152B 58C 50 Torre 12 Oficina 602	6015974685	mapo.contab@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	CONTRATISTA / 02	BOGOTÁ D.C.	BOGOTA, 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
					27	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-05	Y	21/06/2023	68522757	$3.783.600	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	94.800	0		0		0	8	900	0	95.700	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	276.500	0		0		0	8	2.600	0	279.100	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	175.000	0		0		0	8	1.700	0	176.700	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	145.000	0		0		0	8	1.400	0	146.400	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	315.800	0		0		0	8	3.000	0	318.800	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	224.000	0	0	0	0	8	2.100	0	226.100	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	121.300	0	0	0	0	8	1.200	0	122.500	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	2.395.900				2.395.900	8	22.400	2.418.300			23.959	2.418.300	27

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	5	1.007.100	1.016.700
Pensión	2	345.300	348.600
Riesgos Laborales	1	2.395.900	2.418.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	3.748.300	3.783.600

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900364545-9	MAPO INGENERIA SAS		Calle 152B 58C 50 Torre 12 Oficina 602	6015974685	mapo.contab@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	CONTRATISTA	02	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
					27	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-05	Y	21/06/2023	88522757	$3.783.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza exterior	Residente	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1013581606	RUBIANO ACEVEDO CESAR AUGUSTO	59	0			N	X																	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.768.256	5	123.100		0	0	0	0	0	0	0
CC	1015411973	POVEDA POSADA CATALINA	59	0			N		X																0	0	0	0	0		0	0	14-11	757.824	5	52.800		0	0	0	0	0	0	0
CC	1018454737	POVEDA POSADA NICOLAS	59	0			N		X																0	0	0	0	0		0	0	14-11	757.824	5	52.800		0	0	0	0	0	0	0
CC	1075225641	HUVELIA ORTIZ NICOLAS SANTIAGO	59	0			N																		0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.160.000	5	80.800		0	0	0	0	0	0	0
CC	1085034372	CUELLO BARBUDO RAFAEL FERNANDO	59	0			N																		230201	1.400.000	224.000	0	0	0	0	EPS008	1.400.000	175.000	14-11	1.400.000	5	97.500		0	0	0	0	0	0	0
CC	1093738431	AYALA ESTRADA MARYURI YASMINE	59	0			N		X																0	0	0	0	0		0	0	14-11	83.787	5	5.900		0	0	0	0	0	0	0
CC	52077469	RODRIGUEZ ALVAREZ SANDRA JANETH	59	0			N																		0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.894.560	5	131.900		0	0	0	0	0	0	0
CC	52702962	CONTRERAS SANTIAGO NILA YADIRA	59	0			N																		0	0	0	0	0		0	0	14-11	2.526.080	5	175.900		0	0	0	0	0	0	0
CC	79261542	CORTES LORA JAVIER EDUARDO	59	0			N		X																25-14	757.824	121.300	0	0	0	0	EPS001	757.824	94.800	14-11	757.824	5	52.800		0	0	0	0	0	0	0
CC	79325258	VARGAS ESPINOSA JUAN CARLOS	59	0			N	X	X																0	0	0	0	0		0	0	14-11	947.280	5	66.000		0	0	0	0	0	0	0
CC	80195019	ROJAS BUITRAGO IVAN DARIO	59	0			N		X																0	0	0	0	0		0	0	14-11	789.400	5	55.000		0	0	0	0	0	0	0
CC	80417929	CORREA BARRETO CARLOS FELIPE	59	2			N																		0	0	0	0	0		0	0	14-11	2.212.000	5	154.000		0	0	0	0	0	0	0
CC	80469694	PITTA MOLINA ANTONIO JOSE	59	0			N																		0	0	0	0	0		0	0	14-11	2.210.320	5	153.900		0	0	0	0	0	0	0
CC	93356070	RENGIFO VILLALBA NELSON AUGUSTO	59	0			N		X																0	0	0	0	0		0	0	14-11	378.912	5	26.400		0	0	0	0	0	0	0
CC	1010[illegible]	POSADA POSADA EDUARDO	59	4			N																		0	0	0	0	0		EPS037	2.526.080	315.800	14-11	2.526.080	5	175.900		0	0	0	0	0	0	0
CC	41629726	MORANTES SOSA MARIA HELENA	59	2			N																		0	0	0	0	0		EPS010	1.160.000	145.000	14-11	1.160.000	1	6.100		0	0	0	0	0	0	0
CC	80721546	CASTRO GALEANO NELSON MAURICIO	59	0			N																		0	0	0	0	0		0	0	14-11	2.513.600	5	175.000		0	0	0	0	0	0	0
CC	1012438949	PEÑA QUIROGA JEISSON FABIAN	59	0			N	X	X																0	0	0	0	0		0	0	14-11	546.605	5	38.100		0	0	0	0	0	0	0
CC	19242933	BOGOTA GOMEZ JOSE ALEJANDRO	59	0			N	X	X																0	0	0	0	0		0	0	14-11	947.280	5	66.000		0	0	0	0	0	0	0
CC	41511434	POSADA ARDILA MARIA DEL CARMEN	59	0			N	X	X																0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.636.400	5	113.900		0	0	0	0	0	0	0
CC	79339749	NIETO CASTAÑEDA FERNANDO ALBERTO	59	0			N		X																0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.636.400	5	113.900		0	0	0	0	0	0	0
CC	79908462	NIVIA ESPEJO JUAN CARLOS	59	0			N		X																0	0	0	0	0		0	0	14-11	2.020.894	5	140.700		0	0	0	0	0	0	0
CC	52918989	SERRANO LOTA MARIA DE LOS ANGELES	59	0			N	X	X																0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.256.800	5	87.500		0	0	0	0	0	0	0
CC	79[illegible]	GARCIA BORRERO DIEGO FERNANDO	59	0			N	X	X																0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.720.480	5	90.800		0	0	0	0	0	0	0
CC	80411279	LOZANO MORA RAUL ENRIQUE	59	0			N	X	X																0	0	0	0	0		0	0	14-11	757.824	5	52.800		0	0	0	0	0	0	0
CC	1016027868	CRUZ RODRIGUEZ DANIEL ORLANDO	59	0			N		X																0	0	0	0	0		0	0	14-11	278.680	5	19.400		0	0	0	0	0	0	0
CC	1018472296	CUY BAEZ ANGEL IVAN	59	0			N																		0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.160.000	5	80.800		0	0	0	0	0	0	0

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

9. CONDICIONES SEGÚN FACTOR PRESTACIONAL PRESENTADO		10. PERSONAL 5 (SEGÚN OFERTA ECONOMICA O PRESUPUESTO)								
9.1 DESCRIPCIÓN DEL ITEM	9.2 % APLICAR DE ITEM (Según FP presentado)	10.1 Cargo:	ESPECIALISTA TRANSITO DE TRANSPORTE DE INTERVENTORIA	10.2 Nombres:	DANIEL ORLANDO CRUZ RODRIGUEZ	10.3 N° Identificacion:	1.016.027.868	10.4 Salario Base de Cotizacion:	$ 6.967.000,00	
		10.5 Permanencia 1:	10,00%	10.6 Tiempo de Permanencia 1 (dias)	30	10.9 Total Dias del Mes a reportar	30			
		10.7. Permanencia 2:	0,00%	10.8 Tiempo de Permanencia 2 (dias)	0					
		11. SOPORTE DE PAGO								
		11.1 Tipo de Planilla o contratacion según FP - 40% Independiente - 100% planta	11.2 Valor del IBC a Soportar	11.3 Valor a Soportar del Item	11.4 N° Planillas; (Fecha de Pago)	11.5 Periodo Servicio	11.6 Valor IBC Soportado	11.7 Valor del Item Soportado	11.8 valor efectivo Soportado del Item	11.9 Valor Efectivo Soportado del IBC
SEGURIDAD SOCIAL										
PENSIÓN	16,00%	Independiente (No paga CCF, SENA e ICBF)	$ 278.680,00	$ 44.588,80	68464055 (07/06/2023)	may-23	$ 2.000.000,00	$ 402.200,00	$ 44.588,80	$ 278.680,00
SALUD	12,50%			$ 34.835,00		may-23		$ 278.680,00	$ 34.835,00	
A.R.L. riesgos	V			$ 19.396,13	68522757 (21/06/2023)	may-23	$ 2.000.000,00	V	$ 19.396,13	$ 278.680,00
PARAFISCALES										
CAJA DE COMPENSACIÓN	0,00%	Independiente (No paga CCF, SENA e ICBF)	$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -
I.C.B.F.	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -
SENA	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1016027868	DANIEL ORLANDO CRUZ RODRIGUEZ	CALLE 1H NO 38A-51 APTO C-320	4070862	danicruz_m14@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MEB/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-05	I	07/06/2023	68454055	$580.500	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	250.000	0		0		0	0	0	0	250.000	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
231001	Colfondos	800227940-6	320.000	0	0	0	0	0	0		320.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	10.500				10.500	0	0	10.500			105	10.500	1

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

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	250.000	250.000
Pensión	1	320.000	320.000
Riesgos Laborales	1	10.500	10.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	580.500	580.500

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1016027868	DANIEL ORLANDO CRUZ RODRIGUEZ	CALLE 1H NO 38A-51 APTO C-320	4070862	danicruz_m14@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTA D. C.	BOGOTA, 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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-05	2023-05	I	07/06/2023	68454055	$580.500

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES				
Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Desempleado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1016027868	CRUZ RODRIGUEZ DANIEL ORLANDO	59	0			N																231001	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS017	2.000.000	250.000	14-23	2.000.000	1	10.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900364545-9	MAPO INGENERIA SAS	Calle 152B 58C 50 Torre 12 Oficina 602	6015974685	mapo.contab@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	CONTRATISTA / 02	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
					27	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-05	Y	21/06/2023	88522757	$3.783.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Matemidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	94.800	0		0		0	8	900	0	95.700	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	276.500	0		0		0	8	2.600	0	279.100	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	175.000	0		0		0	8	1.700	0	176.700	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	145.000	0		0		0	8	1.400	0	146.400	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	315.800	0		0		0	8	3.000	0	318.800	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	224.000	0	0	0	0	8	2.100	0	226.100	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	121.300	0	0	0	0	8	1.200	0	122.500	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	2.395.900				2.395.900	8	22.400	2.418.300			23.959	2.418.300	27

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	5	1.007.100	1.016.700
Pensión	2	345.300	348.600
Riesgos Laborales	1	2.395.900	2.418.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	3.748.300	3.783.600

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900364545-9	MAPO INGENERIA SAS	Calle 152B 58C 50 Torre 12 Oficina 602	6015974685	mapo.contab@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	CONTRATISTA	02	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
					27	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-05	Y	21/06/2023	68522757	$3.783.600	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excepción	IRG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VIP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1013581608	RUBIANO ACEVEDO CESAR AUGUSTO	59	0		N		X																	0	0	0	0	0			0	0	14-11	1.768.258	5	123.100		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	1015411973	POVEDA POSADA CATALINA	59	0		N		X																	0	0	0	0	0			0	0	14-11	757.824	5	52.800		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	1018454737	POVEDA POSADA NICOLAS	59	0		N		X																	0	0	0	0	0			0	0	14-11	757.824	5	52.800		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	1073525641	HOVELIA ORTIZ NICOLAS SANTIAGO	59	0		N																			0	0	0	0	0			0	0	14-11	1.160.000	5	80.800		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	1085034372	CUELLO BARBUDO RAFAEL FERNANDO	59	0		N																			23-20	1.400.000	224.000	0	0	0	0	EPS008	1.400.000	175.000	14-11	1.400.000	5	97.500		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	1093738431	AYALA ESTRADA MARYURI YASMINE	59	0		N		X																	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14-11	63.787	5	5.900		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	52077469	RODRIGUEZ ALVAREZ SANDRA JANETH	59	0		N																			0	0	0	0	0	0	0	0	0	14-11	1.894.580	5	131.900		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	52702962	CONTRERAS SANTIAGO NILA YADIRA	59	0		N																			0	0	0	0	0	0	0	0	0	14-11	2.526.080	5	175.900		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	79261542	CORTES LORA JAVIER EDUARDO	59	0		N		X																	25-14	757.824	121.300	0	0	0	0	EPS001	757.824	94.800	14-11	757.824	5	52.800		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	79325258	VARGAS ESPINOSA JUAN CARLOS	59	0		N	X	X																	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14-11	947.280	5	66.000		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	80195019	ROJAS BUITRAGO IVAN DARIO	59	0		N		X																	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14-11	789.400	5	55.000		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	80417929	CORREA BARRETO CARLOS FELIPE	59	2		N																			0	0	0	0	0	0	0	EPS005	2.212.000	276.500	14-11	2.212.000	5	154.000		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	80469584	PITTA MOLINA ANTONIO JOSE	59	0		N																			0	0	0	0	0	0	0	0	0	14-11	2.210.320	5	153.900		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	93356070	RENGIFO VILLALBA NELSON AUGUSTO	59	0		N		X																	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14-11	378.912	5	26.400		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	1101000	POSADA POSADA EDUARDO	59	4		N																			0	0	0	0	0	0	0	EPS037	2.526.080	315.800	14-11	2.526.080	5	175.900		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	41829728	MORANTES SOSA MARIA HELENA	59	2		N																			0	0	0	0	0	0	0	EPS010	1.160.000	145.000	14-11	1.160.000	1	6.100		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	80721546	CASTRO GALEANO NELSON MAURICIO	59	0		N																			0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	2.513.600	5	175.000		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	1013438949	PEÑA QUIROGA JEISSON FABIAN	59	0		N	X	X																	0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	546.600	5	38.100		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	19242933	BOGOTA GOMEZ JOSE ALEJANDRO	59	0		N	X	X																	0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	947.280	5	66.000		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	41511424	POSADA ARDILA MARIA DEL CARMEN	59	0		N	X	X																	0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.636.400	5	113.900		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	79339749	NIETO CASTAÑEDA FERNANDO ALBERTO	59	0		N		X																	0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.636.400	5	113.900		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	79686462	NIVIA ESPEJO JUAN CARLOS	59	0		N		X																	0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	2.020.864	5	140.700		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	52918989	SERRANO LOTA MARIA DE LOS ANGELES	59	0		N	X	X																	0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.256.800	5	87.500		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	79723595	GARCIA BORRERO DIEGO FERNANDO	59	0		N	X	X																	0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.393.400	5	97.000		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	80411279	LOZANO MORA RAUL ENRIQUE	59	0		N	X	X																	0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	757.824	5	52.800		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	1018027668	CRUZ RODRIGUEZ DANIEL ORLANDO	59	0		N		X																	0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	276.680	5	19.400		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	1018472296	CUY BAEZ ANGEL IVAN	59	0		N																			0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.160.000	5	80.800		0	0	0	0	0	0	0	0

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

9. CONDICIONES SEGÚN FACTOR PRESTACIONAL PRESENTADO		10. PERSONAL 6 (SEGÚN OFERTA ECONOMICA O PRESUPUESTO)								
9.1 DESCRIPCIÓN DEL ITEM	9.2 % APLICAR DE ITEM (Según FP presentado)	10.1 Cargo:	Profesional Social	10.2 Nombres:	MARIA DE LOS ANGELES SERRANO	10.3 N° Identificacion:	52.918.989	10.4 Salario Base de Cotizacion:	$ 6.284.000,00	
		10.5 Permanencia 1:	50,00%	10.6 Tiempo de Permanencia 1 (dias)	30	10.9 Total Dias del Mes a reportar	30			
		10.7. Permanencia 2:		10.8 Tiempo de Permanencia 2 (dias)						
		11. SOPORTE DE PAGO								
		11.1 Tipo de Planilla o contratacion según FP - 40% Independiente - 100% planta	11.2 Valor del IBC a Soportar	11.3 Valor a Soportar del Item	11.4 N° Planillas; (Fecha de Pago)	11.5 Periodo Servicio	11.6 Valor IBC Soportado	11.7 Valor del Item Soportado	11.8 valor efectivo Soportado del Item	11.9 Valor Efectivo Soportado del IBC
SEGURIDAD SOCIAL										
PENSIÓN	16,00%	Independiente (No paga CCF, SENA e ICBF)	$ 1.256.800,00	$ 201.088,00	1055951969 (7/07/2023)	may-23	$ 1.256.800,00	$ 201.100,00	$ 201.088,00	$ 1.256.800,00
SALUD	12,50%			$ 157.100,00		may-23		$ 157.100,00	$ 157.100,00	
A.R.L. riesgos	V			$ 87.473,28	68522767 (21/06/2023)	may-23	$ 1.256.800,00	V	$ 87.473,28	$ 1.256.800,00
PARAFISCALES										
CAJA DE COMPENSACIÓN	0,00%	Independiente (No paga CCF, SENA e ICBF)	$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -
I.C.B.F.	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -
SENA	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -

503

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-08-14, 10:07:14 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1056017461

Periodo Cotización: junio de 2023 **Periodo Servicio:** junio de 2023

PAGADO 07/07/2023

S DEL APORTANTE

ocial	MARIA DE LOS ANGELES SERRANO LOTA		
nto	CC52918989	**Dirección**	CRA 118A # 63C-05
Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	4355792
rsona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
ntante Legal		**Identificación**	
iliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

LLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado			Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
MARIA DE LOS ANGELES SERRANO LOTA	03	00																		0	30	30	0	0	(230201) PROTECCION	$ 1.256.800	$ 201.100	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 1.256.800	$ 157.100	0,000	$ 0	$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 358.200

TALES

ensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
1.256.800	$ 1.256.800	$ 0	$ 0	$ 201.100	$ 157.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 358.200	$ 0	$ 358.200

as de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900364545-9	MAPO INGENERIA SAS	Calle 152B 58C 50 Torre 12 Oficina 602	6015974685	mapo.contab@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	CONTRATISTA / 02	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
					27	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-05	Y	21/06/2023	68522757	$3.783.600	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	94.800	0		0		0	8	900	0	95.700	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	276.500	0		0		0	8	2.600	0	279.100	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	175.000	0		0		0	8	1.700	0	176.700	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	145.000	0		0		0	8	1.400	0	146.400	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	315.800	0		0		0	8	3.000	0	318.800	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	224.000	0	0	0	0	8	2.100	0	226.100	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	121.300	0	0	0	0	8	1.200	0	122.500	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	2.395.900				2.395.900	8	22.400	2.418.300			23.959	2.418.300	27

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	5	1.007.100	1.016.700
Pensión	2	345.300	348.600
Riesgos Laborales	1	2.395.900	2.418.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	3.748.300	3.783.600

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900364545-9	MAPO INGENERIA SAS	Calle 152B 58C 50 Torre 12 Oficina 602	6015974685	mapo.contab@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	CONTRATISTA	02	BOGOTA D. C.	BOGOTA, 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
					27	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-05	Y	21/06/2023	68522757	$3.783.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Extranjero	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1013581606	RUBIANO ACEVEDO CESAR AUGUSTO	59	0			N	X																	0	0	0	0	0			0	0	14-11	1.788.258	5	123.100		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	1015411973	POVEDA POSADA CATALINA	59	0			N		X																0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	757.824	5	52.800		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	1018454737	POVEDA POSADA NICOLAS	59	0			N		X																0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	757.824	5	52.800		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	1073526641	HUVELLA ORTIZ NICOLAS SANTIAGO	59	0			N																		0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.160.000	5	80.800		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	1085034372	CUELLO BARBUDO RAFAEL FERNANDO	59	0			N																	230201	1.400.000	224.000	0	0	0	0	EPS008	1.400.000	175.000	14-11	1.400.000	5	97.500		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	1093736431	AYALA ESTRADA MARYURI YASMINE	59	0			N		X																0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	83.787	5	5.900		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	52077469	RODRIGUEZ ALVAREZ SANDRA JANETH	59	0			N																		0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.894.560	5	131.900		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	52702982	CONTRERAS SANTIAGO NILA YADIRA	59	0			N																		0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	2.526.080	5	175.900		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	79261542	CORTES LORA JAVIER EDUARDO	59	0			N		X															25-14	757.824	121.300	0	0	0	0	EPS001	757.824	94.800	14-11	757.824	5	52.800		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	79325258	VARGAS ESPINOSA JUAN CARLOS	59	0			N	X	X																0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	947.280	5	66.000		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	80195019	ROJAS BUITRAGO IVAN DARIO	59	0			N		X																0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	789.400	5	55.000		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	80417929	CORREA BARRETO CARLOS FELIPE	59	2			N																		0	0	0	0	0	0	0	EPS005	2.212.000	276.500	14-11	2.212.000	5	154.000		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	80469584	PITTA MOLINA ANTONIO JOSE	59	0			N																		0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	2.210.920	5	153.900		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	93356070	RENGIFO VILLALBA NELSON AUGUSTO	59	0			N		X																0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	378.912	5	26.400		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	1010033	POSADA POSADA EDUARDO	59	4			N																		0	0	0	0	0	0	0	EPS037	2.526.080	315.800	14-11	2.526.080	5	175.900		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	41629728	MORANTES SOSA MARIA HELENA	59	2			N																		0	0	0	0	0	0	0	EPS010	1.160.000	145.000	14-11	1.160.000	1	6.100		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	80721546	CASTRO GALEANO NELSON MAURICIO	59	0			N																		0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	2.513.600	5	175.000		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	1013438849	PEÑA QUIROGA JEISSON FABIAN	59	0			N	X	X																0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	546.800	5	38.100		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	19242933	BOGOTA GOMEZ JOSE ALEJANDRO	59	0			N	X	X																0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	947.280	5	66.000		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	41511424	POSADA ARDILA MARIA DEL CARMEN	59	0			N	X	X																0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.636.400	5	113.900		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	79339749	NIETO CASTAÑEDA FERNANDO ALBERTO	59	0			N		X																0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.636.400	5	113.900		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	79839452	NIVIA ESPEJO JUAN CARLOS	59	0			N		X																0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	2.020.894	5	140.700		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	1251e5e6	SERRANO LOTA MARIA DE LOS ANGELES	59	0			N	X	X																0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.258.400	5	87.500		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	79723596	GARCIA BORRERO DIEGO FERNANDO	59	0			N	X	X																0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.393.400	5	97.000		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	80411279	LOZANO MORA RAUL ENRIQUE	59	0			N	X	X																0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	757.824	5	52.800		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	1016027868	CRUZ RODRIGUEZ DANIEL ORLANDO	59	0			N		X																0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	278.680	5	19.400		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	1018472266	CUY BAEZ ANGEL IVAN	59	0			N																		0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.160.000	5	80.800		0	0	0	0	0	0	0	0

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

9. CONDICIONES SEGÚN FACTOR PRESTACIONAL PRESENTADO		10. PERSONAL 7 (SEGÚN OFERTA ECONOMICA O PRESUPUESTO)								
9.1 DESCRIPCIÓN DEL ITEM	9.2 % APLICAR DE ITEM (Según FP presentado)	10.1 Cargo:	Profesional SG-SST	10.2 Nombres:	NILA YADIRA CONTRERAS SANTIAGO	10.3 N° Identificacion:	52.702.982	10.4 Salario Base de Cotizacion:	$ 6.284.000,00	
		10.5 Permanencia 1:	50,00%	10.6 Tiempo de Permanencia 1 (dias)	30	10.9 Total Dias del Mes a reportar	30			
		10.7. Permanencia 2:		10.8 Tiempo de Permanencia 2 (dias)						

		11. SOPORTE DE PAGO								
		11.1 Tipo de Planilla o contratacion según FP - 40% Independiente - 100% planta	11.2 Valor del IBC a Soportar	11.3 Valor a Soportar del Item	11.4 N° Planillas; (Fecha de Pago)	11.5 Periodo Servicio	11.6 Valor IBC Soportado	11.7 Valor del Item Soportado	11.8 valor efectivo Soportado del Item	11.9 Valor Efectivo Soportado del IBC
SEGURIDAD SOCIAL										
PENSIÓN	16,00%	Independiente (No paga CCF, SENA e ICBF)	$ 1.256.800,00	$ 201.088,00	26577684 (2/06/2023)	may-23	$ 1.400.000,00	$ 432.000,00	$ 201.088,00	$ 1.256.800,00
SALUD	12,50%			$ 157.100,00		may-23		$ 337.500,00	$ 157.100,00	
A.R.L. riesgos	V			$ 87.473,28	68522757 (21/06/2023)	may-23	$ 2.526.080,00	V	$ 87.473,28	$ 1.256.800,00
PARAFISCALES										
CAJA DE COMPENSACIÓN	0,00%	Independiente (No paga CCF, SENA e ICBF)	$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -
I.C.B.F.	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -
SENA	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -

RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 52702962	0	NILA YADIRA CONTRERAS SANTIAGO	I	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	7112	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	CARRERA 72 K BIS B 40 48 SUR		2937329		NILACONTRERAS@YAHOO.COM			S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
ERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2023-05	2023-05	26577684	N	2023-06-02	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	399.000	0	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	26577684	2023-06-15	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES															DIAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN					
	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	RET	INCT	LNR	LMA	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INC	EPST	APPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot	ARL	IBC	Cot	Cot	Cot	Cot	Cot	Cot	Tipo Cot	Sub. Tipo Cot	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Economica
	CC 52702962	CONTRERAS SANTIAGO NILA YADIRA	1.300.000							A							0			30	30	0	0	COLPENSIONES-25-14	1.300.000	208.000	0	0	ALIANSALUD EPS-EPS001	1.300.000	162.500	SIN OCF-SINOCF	0	0	0	0	0,00000	0	0	0	0	0	0	3	0	370.500	N	0
	CC 52702962	CONTRERAS SANTIAGO NILA YADIRA	1.300.000							C							0			30	30	0	0	COLPENSIONES-25-14	2.700.000	432.000	0	0	ALIANSALUD EPS-EPS001	2.700.000	337.500	SIN OCF-SINOCF	0	0	0	0	0,00000	0	0	0	0	0	0	3	0	769.500	N	0

RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 52702962	0	NILA YADIRA CONTRERAS SANTIAGO	I	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	7112	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	CARRERA 72 K BIS B 40 48 SUR		2937329		NILACONTRERAS@YAHOO.COM			S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
ERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2023-05	2023-05	26577684	N	2023-06-02	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	399.000	0	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	26577684		Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.400.000	1.400.000	0	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E. INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
FP(Administradoras: 1)				1	224.000	0	0	0	224.000
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	1	224.000	0	0	0	224.000
PS(Administradoras: 1)				1	175.000	0	0	0	175.000
ALIANSALUD EPS	EPS001	830113831	0	1	175.000	0	0	0	175.000
ran Total					399.000	0	0	0	399.000

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	900364545-9	MAPO INGENERIA SAS	Calle 152B 58C 50 Torre 12 Oficina 602	6015974685	mapo.contab@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	CONTRATISTA / 02	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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				27	0
					TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-05	Y	21/06/2023	68522757	$3.783.600	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	94.800	0		0		0	8	900	0	95.700	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	276.500	0		0		0	8	2.600	0	279.100	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	175.000	0		0		0	8	1.700	0	176.700	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	145.000	0		0		0	8	1.400	0	146.400	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	315.800	0		0		0	8	3.000	0	318.800	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	224.000	0	0	0	0	8	2.100	0	226.100	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	121.300	0	0	0	0	8	1.200	0	122.500	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	2.395.900				2.395.900	8	22.400	2.418.300			23.959	2.418.300	27

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	5	1.007.100	1.016.700
Pensión	2	345.300	348.600
Riesgos Laborales	1	2.395.900	2.418.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	3.748.300	3.783.600

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900364545-9	MAPO INGENERIA SAS	Calle 152B 58C 50 Torre 12 Oficina 602	6015974685	mapo.contab@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	CONTRATISTA 02	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
					27	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-05	Y	21/06/2023	68522757	$3.783.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colmena voluntario	Exonerado	IRG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1013581606	RUBIANO ACEVEDO CESAR AUGUSTO	59	0			N	X																	0	0	0	0	0			0	0	14-11	1.768.256	5	123.100		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	1015411973	POVEDA POSADA CATALINA	59	0			N		X																0	0	0	0	0			0	0	14-11	757.824	5	52.800		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	1018454737	POVEDA POSADA NICOLAS	59	0			N		X																0	0	0	0	0			0	0	14-11	757.824	5	52.800		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	1073626641	HOVELIA ORTIZ NICOLAS SANTIAGO	59	0			N																		0	0	0	0	0			0	0	14-11	1.160.000	5	80.800		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	1085034372	CUELLO BARBUDO RAFAEL FERNANDO	59	0			N																	230201	1.400.000	224.000	0	0	0	0	EPS008	1.400.000	175.000	14-11	1.400.000	5	97.500		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	1093736431	AYALA ESTRADA MARYURI YASMINE	59	0			N		X																0	0	0	0	0			0	0	14-11	83.787	5	5.900		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	52077469	RODRIGUEZ ALVAREZ SANDRA JANETH	59	0			N																		0	0	0	0	0			0	0	14-11	1.894.560	5	131.900		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	52702982	CONTRERAS SANTIAGO NELA YADIRA	59	0			N																		0	0	0	0	0			0	0	14-11	2.726.960	5	175.600		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	79261542	CORTES LORA JAVIER EDUARDO	59	0			N		X															25-14	757.824	121.300	0	0	0	0	EPS001	757.824	94.800	14-11	757.824	5	52.800		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	79325258	VARGAS ESPINOSA JUAN CARLOS	59	0			N	X	X																0	0	0	0	0			0	0	14-11	947.280	5	66.000		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	80195019	ROJAS BUITRAGO IVAN DARIO	59	0			N		X																0	0	0	0	0			0	0	14-11	789.400	5	55.000		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	80417939	CORREA BARRETO CARLOS FELIPE	59	2			N																		0	0	0	0	0			EPS005	2.212.000	276.500	14-11	2.212.000	5	154.000		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	80496694	PITTA MOLINA ANTONIO JOSE	59	0			N																		0	0	0	0	0			0	0	14-11	2.210.520	5	153.900		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	93356070	RENGIFO VILLALBA NELSON AUGUSTO	59	0			N		X																0	0	0	0	0			0	0	14-11	378.912	5	26.400		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	1010000	POSADA POSADA EDUARDO	59	4			N																		0	0	0	0	0			EPS037	2.526.080	315.800	14-11	2.526.080	5	175.900		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	41629728	MORANTES SOSA MARIA HELENA	59	2			N																		0	0	0	0	0			EPS010	1.160.000	145.000	14-11	1.160.000	1	8.100		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	80721548	CASTRO GALEANO NELSON MAURICIO	59	0			N																		0	0	0	0	0			0	0	14-11	2.513.600	5	175.000		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	1012438949	PEÑA QUIROGA JEISSON FABIAN	59	0			N	X	X																0	0	0	0	0			0	0	14-11	546.600	5	38.100		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	19242933	BOGOTA GOMEZ JOSE ALEJANDRO	59	0			N	X	X																0	0	0	0	0			0	0	14-11	947.280	5	66.000		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	41511424	POSADA ARDILA MARIA DEL CARMEN	59	0			N	X	X																0	0	0	0	0			0	0	14-11	1.636.400	5	113.900		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	79339749	NIETO CASTAÑEDA FERNANDO ALBERTO	59	0			N		X																0	0	0	0	0			0	0	14-11	1.636.400	5	113.900		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	79808462	NIVIA ESPEJO JUAN CARLOS	59	0			N		X																0	0	0	0	0			0	0	14-11	2.020.894	5	140.700		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	52918989	SERRANO LOTA MARIA DE LOS ANGELES	59	0			N	X	X																0	0	0	0	0			0	0	14-11	1.256.800	5	87.500		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	79723565	GARCIA BORRERO DIEGO FERNANDO	59	0			N	X	X																0	0	0	0	0			0	0	14-11	1.393.400	5	97.000		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	80411279	LOZANO MORA RAUL ENRIQUE	59	0			N	X	X																0	0	0	0	0			0	0	14-11	757.824	5	52.800		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	1018027868	CRUZ RODRIGUEZ DANIEL ORLANDO	59	0			N		X																0	0	0	0	0			0	0	14-11	278.680	5	19.400		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	1018472296	CUY BAEZ ANGEL IVAN	59	0			N																		0	0	0	0	0			0	0	14-11	1.160.000	5	80.800		0	0	0	0	0	0	0	0

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

9. CONDICIONES SEGÚN FACTOR PRESTACIONAL PRESENTADO		10. PERSONAL S (SEGÚN OFERTA ECONOMICA O PRESUPUESTO)								
9.1 DESCRIPCIÓN DEL ITEM	9.2 % APLICAR DE ITEM (Según FP presentado)	10.1 Cargo:	ESPECIALISTA GEOTECNIA	10.2 Nombres:	FERNANDO ALBERTO NIETO CASTAÑEDA	10.3 N° Identificacion:	79.339.749	10.4 Salario Base de Cotizacion:	$ 8.182.000,00	
		10.5 Permanencia 1:	50,00%	10.6 Tiempo de Permanencia 1 (dias)	30	10.9 Total Dias del Mes a reportar	30			
		10.7. Permanencia 2:		10.8 Tiempo de Permanencia 2 (dias)						

		11. SOPORTE DE PAGO								
		11.1 Tipo de Planilla o contratacion según FP - 40% Independiente - 100% planta	11.2 Valor del IBC a Soportar	11.3 Valor a Soportar del Item	11.4 N° Planillas; (Fecha de Pago)	11.5 Periodo Servicio	11.6 Valor IBC Soportado	11.7 Valor del Item Soportado	11.8 valor efectivo Soportado del Item	11.9 Valor Efectivo Soportado del IBC
SEGURIDAD SOCIAL										
PENSIÓN	16,00%	Independiente (No paga CCF, SENA e ICBF)	$ 1.636.400,00	$ 261.824,00	9451508718 (21/06/2023)	may-23	$ 1.636.400,00	$ 261.900,00	$ 261.824,00	$ 1.636.400,00
SALUD	12,50%			$ 204.550,00		may-23		$ 204.600,00	$ 204.550,00	
A.R.L. riesgos	V			$ 113.893,44	68522757 (21/06/2023)	may-23	$ 1.636.400,00	V	$ 113.893,44	$ 1.636.400,00
PARAFISCALES										
CAJA DE COMPENSACIÓN	0,00%	Independiente (No paga CCF, SENA e ICBF)	$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -
I.C.B.F.	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -
SENA	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -

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
CC 79339749		NIETO CASTAÑEDA FERNANDO ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 147 No 21-04 Apto. 101 Torre 09	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5206803	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-06	2023-06	41361142	9452753681	I	2023/07/13	2023/07/12	BANCO DAVIVIENDA	0	$466,500

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	79339749	NIETO FERNANDO																		25-14	30	$1,636,400	$261,900	EP5001	30	$1,636,400	$204,600		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0	No	$466,500
Total	**Afiliados(1)**																						$1,636,400	$261,900			$1,636,400	$204,600			$0	$0			$0	$0		$0	$0		$466,500

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
CC 79339749		NIETO CASTANEDA FERNANDO ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 147 No 21-04 Apto. 101 Torre 09	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5206803	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-06	2023-06	41361142	9452753681	I	2023/07/13	2023/07/12	BANCO DAVIVIENDA	0	$466,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$261,900	$0	$0	$261,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$261,900	$0	$0	$261,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$204,600	$0	$0	$204,600
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$204,600	$0	$0	$204,600
TOTAL				1	$466,500	$0	$0	$466,500

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	900364545-9	MAPO INGENERIA SAS		Calle 152B 58C 50 Torre 12 Oficina 602	6015974685	mapo.contab@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	CONTRATISTA	02	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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				27	0
2023-05	2023-05	Y	21/06/2023	88522757	TOTAL A PAGAR	
					$3.783.600	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	94.800	0		0		0	8	900	0	95.700	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	276.500	0		0		0	8	2.600	0	279.100	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	175.000	0		0		0	8	1.700	0	176.700	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	145.000	0		0		0	8	1.400	0	146.400	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	315.800	0		0		0	8	3.000	0	318.800	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	224.000	0	0	0	0	8	2.100	0	226.100	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	121.300	0	0	0	0	8	1.200	0	122.500	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	2.395.900				2.395.900	8	22.400	2.418.300			23.959	2.418.300	27

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	5	1.007.100	1.016.700
Pensión	2	345.300	348.800
Riesgos Laborales	1	2.395.900	2.418.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	3.748.300	3.783.800

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	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900364545-9	MAPO NGENERIA SAS		Calle 152B 58C 50 Torre 12 Oficina 602	6015974685	mapo.contab@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	CONTRATISTA	02	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
					27	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-05	Y	21/06/2023	68522757	$3.783.600	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colilla	Subtipo	Extranjero	Cotiz. 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
CC	1013581606	RUBIANO ACEVEDO CESAR AUGUSTO	59	0			N	X																	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.768.256	5	123.100		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	1015411973	POVEDA POSADA CATALINA	59	0			N		X																0	0	0	0	0		0	0	14-11	757.824	5	52.800		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	1018454737	POVEDA POSADA NICOLAS	59	0			N		X																0	0	0	0	0		0	0	14-11	757.824	5	52.800		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	1072625641	HUVEJA ORTIZ NICOLAS SANTIAGO	59	U			N																		0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.160.000	5	80.800		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	1085034372	CUELLO BARBUDO RAFAEL FERNANDO	59	0			N																		230201	1.400.000	224.000	0	0	0	0	EPS008	1.400.000	175.000	14-11	1.400.000	5	97.500		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	1093736431	AYALA ESTRADA MARYURI YASMINE	59	0			N		X																0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	83.787	5	5.900		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	52077469	RODRIGUEZ ALVAREZ SANDRA JANETH	59	0			N																		0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.894.580	5	131.900		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	52702962	CONTRERAS SANTIAGO NILA YADIRA	59	0			N																		0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	2.526.080	5	175.900		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	79361542	CORTES LORA JAVIER EDUARDO	59	0			N		X																25-14	757.824	121.300	0	0	0	0	EPS001	757.824	94.800	14-11	757.824	5	52.800		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	79325268	VARGAS ESPINOSA JUAN CARLOS	59	0			N	X	X																0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	947.280	5	66.000		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	80195019	ROJAS BUITRAGO IVAN DARIO	59	0			N		X																0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	789.400	5	55.000		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	80417929	CORREA BARRETO CARLOS FELIPE	59	2			N																		0	0	0	0	0	0	0	EPS005	2.212.000	276.500	14-11	2.212.000	5	154.000		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	80484684	PITTA MOLINA ANTONIO JOSE	59	U			N																		0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	2.210.320	5	153.900		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	93356070	RENGIFO VILLALBA NELSON AUGUSTO	59	0			N		X																0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	378.912	5	26.400		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	1/010003	POSADA POSADA EDUARDO	59	4			N																		0	0	0	0	0	0	0	EPS037	2.526.080	315.600	14-11	2.526.080	5	175.900		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	41629728	MORANTES SOSA MARIA HELENA	59	2			N																		0	0	0	0	0	0	0	EPS010	1.160.000	145.000	14-11	1.160.000	1	6.100		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	80721546	CASTRO GALEANO NELSON MAURICIO	59	0			N																		0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	2.513.600	5	175.000		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	1013438849	PEÑA QUIROGA JEISSON FABIAN	59	0			N	X	X																0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	546.600	5	38.100		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	19342933	BOGOTA GOMEZ JOSE ALEJANDRO	59	0			N	X	X																0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	947.280	5	66.000		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	41511424	POSADA ARDILA MARIA DEL CARMEN	59	0			N	X	X																0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.635.400	5	113.900		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	79039746	NIETO CASTAÑEDA FERNANDO ALBERTO	59	U			N	X																	0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.634.400	5	113.900		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	79408482	NIVIA ESPEJO JUAN CARLOS	59	U			N	X																	0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	2.020.864	5	140.700		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	52918989	SERRANO LOTA MARIA DE LOS ANGELES	59	0			N	X	X																0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.256.800	5	87.500		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	79723595	GARCIA BORRERO DIEGO FERNANDO	59	U			N	X	X																0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.393.400	5	97.000		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	80411279	LOZANO MORA RAUL ENRIQUE	59	0			N	X	X																0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	757.824	5	52.800		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	1016027868	CRUZ RODRIGUEZ DANIEL ORLANDO	59	0			N		X																0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	276.680	5	19.400		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	1018472396	CUY BAEZ ANGEL IVAN	59	0			N																		0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.160.000	5	80.800		0	0	0	0	0	0	0	0

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

9. CONDICIONES SEGÚN FACTOR PRESTACIONAL PRESENTADO		10. PERSONAL 9 (SEGÚN OFERTA ECONOMICA O PRESUPUESTO)								
9.1 DESCRIPCIÓN DEL ITEM	9.2 % APLICAR DE ITEM (Según FP presentado)	10.1 Cargo:	CADENERO 1 y 2	10.2 Nombres:	ANGEL IVÁN CUY BAEZ	10.3 N° Identificacion:	1.018.472.296	10.4 Salario Base de Cotizacion:	$ 1.695.000,00	
		10.5 Permanencia 1:	100,00%	10.6 Tiempo de Permanencia 1 (dias)	30	10.9 Total Dias del Mes a reportar	30			
		10.7. Permanencia 2:		10.8 Tiempo de Permanencia 2 (dias)						

		11. SOPORTE DE PAGO								
		11.1 Tipo de Planilla o contratacion según FP - 40% Independiente - 100% planta	11.2 Valor del IBC a Soportar	11.3 Valor a Soportar del Item	11.4 N° Planillas; (Fecha de Pago)	11.5 Periodo Servicio	11.6 Valor IBC Soportado	11.7 Valor del Item Soportado	11.8 valor efectivo Soportado del Item	11.9 Valor Efectivo Soportado del IBC
SEGURIDAD SOCIAL										
PENSIÓN	16,00%	Independiente (No paga CCF, SENA e ICBF)	$ 678.000,00	$ 108.480,00	68834530 (6/06/2023)	may-23	$ 1.160.000,00	$ 185.600,00	$ 108.480,00	$ 678.000,00
SALUD	12,50%			$ 84.750,00		may-23		$ 145.000,00	$ 84.750,00	
A.R.L. riesgos	V			$ 47.188,80	68522757 (21/06/2023)	may-23	$ 1.160.000,00	V	$ 47.188,80	$ 678.000,00
PARAFISCALES										
CAJA DE COMPENSACIÓN	0,00%	Independiente (No paga CCF, SENA e ICBF)	$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -
I.C.B.F.	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -
SENA	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1018472298	ANGEL IVAN CUY BAEZ		Carrera81b#49-a03sur	2999882	ivancuy94@gamil.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-05	I	06/06/2023	68834530	$333.500	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	145.000	0		0		0	7	1.300	0	146.300	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	185.600	0	0	0	0	7	1.600	0	187.200	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										

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	145.000	146.300
Pensión	1	185.600	187.200
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	330.600	333.500

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1018472296	ANGEL IVAN CUY BAEZ	Carrera81b#49-a03sur	2999882	ivancuy94@gamil.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-05	2023-05	I	06/06/2023	68834530	$333.500

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
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
CC	1018472296	CUY BAEZ ANGEL IVAN	3	0			N																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS017	1.160.000	145.000		0		0		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900364545-9	MAPO INGENERIA SAS		Calle 152B 58C 50 Torre 12 Oficina 602	6015974685	mapo.contab@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	CONTRATISTA	02	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
					27	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-05	Y	21/06/2023	68522757	$3.783.600	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	94.800	0		0		0	8	900	0	95.700	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	276.500	0		0		0	8	2.600	0	279.100	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	175.000	0		0		0	8	1.700	0	176.700	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	145.000	0		0		0	8	1.400	0	146.400	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	315.800	0		0		0	8	3.000	0	318.800	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	224.000	0	0	0	0	8	2.100	0	226.100	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	121.300	0	0	0	0	8	1.200	0	122.500	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	2.395.900				2.395.900	8	22.400	2.418.300			23.959	2.418.300	27

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	5	1.007.100	1.016.700
Pensión	2	345.300	348.600
Riesgos Laborales	1	2.395.900	2.418.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	3.748.300	3.783.600

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900364545-9	MAPO INGENERIA SAS		Calle 152B 58C 50 Torre 12 Oficina 602	6015974685	mapo.contab@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	CONTRATISTA	02	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
					27	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-05	Y	21/06/2023	68522757	$3.783.600	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza en exterior	Extranjero	IRP	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1013581606	RUBIANO ACEVEDO CESAR AUGUSTO	59	0			N	X																	0	0	0	0	0			0	0	14-11	1.768.256	5	123.100		0	0	0	0	0	0	0
CC	1015411973	POVEDA POSADA CATALINA	59	0			N		X																0	0	0	0	0	0	0	0	0	14-11	757.824	5	52.800		0	0	0	0	0	0	0
CC	1018454737	POVEDA POSADA NICOLAS	59	0			N		X																0	0	0	0	0	0	0	0	0	14-11	757.824	5	52.800		0	0	0	0	0	0	0
CC	1073525641	POVEDA ORTIZ NICOLAS SANTIAGO	59	0			N																		0	0	0	0	0	0	0	0	0	14-11	1.160.000	5	80.800		0	0	0	0	0	0	0
CC	1085034372	CUELLO BARBUDO RAFAEL FERNANDO	59	0			N																	230201	1.400.000	224.000	0	0	0	0	EPS008	1.400.000	175.000	14-11	1.400.000	5	97.500		0	0	0	0	0	0	0
CC	1093738431	AYALA ESTRADA MARYURI YASMINE	59	0			N		X																0	0	0	0	0	0	0	0	0	14-11	83.787	5	5.900		0	0	0	0	0	0	0
CC	52077469	RODRIGUEZ ALVAREZ SANDRA JANETH	59	0			N																		0	0	0	0	0	0	0	0	0	14-11	1.894.560	5	131.900		0	0	0	0	0	0	0
CC	52702962	CONTRERAS SANTIAGO NILA YADIRA	59	0			N																		0	0	0	0	0	0	0	0	0	14-11	2.526.080	5	175.900		0	0	0	0	0	0	0
CC	79261542	CORTES LORA JAVIER EDUARDO	59	0			N		X															25-14	757.824	121.300	0	0	0	0	EPS001	757.824	94.800	14-11	757.824	5	52.800		0	0	0	0	0	0	0
CC	79325258	VARGAS ESPINOSA JUAN CARLOS	59	0			N	X	X																0	0	0	0	0	0	0	0	0	14-11	947.280	5	66.000		0	0	0	0	0	0	0
CC	80195019	ROJAS BUITRAGO IVAN DARIO	59	0			N		X																0	0	0	0	0	0	0	0	0	14-11	789.400	5	55.000		0	0	0	0	0	0	0
CC	80417929	CORREA BARRETO CARLOS FELIPE	59	2			N																		0	0	0	0	0	0	0	EPS005	2.212.000	276.500	14-11	2.212.000	5	154.000		0	0	0	0	0	0	0
CC	80469684	PITTA MOLINA ANTONIO JOSE	59	0			N																		0	0	0	0	0	0	0	0	0	14-11	2.210.920	5	153.900		0	0	0	0	0	0	0
CC	93356070	RENGIFO VILLALBA NELSON AUGUSTO	59	0			N		X																0	0	0	0	0	0	0	0	0	14-11	378.912	5	26.400		0	0	0	0	0	0	0
CC	1010003	POSADA POSADA EDUARDO	59	4			N																		0	0	0	0	0	0	0	EPS037	2.526.080	315.600	14-11	2.526.080	5	175.900		0	0	0	0	0	0	0
CC	41629728	MORANTES SOSA MARIA HELENA	59	2			N																		0	0	0	0	0	0	0	EPS010	1.160.000	145.000	14-11	1.160.000	1	6.100		0	0	0	0	0	0	0
CC	80721546	CASTRO GALEANO NELSON MAURICIO	59	0			N																		0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	2.513.600	5	175.000		0	0	0	0	0	0	0
CC	1012438849	PEÑA QUIROGA JEISSON FABIAN	59	0			N	X	X																0	0	0	0	0	0	0	0	0	14-11	546.600	5	38.100		0	0	0	0	0	0	0
CC	19242933	BOGOTA GOMEZ JOSE ALEJANDRO	59	0			N	X	X																0	0	0	0	0	0	0	0	0	14-11	947.280	5	66.000		0	0	0	0	0	0	0
CC	41511424	POSADA ARDILA MARIA DEL CARMEN	59	0			N	X	X																0	0	0	0	0	0	0	0	0	14-11	1.636.400	5	113.900		0	0	0	0	0	0	0
CC	79339749	NIETO CASTAÑEDA FERNANDO ALBERTO	59	0			N		X																0	0	0	0	0	0	0	0	0	14-11	1.636.400	5	113.900		0	0	0	0	0	0	0
CC	79488482	NIVIA ESPEJO JUAN CARLOS	59	0			N																		0	0	0	0	0	0	0	0	0	14-11	2.020.894	5	140.700		0	0	0	0	0	0	0
CC	52918989	SERRANO LOTA MARIA DE LOS ANGELES	59	0			N	X	X																0	0	0	0	0	0	0	0	0	14-11	1.256.800	5	87.500		0	0	0	0	0	0	0
CC	79723595	GARCIA BORRERO DIEGO FERNANDO	59	0			N	X	X																0	0	0	0	0	0	0	0	0	14-11	1.393.400	5	97.000		0	0	0	0	0	0	0
CC	80411279	LOZANO MORA RAUL ENRIQUE	59	0			N	X	X																0	0	0	0	0	0	0	0	0	14-11	757.824	5	52.800		0	0	0	0	0	0	0
CC	1016027868	CRUZ RODRIGUEZ DANIEL ORLANDO	59	0			N		X																0	0	0	0	0	0	0	0	0	14-11	276.680	5	19.400		0	0	0	0	0	0	0
CC	1015472295	DUY BAEZ ANGEL IVAN	59	0			N																		0	0	0	0	0	0	0	0	0	14-11	1.160.000	5	80.800		0	0	0	0	0	0	0

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

9. CONDICIONES SEGÚN FACTOR PRESTACIONAL PRESENTADO		10. PERSONAL 10 (SEGÚN OFERTA ECONOMICA O PRESUPUESTO)								
9.1 DESCRIPCIÓN DEL ITEM	9.2 % APLICAR DE ITEM (Según FP presentado)	10.1 Cargo:	TOPÓGRAFO	10.2 Nombres:	JEISSON FABIAN PEÑA QUIROGA	10.3 N° Identificacion:	1.012.438.849	10.4 Salario Base de Cotizacion:	$ 2.733.000,00	
		10.5 Permanencia 1:	50,00%	10.6 Tiempo de Permanencia 1 (dias)	30	10.9 Total Dias del Mes a reportar	30			
		10.7. Permanencia 2:		10.8 Tiempo de Permanencia 2 (dias)						

		11. SOPORTE DE PAGO								
		11.1 Tipo de Planilla o contratacion según FP - 40% Independiente - 100% planta	11.2 Valor del IBC a Soportar	11.3 Valor a Soportar del Item	11.4 N° Planillas; (Fecha de Pago)	11.5 Periodo Servicio	11.6 Valor IBC Soportado	11.7 Valor del Item Soportado	11.8 valor efectivo Soportado del Item	11.9 Valor Efectivo Soportado del IBC
SEGURIDAD SOCIAL										
PENSIÓN	16,00%	Independiente (No paga CCF, SENA e ICBF)	$ 546.600,00	$ 87.456,00	9453424185 (19/07/2023)	may-23	$ 1.160.000,00	$ 185.600,00	$ 87.456,00	$ 546.600,00
SALUD	12,50%			$ 68.325,00		may-23		$ 145.000,00	$ 68.325,00	
A.R.L. riesgos	V			$ 38.043,36	68522757 (21/06/2023)	may-23	$ 546.600,00	V	$ 38.043,36	$ 546.600,00
PARAFISCALES										
CAJA DE COMPENSACIÓN	0,00%	Independiente (No paga CCF, SENA e ICBF)	$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -
I.C.B.F.	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -
SENA	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -

aportes en línea

Resumen General de Pago

512

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1012438849		PEÑA QUIROGA JEISSON FABIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 42 n 86f 16 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3112229901	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2023-06	2023-06	38544648	9452772515	I	2023/07/13	2023/07/10	BANCOLOMBIA	0	$330,600

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
1	CC	1012438849	PEÑA JEISSON	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$145,000		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$0	$0	$185,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$185,600	$0	$0	$185,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$0	$0	$145,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$145,000	$0	$0	$145,000
TOTAL				1	$330,600	$0	$0	$330,600

2023/08/14 10:38 AM

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	900364545-9	MAPO INGENERIA SAS		Calle 152B 58C 50 Torre 12 Oficina 602	6015974685	mapo.contab@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	CONTRATISTA	02	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
					27	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-05	Y	21/06/2023	68522757	$3.783.600	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	94.800	0		0		0	8	900	0	95.700	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	276.500	0		0		0	8	2.600	0	279.100	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	175.000	0		0		0	8	1.700	0	176.700	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	145.000	0		0		0	8	1.400	0	146.400	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	315.800	0		0		0	8	3.000	0	318.800	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	224.000	0	0	0	0	8	2.100	0	226.100	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	121.300	0	0	0	0	8	1.200	0	122.500	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	2.395.900				2.395.900	8	22.400	2.418.300			23.959	2.418.300	27

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	5	1.007.100	1.016.700
Pensión	2	345.300	348.600
Riesgos Laborales	1	2.395.900	2.418.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	3.748.300	3.783.600

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900364545-9	MAPO INGENERIA SAS	Calle 152B 58C 50 Torre 12 Oficina 602	6015974685	mapo.contab@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	CONTRATISTA / 02	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: 27 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-05	2023-05	Y	21/06/2023	68522757	$3.783.600

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza 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
CC	1013581606	RUBIANO ACEVEDO CESAR AUGUSTO	59	0			N	X																	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.788.256	5	123.100		0	0	0	0	0	0	0
CC	1015411973	POVEDA POSADA CATALINA	59	0			N		X																0	0	0	0	0		0	0	14-11	757.824	5	52.800		0	0	0	0	0	0	0
CC	1018454737	POVEDA POSADA NICOLAS	59	0			N		X																0	0	0	0	0		0	0	14-11	757.824	5	52.800		0	0	0	0	0	0	0
CC	1018525641	HUVELA ORTIZ NICOLAS SANTIAGO	59	0			N																		0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.160.000	5	80.800		0	0	0	0	0	0	0
CC	1085034372	CUELLO BARBUDO RAFAEL FERNANDO	59	0			N																	230201	1.400.000	224.000	0	0	0	0	EPS008	1.400.000	175.000	14-11	1.400.000	5	97.500		0	0	0	0	0	0	0
CC	1093738431	AYALA ESTRADA MARYURI YASMINE	59	0			N		X																0	0	0	0	0		0	0	14-11	83.787	5	5.900		0	0	0	0	0	0	0
CC	52077469	RODRIGUEZ ALVAREZ SANDRA JANETH	59	0			N																		0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.894.560	5	131.900		0	0	0	0	0	0	0
CC	52702962	CONTRERAS SANTIAGO NILA YADIRA	59	0			N																		0	0	0	0	0		0	0	14-11	2.526.080	5	175.900		0	0	0	0	0	0	0
CC	79261542	CORTES LORA JAVIER EDUARDO	59	0			N		X															25-14	757.824	121.300	0	0	0	0	EPS001	757.824	94.800	14-11	757.824	5	52.800		0	0	0	0	0	0	0
CC	79325258	VARGAS ESPINOSA JUAN CARLOS	59	0			N	X	X																0	0	0	0	0		0	0	14-11	947.280	5	66.000		0	0	0	0	0	0	0
CC	80195019	ROJAS BUITRAGO IVAN DARIO	59	0			N		X																0	0	0	0	0		0	0	14-11	789.400	5	55.000		0	0	0	0	0	0	0
CC	80417929	CORREA BARRETO CARLOS FELIPE	59	2			N																		0	0	0	0	0		EPS005	2.212.000	278.500	14-11	2.212.000	5	154.000		0	0	0	0	0	0	0
CC	80496684	PITTA MOLINA ANTONIO JOSE	59	0			N																		0	0	0	0	0		0	0	14-11	2.210.320	5	153.900		0	0	0	0	0	0	0
CC	93356070	RENGIFO VILLALBA NELSON AUGUSTO	59	0			N		X																0	0	0	0	0		0	0	14-11	378.912	5	26.400		0	0	0	0	0	0	0
CC	1[illegible]	POSADA POSADA EDUARDO	59	4			N																		0	0	0	0	0		EPS037	2.526.080	315.800	14-11	2.526.080	5	175.900		0	0	0	0	0	0	0
CC	41629720	MORANTES SOSA MARIA HELENA	59	2			N																		0	0	0	0	0		EPS010	1.160.000	145.000	14-11	1.160.000	1	8.100		0	0	0	0	0	0	0
CC	80721546	CASTRO GALEANO NELSON MAURICIO	59	0			N																		0	0	0	0	0			0	0	14-11	2.513.600	5	175.000		0	0	0	0	0	0	0
CC	1[illegible]	PEÑA QUINTANA JESSICA FABIAN	59	0			N	X	X																0	0	0	0	0		0	0	14-11	542.400	5	38.150		0	0	0	0	0	0	0
CC	19242933	BOGOTA GOMEZ JOSE ALEJANDRO	59	0			N	X	X																0	0	0	0	0		0	0	14-11	947.280	5	66.000		0	0	0	0	0	0	0
CC	41511424	POSADA ARDILA MARIA DEL CARMEN	59	0			N	X	X																0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.636.400	5	113.900		0	0	0	0	0	0	0
CC	79339749	NIETO CASTAÑEDA FERNANDO ALBERTO	59	0			N		X																0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.636.400	5	113.900		0	0	0	0	0	0	0
CC	79808462	NIVIA ESPEJO JUAN CARLOS	59	0			N		X																0	0	0	0	0		0	0	14-11	2.020.894	5	140.700		0	0	0	0	0	0	0
CC	52918989	SERRANO LOTA MARIA DE LOS ANGELES	59	0			N	X	X																0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.258.800	5	87.500		0	0	0	0	0	0	0
CC	79723548	GARCIA BORRERO DIEGO FERNANDO	59	0			N	X	X																0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.393.400	5	97.000		0	0	0	0	0	0	0
CC	80411279	LOZANO MORA RAUL ENRIQUE	59	0			N	X	X																0	0	0	0	0		0	0	14-11	757.824	5	52.800		0	0	0	0	0	0	0
CC	1016027868	CRUZ RODRIGUEZ DANIEL ORLANDO	59	0			N		X																0	0	0	0	0		0	0	14-11	278.680	5	19.400		0	0	0	0	0	0	0
CC	1018472296	CUY BAEZ ANGEL IVAN	59	0			N																		0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.160.000	5	80.800		0	0	0	0	0	0	0

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

9. CONDICIONES SEGÚN FACTOR PRESTACIONAL PRESENTADO		10. PERSONAL 11 (SEGÚN OFERTA ECONOMICA O PRESUPUESTO)								
9.1 DESCRIPCIÓN DEL ITEM	9.2 % APLICAR DE ITEM (Según FP presentado)	10.1 Cargo:	CONDUCTOR	10.2 Nombres:	DAVID ANDRES MALDONADO MENDEZ	10.3 N° Identificacion:	1.020.730.818	10.4 Salario Base de Cotizacion:	$ 1.981.624,00	
		10.5 Permanencia 1:	100,00%	10.6 Tiempo de Permanencia 1 (dias)	30	10.9 Total Dias del Mes a reportar	12			
		10.7. Permanencia 2:		10.8 Tiempo de Permanencia 2 (dias)						

		11. SOPORTE DE PAGO								
		11.1 Tipo de Planilla o contratacion según FP - 40% Independiente - 100% planta	11.2 Valor del IBC a Soportar	11.3 Valor a Soportar del Item	11.4 N° Planillas; (Fecha de Pago)	11.5 Periodo Servicio	11.6 Valor IBC Soportado	11.7 Valor del Item Soportado	11.8 valor efectivo Soportado del Item	11.9 Valor Efectivo Soportado del IBC
SEGURIDAD SOCIAL										
PENSIÓN	16,00%	Dependiente (no paga CCF, SENA e ICBF)	$ 1.981.624,00	$ 317.059,84	70153354 (15/08/2023)	may-23	$ 1.981.624,00	$ 317.100,00	$ 317.059,84	$ 1.981.624,00
SALUD	4,00%			$ 79.264,96		may-23		$ 79.300,00	$ 79.264,96	
A.R.L. riesgos	V			$ 137.921,03		may-23	$ 1.981.624,00	V	$ 137.921,03	$ 1.981.624,00
PARAFISCALES										
CAJA DE COMPENSACIÓN	0,00%	Dependiente (no paga CCF, SENA e ICBF)	$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ 48.000,00	$ -	$ -
I.C.B.F.	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -
SENA	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -

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	900364545-9	MAPO INGENERIA SAS		Calle 152B 58C 50 Torre 12 Oficina 602	6015974685	mapo.contab@gmail.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
68487564	09/06/2023				EMPLEADOS: 2 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-06	2023-05	N	15/08/2023	70153354	$476.100

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	31.300	0		0		0	63	2.300	0	33.600	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	32.900	0		0		0	63	2.400	0	35.300	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	125.100	0	0	0	0	63	9.100	0	134.200	1
231001	Colfondos	800227940-6	131.500	0	0	0	0	63	9.600	0	141.100	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	58.700				58.700	63	4.300	63.000			587	63.000	2

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	64.200	63	4.700	68.900	2

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	64.200	68.900
Pensión	2	256.600	275.300
Riesgos Laborales	1	58.700	63.000
CCF	1	64.200	68.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	6	443.700	476.100

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	900384545-9	MAPO INGENERIA SAS		Calle 152B 58C 50 Torre 12 Oficina 602	6015974685	mapo.contab@gmail.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
68487564	09/08/2023				2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-06	2023-05	N	15/08/2023	70153354	$476.100	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colilla	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Extranjero	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1026720618	MALDONADO MENDEZ DAVID ANDRES	1	0			S								X									230301	1.981.624	317.100	0	0	0	0	EPS010	1.981.624	79.200	14-11	1.981.624	1	126.000	CCF21	1.981.624	79.300	0	0	0	0	0
CC	52861928	MAHECHA BRAVO NOHORA JOHANNA	1	0			S								X									231001	1.981.624	317.100	0	0	0	0	EPS010	1.981.624	79.300	14-11	1.981.624	1	10.400	CCF21	1.981.624	79.300	0	0	0	0	0

PAGADA

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

9. CONDICIONES SEGÚN FACTOR PRESTACIONAL PRESENTADO		10. PERSONAL 12 (SEGÚN OFERTA ECONOMICA O PRESUPUESTO)								
9.1 DESCRIPCIÓN DEL ITEM	9.2 % APLICAR DE ITEM (Según FP presentado)	10.1 Cargo:	AUXILIAR TÉCNICO SECRETARIA	10.2 Nombres:	MAHECHA BRAVO NOHORA JOHANNA	10.3 N° Identificacion:	52.881.928	10.4 Salario Base de Cotizacion:	$ 1.981.624,00	
		10.5 Permanencia 1:	100,00%	10.6 Tiempo de Permanencia 1 (dias)	30	10.9 Total Dias del Mes a reportar	30			
		10.7. Permanencia 2:		10.8 Tiempo de Permanencia 2 (dias)						

		11. SOPORTE DE PAGO								
		11.1 Tipo de Planilla o contratacion según FP - 40% Independiente - 100% planta	11.2 Valor del IBC a Soportar	11.3 Valor a Soportar del Item	11.4 N° Planillas; (Fecha de Pago)	11.5 Periodo Servicio	11.6 Valor IBC Soportado	11.7 Valor del Item Soportado	11.8 valor efectivo Soportado del Item	11.9 Valor Efectivo Soportado del IBC
SEGURIDAD SOCIAL										
PENSIÓN	16,00%	Dependiente (no paga CCF, SENA e ICBF)	$ 1.981.624,00	$ 317.059,84	70153354 (15/08/2023)	may-23	$ 1.981.624,00	$ 3.170.100,00	$ 317.059,84	$ 1.981.624,00
SALUD	4,00%			$ 79.264,96		may-23		$ 79.300,00	$ 79.264,96	
A.R.L. riesgos	V			$ 137.921,03		may-23	$ 1.981.624,00	I	#N/D	$ 1.981.624,00
PARAFISCALES										
CAJA DE COMPENSACIÓN	0,00%	Dependiente (no paga CCF, SENA e ICBF)	$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ 46.400,00	$ -	$ -
I.C.B.F.	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -
SENA	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -

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	900364545-9	MAPO INGENERIA SAS	Calle 152B 58C 50 Torre 12 Oficina 602	6015974685	mapo.contab@gmail.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
68487564	09/06/2023				2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-06	2023-05	N	15/08/2023	70153354	$476.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	31.300	0		0		0	63	2.300	0	33.600	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	32.900	0		0		0	63	2.400	0	35.300	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	125.100	0	0	0	0	63	9.100	0	134.200	1
231001	Colfondos	800227940-6	131.500	0	0	0	0	63	9.600	0	141.100	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	58.700				58.700	63	4.300	63.000			587	63.000	2

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	64.200	63	4.700	68.900	2

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	64.200	68.900
Pensión	2	256.600	275.300
Riesgos Laborales	1	58.700	63.000
CCF	1	64.200	68.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	6	443.700	476.100

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	900364545-9	MAPO INGENERIA SAS		Calle 152B 58C 50 Torre 12 Oficina 602	6015974685	mapo.contab@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
68487564	09/06/2023				EMPLEADOS: 2 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-06	2023-05	N	15/08/2023	70153354	$476.100

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colomb. exterior	Exonerado	IRG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1020730818	MALDONADO MENDEZ DAVID ANDRES	1	0			S								X									230301	1.981.624	317.100	0	0	0	0	EPS008	1.981.624	79.300	14-11	1.981.624	5	138.000	CCF21	1.981.624	79.300	0	0	0	0	0
CC	52de1926	MAHECHA BRAVO NOHORA JOHANNA	1	0			S								X									251001	1.981.624	317.100	0	0	0	0	EPS010	1.981.624	79.300	14-11	1.981.624	1	15.400	CCF21	1.981.624	79.300	0	0	0	0	0

PAGADA

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

9. CONDICIONES SEGÚN FACTOR PRESTACIONAL PRESENTADO		10. PERSONAL 13 (SEGÚN OFERTA ECONOMICA O PRESUPUESTO)								
9.1 DESCRIPCIÓN DEL ITEM	9.2 % APLICAR DE ITEM (Según FP presentado)	10.1 Cargo:	PROFESIONAL LEGAL	10.2 Nombres:	ACEVEDO GIRALDO ANDREA ISABEL	10.3 N° Identificacion:	35.478.429	10.4 Salario Base de Cotizacion:	$ 6.284.000,00	
		10.5 Permanencia 1:	20,00%	10.6 Tiempo de Permanencia 1 (dias)	30	10.9 Total Dias del Mes a reportar	30			
		10.7. Permanencia 2:		10.8 Tiempo de Permanencia 2 (dias)						
		11. SOPORTE DE PAGO								
		11.1 Tipo de Planilla o contratacion según FP - 40% Independiente - 100% planta	11.2 Valor del IBC a Soportar	11.3 Valor a Soportar del Item	11.4 N° Planillas; (Fecha de Pago)	11.5 Periodo Servicio	11.6 Valor IBC Soportado	11.7 Valor del Item Soportado	11.8 valor efectivo Soportado del Item	11.9 Valor Efectivo Soportado del IBC
SEGURIDAD SOCIAL										
PENSIÓN	16,00%	Independiente (No paga CCF, SENA e ICBF)	$ 502.720,00	$ 80.435,20	9451427796 (29/05/2023)	may-23	$ 4.172.000,00	$ 288.000,00	$ 80.435,20	$ 502.720,00
SALUD	12,50%			$ 62.840,00		may-23		$ 225.500,00	$ 62.840,00	
A.R.L. riesgos	I			#N/D		may-23	$ 4.172.000,00	I	#N/D	$ 502.720,00
PARAFISCALES										
CAJA DE COMPENSACIÓN	0,00%	Independiente (No paga CCF, SENA e ICBF)	$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -
I.C.B.F.	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -
SENA	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	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
CC 35478429		ACEVEDO GIRALDO ANDREA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 19 No. 5a 64 casa 21	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8637522	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-05	2023-05	2104543712	9451427796	I	2023/06/08	2023/05/29	BANCO DE BOGOTA	0	$1,294,400

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
1	CC 35478429	ACEVEDO ANDREA	25-14	30	$4,172,000	$667,600	EPS008	30	$4,172,000	$521,500	CCF24	30	$4,172,000	$83,500	14-23	30	$4,172,000	$21,800	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$4,172,000	$667,600			$4,172,000	$521,500			$4,172,000	$83,500			$4,172,000	$21,800		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$667,600	$0	$0	$667,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$667,600	$0	$0	$667,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$21,800	$0	$0	$21,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$21,800	$0	$0	$21,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$83,500	$0	$0	$83,500
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$83,500	$0	$0	$83,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$521,500	$0	$0	$521,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$521,500	$0	$0	$521,500
TOTAL				1	$1,294,400	$0	$0	$1,294,400

2023/06/06 03:19 PM

1. N° CONTRATO/CONVENIO/OTC:	CONTRATO DE INTERVENTORÍA No. FONDIGER-009-2023	2. TIPO DE CONTRATISTA	Interventoria	3. OBJETO:	INTERVENTORIA ADMINISTRATIVA, TECNICA, FINANCIERA, SOCIAL Y AMBIENTAL, PARA AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS, JURÍDICOS Y FINANCIEROS ENTRE LA SECRETARÍA DEL HÁBITAT, LA CAJA DE LA VIVIENDA POPULAR, EL INSTITUTO DISTRITAL DE GESTIÓN DE RIESGOS Y CAMBIO CLIMÁTICO – IDIGER Y EL FONDO DISTRITAL DE GESTIÓN DE RIESGOS Y CAMBIO CLIMÁTICO – FONDIGER PARA EJECUTAR ACCIONES DE ANÁLISIS DE RIESGOS, REDUCCIÓN DEL RIESGO Y ADAPTACIÓN AL CAMBIO CLIMÁTICO DENTRO DEL POLÍGONO DE RIESGO DEFINIDO EN EL CONCEPTO TÉCNICO 8405 Y SUS ADENDAS PARA EL SECTOR DE MIRADOR EL PARAÍSO A, MIRADOR DEL PARAÍSO B Y EL MIRADOR 3, EN LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLÍVAR, UPZ 67 LUCERO – INTERVENTORIA DE OBRAS DE MITIGACIÓN				
4. NUMERO DE INFORME:	4	5. PERIODO DEL INFORME:	17/05/2023 AL 16/6/2023	6. CONTRATISTA:	MAPO INGENIERIA S.A.S	7. SUPERVISION Y/O INTERVENTORIA	IDIGER	8. PERIODO CORRESPONDIENTE	17/05/2023 AL 16/6/2023 16/6/2023

9. CONDICIONES SEGÚN FACTOR PRESTACIONAL PRESENTADO		10. PERSONAL 1 (SEGÚN OFERTA ECONOMICA O PRESUPUESTO)							
9.1 DESCRIPCIÓN DEL ITEM	9.2 % APLICAR DE ITEM (Segun FP presentado)	10.1 Cargo:	DIRECTOR DE INTERVENTORIA	10.2 Nombres:	MARIA DEL CARMEN POSADA ARDILA	10.3 N° Identificacion:	41.511.424	10.4 Salario Base de Cotizacion:	$ 8.182.000,00
		10.5 Permanencia 1:	50,00%	10.6 Tiempo de Permanencia 1 (dias)	30	10.9 Total Dias del Mes a reportar	30		
		10.7. Permanencia 2:		10.8 Tiempo de Permanencia 2 (dias)					

		11. SOPORTE DE PAGO									
		11.1 Tipo de Planilla o contratacion segun FP - 40% Independiente - 100% planta	11.2 Valor del IBC a Soportar	11.3 Valor a Soportar del Item	11.4 N° Planillas; (Fecha de Pago)	11.5 Periodo Servicio	11.6 Valor IBC Soportado	11.7 Valor del Item Soportado	11.8 valor efectivo Soportado del Item	11.9 Valor Efectivo Soportado del IBC
SEGURIDAD SOCIAL										
PENSIÓN	0,00%	Independiente (No paga CCF, SENA e ICBF) (Pensionado)	$ 1.636.400,00	$ -	69134238 (7/07/2023)	may-23	$ 1.636.400,00		$ -	$ 1.636.400,00
SALUD	12,50%			$ 204.550,00		may-23		$ 204.550,00	$ 204.550,00	
A.R.L. riesgos	V			$ 113.893,44	68922757 (21/06/2023)	may-23	$ 1.636.400,00	V	$ 113.893,44	$ 1.636.400,00
PARAFISCALES										
CAJA DE COMPENSACIÓN	0,00%	Independiente (No paga CCF, SENA e ICBF) (Pensionado)	$ -	$ -					$ -	$ -
I.C.B.F.	0,00%		$ -	$ -		N/A	0	$ -	$ -	$ -
SENA	0,00%		$ -	$ -		N/A	0	$ -	$ -	$ -

9. CONDICIONES SEGÚN FACTOR PRESTACIONAL PRESENTADO		10. PERSONAL 2 (SEGÚN OFERTA ECONOMICA O PRESUPUESTO)							
9.1 DESCRIPCIÓN DEL ITEM	9.2 % APLICAR DE ITEM (Segun FP presentado)	10.1 Cargo:	INGENIERO RESIDENTE DE INTERVENTORIA	10.2 Nombres:	GEOVANNI FRANCO PARRA	10.3 N° Identificacion:	79.263.036	10.4 Salario Base de Cotizacion:	$ 6.264.000,00
		10.5 Permanencia 1:	100,00%	10.6 Tiempo de Permanencia 1 (dias)	29	10.9 Total Dias del Mes a reportar	29		
		10.7. Permanencia 2:	0,00%	10.8 Tiempo de Permanencia 2 (dias)	0				

		11. SOPORTE DE PAGO									
		11.1 Tipo de Planilla o contratacion segun FP - 40% Independiente - 100% planta	11.2 Valor del IBC a Soportar	11.3 Valor a Soportar del Item	11.4 N° Planillas; (Fecha de Pago)	11.5 Periodo Servicio	11.6 Valor IBC Soportado	11.7 Valor del Item Soportado	11.8 valor efectivo Soportado del Item	11.9 Valor Efectivo Soportado del IBC
SEGURIDAD SOCIAL										
PENSIÓN	16,00%	Independiente (No paga CCF, SENA e ICBF)	$ 2.409.613	$ 386.770,13	68467111 (09/06/2023)	may-23	$ 2.513.000,00	$ 402.200,00	$ 386.770,13	$ 2.409.613,33
SALUD	12,50%			$ 303.726,67		may-23		$ 314.200,00	$ 303.726,67	
A.R.L. riesgos	V			$ 169.115,01		may-23	$ 2.513.000,00	V	$ 169.115,01	$ 2.409.613,33
PARAFISCALES										
CAJA DE COMPENSACIÓN	0,00%	Independiente (No paga CCF, SENA e ICBF)	$ -	$ -	N/A	N/A	0		$ -	$ -
I.C.B.F.	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -
SENA	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -

9. CONDICIONES SEGÚN FACTOR PRESTACIONAL PRESENTADO		10. PERSONAL 3 (SEGÚN OFERTA ECONOMICA O PRESUPUESTO)							
9.1 DESCRIPCIÓN DEL ITEM	9.2 % APLICAR DE ITEM (Segun FP presentado)	10.1 Cargo:	ARQUITECTO RESIDENTE DE INTERVENTORIA	10.2 Nombres:	NELSON MAURICIO CASTRO GALEANO	10.3 N° Identificacion:	80.721.546	10.4 Salario Base de Cotizacion:	$ 6.264.000,00
		10.5 Permanencia 1:	100,00%	10.6 Tiempo de Permanencia 1 (dias)	30	10.9 Total Dias del Mes a reportar	30		
		10.7. Permanencia 2:	0,00%	10.8 Tiempo de Permanencia 2 (dias)	0				

		11. SOPORTE DE PAGO									
		11.1 Tipo de Planilla o contratacion segun FP - 40% Independiente - 100% planta	11.2 Valor del IBC a Soportar	11.3 Valor a Soportar del Item	11.4 N° Planillas; (Fecha de Pago)	11.5 Periodo Servicio	11.6 Valor IBC Soportado	11.7 Valor del Item Soportado	11.8 valor efectivo Soportado del Item	11.9 Valor Efectivo Soportado del IBC
SEGURIDAD SOCIAL										
PENSIÓN	16,00%	Independiente (No paga CCF, SENA e ICBF)	$ 2.513.800,00	$ 402.176,00	68219549 (31/05/2023)	may-23	$ 2.513.800,00	$ 402.200,00	$ 402.176,00	$ 2.513.800,00
SALUD	12,50%			$ 314.200,00		may-23		$ 314.200,00	$ 314.200,00	
A.R.L. riesgos	V			$ 174.946,56	68922757 (21/06/2023)	may-23	$ 2.513.800,00	V	$ 174.946,56	$ 2.513.800,00
PARAFISCALES										
CAJA DE COMPENSACIÓN	0,00%	Independiente (No paga CCF, SENA e ICBF)	$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -
I.C.B.F.	0,00%		$ -	$ -	NA	NA	0	$ -	$ -	$ -
SENA	0,00%		$ -	$ -	NA	NA	0	$ -	$ -	$ -

9. CONDICIONES SEGÚN FACTOR PRESTACIONAL PRESENTADO		10. PERSONAL 4 (SEGÚN OFERTA ECONOMICA O PRESUPUESTO)								
9.1 DESCRIPCIÓN DEL ITEM	9.2 % APLICAR DE ITEM (Según FP presentado)	10.1 Cargo:	ESPECIALISTA HIDRÁULICO	10.2 Nombres:	DIEGO FERNANDO GARCÍA BORRERO	10.3 N° Identificacion:	79.723.595	10.4 Salario Base de Cotizacion:	$ 6.967.000,00	
		10.5 Permanencia 1:	50,00%	10.6 Tiempo de Permanencia 1 (días)	30	10.9 Total Dias del Mes a reportar	30			
		10.7. Permanencia 2:	0,00%	10.8 Tiempo de Permanencia 2 (días)	0					

		11. SOPORTE DE PAGO								
		11.1 Tipo de Planilla o contratacion según FP - 40% Independiente - 100% planta	11.2 Valor del IBC a Soportar	11.3 Valor a Soportar del Item	11.4 N° Planilla; (Fecha de Pago)	11.5 Periodo Servicio	11.6 Valor IBC Soportado	11.7 Valor del Item Soportado	11.8 valor efectivo Soportado del Item	11.9 Valor Efectivo Soportado del IBC
SEGURIDAD SOCIAL										
PENSIÓN	16,00%	Independiente (No paga CCF, SENA e ICBF)	$ 1.393.400,00	$ 222.944,00	68348318 (7/06/2023)	may-23	$ 6.178.000,00	$ 968.500,00	$ 222.944,00	$ 1.393.400,00
SALUD	12,50%			$ 174.175,00		may-23		$ 772.300,00	$ 174.175,00	
A.R.L. riesgos	V			$ 96.980,64	68522757 (21/06/2023)	may-23	$ 1.393.400,00	V	$ 96.980,64	$ 1.393.400,00
PARAFISCALES										
CAJA DE COMPENSACIÓN	0,00%	Independiente (No paga CCF, SENA e ICBF)	$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -
I.C.B.F.	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -
SENA	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -

9. CONDICIONES SEGÚN FACTOR PRESTACIONAL PRESENTADO		10. PERSONAL 5 (SEGÚN OFERTA ECONOMICA O PRESUPUESTO)								
9.1 DESCRIPCIÓN DEL ITEM	9.2 % APLICAR DE ITEM (Según FP presentado)	10.1 Cargo:	ESPECIALISTA TRANSITO DE TRANSPORTE DE INTERVENTORIA	10.2 Nombres:	DANIEL ORLANDO CRUZ RODRIGUEZ	10.3 N° Identificacion:	1.016.027.869	10.4 Salario Base de Cotizacion:	$ 6.967.000,00	
		10.5 Permanencia 1:	10,00%	10.6 Tiempo de Permanencia 1 (días)	30	10.9 Total Dias del Mes a reportar	30			
		10.7. Permanencia 2:	0,00%	10.8 Tiempo de Permanencia 2 (días)	0					

		11. SOPORTE DE PAGO								
		11.1 Tipo de Planilla o contratacion según FP - 40% Independiente - 100% planta	11.2 Valor del IBC a Soportar	11.3 Valor a Soportar del Item	11.4 N° Planilla; (Fecha de Pago)	11.5 Periodo Servicio	11.6 Valor IBC Soportado	11.7 Valor del Item Soportado	11.8 valor efectivo Soportado del Item	11.9 Valor Efectivo Soportado del IBC
SEGURIDAD SOCIAL										
PENSIÓN	16,00%	Independiente (No paga CCF, SENA e ICBF)	$ 278.680,00	$ 44.588,80	68454055 (07/06/2023)	may-23	$ 2.000.000,00	$ 402.200,00	$ 44.588,80	$ 278.680,00
SALUD	12,50%			$ 34.835,00		may-23		$ 278.680,00	$ 34.835,00	
A.R.L. riesgos	V			$ 19.396,13	68522757 (21/06/2023)	may-23	$ 2.000.000,00	V	$ 19.396,13	$ 278.680,00
PARAFISCALES										
CAJA DE COMPENSACIÓN	0,00%	Independiente (No paga CCF, SENA e ICBF)	$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -
I.C.B.F.	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -
SENA	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -

9. CONDICIONES SEGÚN FACTOR PRESTACIONAL PRESENTADO		10. PERSONAL 6 (SEGÚN OFERTA ECONOMICA O PRESUPUESTO)								
9.1 DESCRIPCIÓN DEL ITEM	9.2 % APLICAR DE ITEM (Según FP presentado)	10.1 Cargo:	Profesional Social	10.2 Nombres:	MARIA DE LOS ANGELES SERRANO	10.3 N° Identificacion:	52.918.989	10.4 Salario Base de Cotizacion:	$ 6.264.000,00	
		10.5 Permanencia 1:	50,00%	10.6 Tiempo de Permanencia 1 (días)	30	10.9 Total Dias del Mes a reportar	30			
		10.7. Permanencia 2:		10.8 Tiempo de Permanencia 2 (días)						

		11. SOPORTE DE PAGO								
		11.1 Tipo de Planilla o contratacion según FP - 40% Independiente - 100% planta	11.2 Valor del IBC a Soportar	11.3 Valor a Soportar del Item	11.4 N° Planilla; (Fecha de Pago)	11.5 Periodo Servicio	11.6 Valor IBC Soportado	11.7 Valor del Item Soportado	11.8 valor efectivo Soportado del Item	11.9 Valor Efectivo Soportado del IBC
SEGURIDAD SOCIAL										
PENSIÓN	16,00%	Independiente (No paga CCF, SENA e ICBF)	$ 1.256.800,00	$ 201.088,00	105595969 (7/07/2023)	may-23	$ 1.256.800,00	$ 201.100,00	$ 201.088,00	$ 1.256.800,00
SALUD	12,50%			$ 157.100,00		may-23		$ 157.100,00	$ 157.100,00	
A.R.L. riesgos	V			$ 87.473,28	68522757 (21/06/2023)	may-23	$ 1.256.800,00	V	$ 87.473,28	$ 1.256.800,00
PARAFISCALES										
CAJA DE COMPENSACIÓN	0,00%	Independiente (No paga CCF, SENA e ICBF)	$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -
I.C.B.F.	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -
SENA	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -

9. CONDICIONES SEGÚN FACTOR PRESTACIONAL PRESENTADO		10. PERSONAL 7 (SEGÚN OFERTA ECONOMICA O PRESUPUESTO)							
9.1 DESCRIPCIÓN DEL ITEM	9.2 % APLICAR DE ITEM (Según PP presentado)	10.1 Cargo:	Profesional SG-SST	10.2 Nombres:	NILA YADIRA CONTRERAS SANTIAGO	10.3 N° Identificacion:	52.702.962	10.4 Salario Base de Cotizacion:	$ 6.284.000,00
		10.5 Permanencia 1:	50,00%	10.6 Tiempo de Permanencia 1 (días)	30	10.9 Total Dias del Mes a reportar	30		
		10.7. Permanencia 2:		10.8 Tiempo de Permanencia 2 (días)					

	11. SOPORTE DE PAGO								
	11.1 Tipo de Planilla o contratacion segun PP - 40% Independiente - 100% planta	11.2 Valor del IBC a Soportar	11.3 Valor a Soportar del Item	11.4 N° Planilla; (Fecha de Pago)	11.5 Periodo Servicio	11.6 Valor IBC Soportado	11.7 Valor del Item Soportado	11.8 valor efectivo Soportado del Item	11.9 Valor Efectivo Soportado del IBC
SEGURIDAD SOCIAL									
PENSIÓN	16,00%	Independiente (No paga CCF, SENA e ICBF)	$ 1.256.800,00	$ 201.088,00	26577684 (20/06/2023)	may-23	$ 1.400.000,00	$ 432.000,00	$ 201.088,00
SALUD	12,50%			$ 157.100,00		may-23		$ 337.500,00	$ 157.100,00
A.R.L. riesgos	V			$ 87.473,28	68922757 (21/06/2023)	may-23	$ 2.526.080,00	V	$ 87.473,28
PARAFISCALES									
CAJA DE COMPENSACIÓN	0,00%	Independiente (No paga CCF, SENA e ICBF)	$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -
I.C.B.F.	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -
SENA	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -

9. CONDICIONES SEGÚN FACTOR PRESTACIONAL PRESENTADO		10. PERSONAL 8 (SEGÚN OFERTA ECONOMICA O PRESUPUESTO)							
9.1 DESCRIPCIÓN DEL ITEM	9.2 % APLICAR DE ITEM (Según PP presentado)	10.1 Cargo:	ESPECIALISTA GEOTECNIA	10.2 Nombres:	FERNANDO ALBERTO NIETO CASTAÑEDA	10.3 N° Identificacion:	79.539.749	10.4 Salario Base de Cotizacion:	$ 6.162.000,00
		10.5 Permanencia 1:	50,00%	10.6 Tiempo de Permanencia 1 (días)	30	10.9 Total Dias del Mes a reportar	30		
		10.7. Permanencia 2:		10.8 Tiempo de Permanencia 2 (días)					

	11. SOPORTE DE PAGO								
	11.1 Tipo de Planilla o contratacion segun PP - 40% Independiente - 100% planta	11.2 Valor del IBC a Soportar	11.3 Valor a Soportar del Item	11.4 N° Planilla; (Fecha de Pago)	11.5 Periodo Servicio	11.6 Valor IBC Soportado	11.7 Valor del Item Soportado	11.8 valor efectivo Soportado del Item	11.9 Valor Efectivo Soportado del IBC
SEGURIDAD SOCIAL									
PENSIÓN	16,00%	Independiente (No paga CCF, SENA e ICBF)	$ 1.636.400,00	$ 261.824,00	84515067/8 (21/06/2023)	may-23	$ 1.636.400,00	$ 261.800,00	$ 261.824,00
SALUD	12,50%			$ 204.550,00		may-23		$ 204.800,00	$ 204.550,00
A.R.L. riesgos	V			$ 113.893,44	68922757 (21/06/2023)	may-23	$ 1.636.400,00	V	$ 113.893,44
PARAFISCALES									
CAJA DE COMPENSACIÓN	0,00%	Independiente (No paga CCF, SENA e ICBF)	$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -
I.C.B.F.	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -
SENA	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -

9. CONDICIONES SEGÚN FACTOR PRESTACIONAL PRESENTADO		10. PERSONAL 9 (SEGÚN OFERTA ECONOMICA O PRESUPUESTO)							
9.1 DESCRIPCIÓN DEL ITEM	9.2 % APLICAR DE ITEM (Según PP presentado)	10.1 Cargo:	CADENERO 1 y 2	10.2 Nombres:	ANGEL IVÁN CUY BAEZ	10.3 N° Identificacion:	1.018.472.296	10.4 Salario Base de Cotizacion:	$ 1.695.000,00
		10.5 Permanencia 1:	100,00%	10.6 Tiempo de Permanencia 1 (días)	30	10.9 Total Dias del Mes a reportar	30		
		10.7. Permanencia 2:		10.8 Tiempo de Permanencia 2 (días)					

	11. SOPORTE DE PAGO								
	11.1 Tipo de Planilla o contratacion segun PP - 40% Independiente - 100% planta	11.2 Valor del IBC a Soportar	11.3 Valor a Soportar del Item	11.4 N° Planilla; (Fecha de Pago)	11.5 Periodo Servicio	11.6 Valor IBC Soportado	11.7 Valor del Item Soportado	11.8 valor efectivo Soportado del Item	11.9 Valor Efectivo Soportado del IBC
SEGURIDAD SOCIAL									
PENSIÓN	16,00%	Independiente (No paga CCF, SENA e ICBF)	$ 676.000,00	$ 108.480,00	68834530 (6/06/2023)	may-23	$ 1.160.000,00	$ 160.800,00	$ 108.480,00
SALUD	12,50%			$ 84.750,00		may-23		$ 140.000,00	$ 84.750,00
A.R.L. riesgos	V			$ 47.188,80	68922757 (21/06/2023)	may-23	$ 1.160.000,00	V	$ 47.188,80
PARAFISCALES									
CAJA DE COMPENSACIÓN	0,00%	Independiente (No paga CCF, SENA e ICBF)	$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -
I.C.B.F.	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -
SENA	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -

9. CONDICIONES SEGÚN FACTOR PRESTACIONAL PRESENTADO		10. PERSONAL 10 (SEGÚN OFERTA ECONOMICA O PRESUPUESTO)							
9.1 DESCRIPCIÓN DEL ITEM	9.2 % APLICAR DE ITEM (Según FP presentado)	10.1 Cargo:	TOPÓGRAFO	10.2 Nombres:	JEISSON FABIAN PEÑA QUIROGA	10.3 N° Identificacion:	1.012.436.849	10.4 Salario Base de Cotizacion:	$ 2.733.000,00
		10.5 Permanencia 1:	50,00%	10.6 Tiempo de Permanencia 1 (días)	30	10.9 Total Dias del Mes a reportar	30		
		10.7. Permanencia 2:		10.8 Tiempo de Permanencia 2 (días)					

	11. SOPORTE DE PAGO								
	11.1 Tipo de Planilla o contratacion según FP - 40% Independiente - 100% planta	11.2 Valor del IBC a Soportar	11.3 Valor a Soportar del Item	11.4 N° Planillas; (Fecha de Pago)	11.5 Periodo Servicio	11.6 Valor IBC Soportado	11.7 Valor del Item Soportado	11.8 valor efectivo Soportado del Item	11.9 Valor Efectivo Soportado del IBC
SEGURIDAD SOCIAL									
PENSIÓN 16,00%	Independiente (No paga CCF, SENA e ICBF)	$ 546.600,00	$ 87.456,00	9453424185 (19/07/2023)	may-23	$ 1.160.000,00	$ 185.600,00	$ 87.456,00	$ 546.600,00
SALUD 12,50%			$ 68.325,00		may-23		$ 146.000,00	$ 68.325,00	
A.R.L. riesgos V			$ 38.043,36	69522757 (21/08/2023)	may-23	$ 546.600,00	V	$ 38.043,36	$ 546.600,00
PARAFISCALES									
CAJA DE COMPENSACIÓN 0,00%	Independiente (No paga CCF, SENA e ICBF)	$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -
I.C.B.F 0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -
SENA 0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -

9. CONDICIONES SEGÚN FACTOR PRESTACIONAL PRESENTADO		10. PERSONAL 11 (SEGÚN OFERTA ECONOMICA O PRESUPUESTO)							
9.1 DESCRIPCIÓN DEL ITEM	9.2 % APLICAR DE ITEM (Según FP presentado)	10.1 Cargo:	CONDUCTOR	10.2 Nombres:	DAVID ANDRES MALDONADO MÉNDEZ	10.3 N° Identificacion:	1.020.730.818	10.4 Salario Base de Cotizacion:	$ 1.981.624,00
		10.5 Permanencia 1:	100,00%	10.6 Tiempo de Permanencia 1 (días)	30	10.9 Total Dias del Mes a reportar	12		
		10.7. Permanencia 2:		10.8 Tiempo de Permanencia 2 (días)					

	11. SOPORTE DE PAGO								
	11.1 Tipo de Planilla o contratacion según FP - 40% Independiente - 100% planta	11.2 Valor del IBC a Soportar	11.3 Valor a Soportar del Item	11.4 N° Planillas; (Fecha de Pago)	11.5 Periodo Servicio	11.6 Valor IBC Soportado	11.7 Valor del Item Soportado	11.8 valor efectivo Soportado del Item	11.9 Valor Efectivo Soportado del IBC
SEGURIDAD SOCIAL									
PENSIÓN 16,00%	Dependiente (no paga CCF, SENA e ICBF)	$ 1.981.624,00	$ 317.059,84	70153354 (15/08/2023)	may-23	$ 1.981.624,00	$ 317.100,00	$ 317.059,84	$ 1.981.624,00
SALUD 4,00%			$ 79.264,96		may-23		$ 79.300,00	$ 79.264,96	
A.R.L. riesgos V			$ 137.921,03		may-23	$ 1.981.624,00	V	$ 137.921,03	$ 1.981.624,00
PARAFISCALES									
CAJA DE COMPENSACIÓN 0,00%	Dependiente (no paga CCF, SENA e ICBF)	$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ 46.000,00	$ -	$ -
I.C.B.F. 0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -
SENA 0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -

9. CONDICIONES SEGÚN FACTOR PRESTACIONAL PRESENTADO		10. PERSONAL 12 (SEGÚN OFERTA ECONOMICA O PRESUPUESTO)							
9.1 DESCRIPCIÓN DEL ITEM	9.2 % APLICAR DE ITEM (Según FP presentado)	10.1 Cargo:	AUXILIAR TÉCNICO SECRETARIA	10.2 Nombres:	MAHECHA BRAVO NOHORA JOHANNA	10.3 N° Identificacion:	52.881.928	10.4 Salario Base de Cotizacion:	$ 1.981.624,00
		10.5 Permanencia 1:	100,00%	10.6 Tiempo de Permanencia 1 (días)	30	10.9 Total Dias del Mes a reportar	30		
		10.7. Permanencia 2:		10.8 Tiempo de Permanencia 2 (días)					

	11. SOPORTE DE PAGO								
	11.1 Tipo de Planilla o contratacion según FP - 40% Independiente - 100% planta	11.2 Valor del IBC a Soportar	11.3 Valor a Soportar del Item	11.4 N° Planillas; (Fecha de Pago)	11.5 Periodo Servicio	11.6 Valor IBC Soportado	11.7 Valor del Item Soportado	11.8 valor efectivo Soportado del Item	11.9 Valor Efectivo Soportado del IBC
SEGURIDAD SOCIAL									
PENSIÓN 16,00%	Dependiente (no paga CCF, SENA e ICBF)	$ 1.981.624,00	$ 317.059,84	70153354 (15/08/2023)	may-23	$ 1.981.624,00	$ 3.170.100,00	$ 317.059,84	$ 1.981.624,00
SALUD 4,00%			$ 79.264,96		may-23		$ 79.300,00	$ 79.264,96	
A.R.L. riesgos V			$ 137.921,03		may-23	$ 1.981.624,00	I	#¡NÚ	$ 1.981.624,00
PARAFISCALES									
CAJA DE COMPENSACIÓN 0,00%	Dependiente (no paga CCF, SENA e ICBF)	$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ 46.400,00	$ -	$ -
I.C.B.F. 0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -
SENA 0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -

9. CONDICIONES SEGÚN FACTOR PRESTACIONAL PRESENTADO		10. PERSONAL 13 (SEGÚN OFERTA ECONOMICA O PRESUPUESTO)								
9.1 DESCRIPCIÓN DEL ITEM	9.2 % APLICAR DE ITEM (Según FP presentado)	10.1 Cargo:	PROFESIONAL LEGAL	10.2 Nombre:	ACEVEDO GIRALDO ANDREA ISABEL	10.3 N° Identificacion:	35.478.429	10.4 Salario Base de Cotizacion:	$ 6.264.000,00	
		10.5 Permanencia 1:	20,00%	10.6 Tiempo de Permanencia 1 (días)	30	10.9 Total Dias del Mes a reportar	30			
		10.7. Permanencia 2:		10.8 Tiempo de Permanencia 2 (días)						

		11. SOPORTE DE PAGO								
		11.1 Tipo de Planilla o contratacion segun FP - 40% Independiente - 100% planta	11.2 Valor del IBC a Soportar	11.3 Valor a Soportar del Item	11.4 N° Planillas; (Fechas de Pago)	11.5 Periodo Servicio	11.6 Valor IBC Soportado	11.7 Valor del Item Soportado	11.8 valor efectivo Soportado del Item	11.9 Valor Efectivo Soportado del IBC
SEGURIDAD SOCIAL										
PENSIÓN	16,00%	Independiente (No paga CCF, SENA e ICBF)	$ 502.720,00	$ 80.435,20	9451427796 (29/05/2023)	may-23	$ 4.172.000,00	$ 288.000,00	$ 80.435,20	$ 502.720,00
SALUD	12,50%			$ 62.840,00		may-23		$ 225.500,00	$ 62.840,00	
A.R.L. riesgos	I			#¡NO		may-23		I	#¡NO	$ 502.720,00
PARAFISCALES										
CAJA DE COMPENSACIÓN	0,00%	Independiente (No paga CCF, SENA e ICBF)	$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -
I.C.B.F.	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -
SENA	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -

12. RESUMEN DE SOPORTES					
12.1 PERSONAL	12.2 CARGO	FACTOR PRESTACIONAL COMPLETO DESIGNADO AL PROFESIONAL (SEGURIDAD SOCIAL, DOTACIONES ETC)	12.3 VALOR SUELDO A SOPORTAR SEGÚN AMERO ECONOMICO O PRESUPUESTO (permanencia dias trabajados, y tipo de Vinculacion)	12.4 VALOR SUELDO SOPORTADO SEGÚN PLANILLAS PRESENTADAS	12.5 TOTAL APORTES SOPORTADOS REALIZADOS SEGÚN PLANILLAS PRESENTADAS (Pension, Salud, ARL, CCF y Parafiscales)
Personal 1	DIRECTOR DE INTERVENTORÍA	0,00	$ 1.636.400,00	$ 1.636.400,00	$ 318.443,44
Personal 2	INGENIERO RESIDENTE DE INTERVENTORÍA	0,00	$ 2.429.813,33	$ 2.513.000,00	$ 861.611,81
Personal 3	ARQUITECTO RESIDENTE DE INTERVENTORÍA	0,00	$ 2.513.600,00	$ 2.513.600,00	$ 891.322,56
Personal 4	ESPECIALISTA HIDRÁULICO	0,00	$ 1.393.400,00	$ 6.178.000,00	$ 494.096,64
Personal 5	ESPECIALISTA TRANSITO DE TRANSPORTE DE INTERVENTORÍA	0,00	$ 278.680,00	$ 2.000.000,00	$ 98.819,93
Personal 6	Profesional Social	0,00	$ 1.256.800,00	$ 1.256.800,00	$ 445.661,28
Personal 7	Profesional SG-SST	0,00	$ 1.256.800,00	$ 2.526.080,00	$ 445.661,28
Personal 8	ESPECIALISTA GEOTECNIA	0,00	$ 1.636.400,00	$ 1.636.400,00	$ 580.267,44
Personal 9	CADENERO 1 y 2	0,00	$ 678.000,00	$ 1.160.000,00	$ 240.418,80
Personal 10	TOPÓGRAFO	0,00	$ 546.600,00	$ 546.600,00	$ 193.824,36
Personal 11	CONDUCTOR	1,58	$ 1.981.624,00	$ 1.981.624,00	$ 534.245,93
Personal 12	AUXILIAR TÉCNICO SECRETARIA	1,58	$ 1.981.624,00	$ 1.981.624,00	#¡NO
Personal 13	PROFESIONAL LEGAL	0,00	$ 502.720,00	$ 4.172.000,00	#¡NO
	Subtotal		**$ 19.092.461,33**	**$ 30.102.128,00**	**#¡NO**

13. Observaciones:

12.6 Valor Promedio de Factor Prestacional	#¡REF!	#¡REF!
12.7 Valor total del FP de Seguridad Social y Parafiscales	#¡REF!	#¡REF!
12.8 Valor Efectivo total soportado por seguridad social y parafiscales	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
12.9 Valor de seguridad social y parafiscales no soportado	#¡REF!	#¡REF!
12.10 Valor del Sueldo no soportado		$ -
12.11 Valor total Efectivo del FP real Soportado (solo Seguridad social y parafiscales)	#¡REF!	#¡REF!
12.12 Diferencia no soportado de Seguridad social y Parafiscales e IBC		#¡REF!
12.13 Ivo (si aplica)	0,00%	#¡REF!
12.14 Total no soportado presente periodo		#¡REF!
12.15 Total no soportado periodos anteriores		$ -
12.16 Valor total a no soportado		#¡REF!

Elaboró:	Nila Yadira Contreras Santiago	Revisó y Aprobó:	MARIA DEL CARMEN FUSACA AHOLA
Firma:	[illegible]	Firma:	
Nombre:	Nila Yadira Contreras Santiago	Nombre:	MARIA DEL CARMEN FUSACA AHOLA
Cargo	Profesional SG-SST	Cargo	Directora de interventoría

Fecha: 18/5/2023

Otro	Dependiente (no paga independiente)	100%	0%	12,50%	0%	0%	0%
	Independiente (paga independiente)	40%	16%	12,50%	0%	0%	0%
	Dependiente (no paga independiente)	40%	16%	12,50%	4%	0%	0%
	Independiente (paga independiente)	40%	16%	12,50%	4%	3%	2%
	Dependiente (no paga independiente)	40%	0%	12,50%	0%	0%	0%
	Independiente (paga independiente)	40%	0%	12,50%	4%	0%	0%
	Independiente (paga independiente)	40%	0%	12,50%	4%	3%	2%

0	0,000%
I	0,522%
II	1,044%
III	2,436%
IV	4,350%
V	6,960%

MAPO sas INGENIERIA

BOGOTÁ | INSTITUTO DISTRITAL DE GESTIÓN DE RIESGOS Y CAMBIO CLIMÁTICO - IDIGER

ANEXO SST 2 CHARLAS Y CAPACITACIONES EN EL PERIODO INTERVENTORÍA.

521

MAPO sas INGENIERIA	REGISTRO DE ASISTENCIA

Fecha: 26 de Mayo de 2023

Responsable de la actividad: Nila Yadira Contreras

Tema: Boletin sobre uso de EPPs y Manejo de casos de acoso laboral Resolución 652 de 2012

NOMBRE	CONTRATO	FIRMA
MAURICIO POSADA	Ilimani	
Mauricio Franco S	Ilimani	
Mario Serrano	Ilimani	
Nila Y. Contreras S.	Ilimani	
~~Maria del Carmen Rondo~~	Ilimani	
David Andres Valderrama	Ilimani	
Angel Iuvg Cuy	Ilimani	
Jeisson Peña	Ilimani	
Fernando Nieto	Ilimani	

Firma expositor:

NILA Y. CONTRERAS S.

NILA Y. CONTRERAS S.
Profesional SST-MA
Interventoría

MAPO sas INGENIERIA	REGISTRO DE ASISTENCIA

Fecha: 9 Junio de 2023

Responsable de la actividad: Lila Yadira Contreras

Tema: Divulgación de MEDEVAC y unidades de apoyo en caso de una emergencia en el proyecto.

NOMBRE	CONTRATO	FIRMA
~~Maria del Carmen Posada~~	Ilimani	
MAURICIO POSADA	Ilimani	
Mayra Serrano	Ilimani	
~~Mauricio Franco~~	Ilimani	
David Andres Valdivieso	Ilimani	David Valdivieso
Jeisson Peña.	Ilimani.	
Ivan Cely	Ilimani	
Fernando Nieto	Ilimani.	

Firma expositor:

LILA Y. CONTRERAS S

MAPO sas INGENIERIA

BOGOTÁ | INSTITUTO DISTRITAL DE GESTIÓN DE RIESGOS Y CAMBIO CLIMÁTICO - IDIGER

ANEXO SST 3 CERTIFICACIÓN DE ACCIDENTALIDAD

ARL | sura

Medellín, 11 de agosto de 2023

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. - ARL SURA S.A.

HACE CONSTAR

Que la empresa MAPO INGENIERIA SAS, NIT N900364545, no presenta accidentes de trabajo desde el 01 de mayo de 2023 hasta el 31 de mayo de 2023.

La presente constancia se expide a solicitud de la empresa.

Para información adicional puede comunicarse con nuestra Línea de Atención 018000 51

Atentamente,

Dirección de Higiene, Seguridad y Ambiente

GILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

524

MAPO sas INGENIERIA

BOGOTÁ | INSTITUTO DISTRITAL DE GESTIÓN DE RIESGOS Y CAMBIO CLIMÁTICO - IDIGER

ANEXO SST 4 INDUCCIÓN PERSONAL CONTRATISTA DE OBRA

525

CONSORCIO VAPA NIT. 901.669.477-1	FORMATO	Código: FT-GAT-005
	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES	Fecha: 20/Junio/2022
		Versión: Original

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
Bogota	Mirador	18	05	2023

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción - Reinducción	X	¿Cuál? Inducción SST y Ambiental PGSST y PGA
Charla de seguridad		
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo		
Seminario / Taller / Curso		
Capacitación y Entrenamiento en SST		
Capacitación especifica al cargo		
Otra		

No	Nombre del Trabajador	Cèdula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1	Carlos Alberto Sanchez Sanchez	1002183364	Ayudante	Carlos
2	Jhonatan Nicolta	1087186362	Ayudante	Jhonatan
3	José Basora	4390930	Ayudante	José Basora
4	Luis Alexis Moreno	1077125902	Oficial	Luis
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad

Nombre	Yenny Acosta - Jaluie Murcia	Firma	Yenny Acosta - Jaluie Murcia.

NILA Y. CONTRERAS S.
Nila Yadira Contreras
Profesional SST-MA

Powered by CamScanner

CONSORCIO VAPA NIT. 901.669.477-1	FORMATO	Código: FT-GAT-006
	REGISTRO INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)	Fecha: 06/Enero/2023
		Versión: 001

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)

FECHA: 18/05/2023 **INDUCCIÓN** [X] **REINDUCCIÓN** [ ]

NOMBRE: carlos alberto **CEDULA:** 1002183364

AREA/SECCION: Contrato FONDIGER No. 002-2023 **CARGO:** asistente

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Jaime Murcia

OBJETIVO GENERAL

Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las politicas, procedimientos y normas del Sistema de Gestión Integral establecidas, y, así promover y preservar la salud de los trabajadores, la protección al medio ambiente y la satisfacción del cliente en la inducción al nuevo trabajador y reinduccion anual al personal antiguo se imparten los siguientes temas:

1) Política de Gestión Integral.

2) Mapa de Procesos de la Organización.

3) Estructura y Control Documental (Manuales, Planes, Programas, Procedimientos, Instructivos-Guías-Reglamentos, Fichas Técnicas, Formatos).

4) Auditorías Internas y externas.

5) Programas y procedimientos

6) Bases del sistema de seguridad social

7) Conceptos básicos de seguridad y salud en el trabajo, medio ambiente y calidad.

8) Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO.

9) Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL de la empresa.

10) Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa, PAPSO.

11) Comites, Plan de Emergencias

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES	LOCATIVO	ELECTRICO
BIOLOGICO		

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos del Sistema de Gestión Integral dados por la empresa para el desarrollo seguro, responsable y con calidad de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales del Sistema de Gestión Integral de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

carlos
Firma del Trabajador
c.c. 1002 183 364

Jaime Murcia
Firma de Responsable del SG-SST
c.c. 79 788 632

CONSORCIO VAPA NIT. 901.669.477-1	FORMATO	Código: FT-GAT-008
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL - OBRA	Fecha: 06/Enero/2023
		Versión: 001

NOMBRE: Carlos Alberto FECHA: 18/05/2023

CARGO:

1. Qué es un accidente de trabajo?: cualquiera X

2. Escriba un ejemplo de acto inseguro y uno de condición insegura:

1. mano X
2.

3.Mencione 3 elelementos de protección personal - EPP necesarios para la labor que realiza:

1. guantes
2. botas
3. casco

V

4. Señale Falso (F) o Verdadero(V) según corresponda:

O

	F	V
A. Los actos inseguros y condiciones de seguridad podemos prevenirlos para evitar accidentes de trabajo		X
B. El reporte de accidentes y enfermedades laborales debe ser una obligación por parte del trabajador		X

5. Mencione 2 responsabilidades que usted como trabajador debe tener en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo -SG-SST:

X

1. botas casco
2.

6. De las siguientes imagenes señale con una X cual es la correcta:

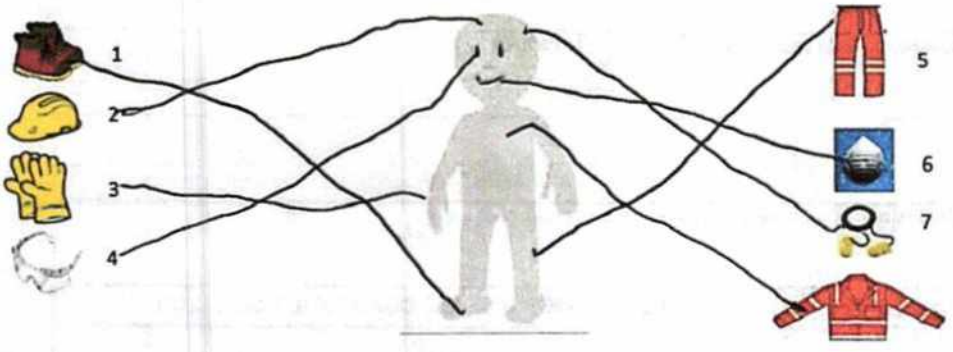
A. 

X

B. 

X

Ubique correctamente los números de cada imagen en la ilustración de la silueta de la persona:



V

7. Escriba arriba de cada contenedor, el tipo de residuo al que corresponde cada color:



V

- **Residuos Aprovechables**
- **Residuos Orgánicos Aprovechables**
- **Residuos No Aprovechables**

527

Powered by CamScanner

CONSORCIO VAPA NIT. 901.669.477-1	FORMATO	Código: FT-SST-042
		FECHA:01/06/2018
	FORMA AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	VERSIÓN:01

CIUDAD : x Bocoto FECHA 16/05/2023

AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	NRO IDENTIFICACIÓN
x Sanchez	x Santana	Carlos Alberto	

SEXO F ☐ M ☒ EDAD (años) ESTADO CIVIL Casado ☐ Soltero ☐ U. Libre ☐ Separado ☐

EPS Capital Salud AFP Proteccion ARL Colmena

Cargo Ayudante de obra Dependencia Contrato 002-2023

¿Qué equipos opera?

Ninguno

¿Actualmente presenta alguna enfermedad o esta en tratamiento médico? Explique

NO

Describa que síntoma(s) físico(s) o emocional(es) percibe y el tiempo de evolución

NO

¿Considera que tiene alguna relación estos síntomas con su trabajo? Explique

NO

¿Considera que tiene alguna relación éste síntoma con sus actividades fuera del trabajo? Explique

¿Ha consultado a su servicio de salud por estos síntomas? Si ☒ No ☐ Porqué?

¿Durante el último año ha sido incapacitado por esta causa? Si ☒ No ☐ Porqué?

¿Cuantos días de incapacidad médica?

NA

¿Tiene Ud. algún hobbie, o practica algún deporte? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno?

NO

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD

NO

FIRMAS

Firma del trabajador	Firma Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo
C.C 1002183764	Jaime Moreira

	FORMATO ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	VERSIÓN:01

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada

Nombre	ALBERTO
Cargo	ASISTENTE
Dependencia / Grupo	

FECHA 18/05/2023

Marque una X en la casilla que corresponda:

1. EDAD

- a. Menor de 18 años
- b. 18 - 27 años X
- c. 28 - 37 años
- d. 38 - 47 años
- e. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL

- a. Soltero (a)
- b. Casado (a)/union libre
- c. Separado (a)/Divorciado
- d. Viudo (a)

3. GÉNERO

- a. Masculino X
- b. Femenino

4. NÚMERO DE PERSONAS A CARGO

- a. Ninguna
- b. 1 - 3 personas X
- c. 4 - 6 personas
- d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

- a. Primaria X
- b. Secundaria
- c. Técnico / Tecnólogo
- d. Universitario
- e. Especialista / Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA

- a. Propia
- b. Arrendada X
- c. Familiar
- d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

- a. Otro trabajo
- b. Labores domèsticas
- c. Recreacion y deporte
- d. Estudio
- e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)

- a. Mínimo Legal (S.M.L.)
- b. Entre 1 a 3 S.M.L.
- c. Entre 4 a 5 S.M.L.
- d. Entre 5 y 6 S.M.L.
- e. Mas de 7 S.M.L. X

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

- a. Menos de 1 año X
- b. De 1 a 5 años
- c. De 5 a 10 años
- d. De 10 a 15 años
- e. Más de 15 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

- a. Menos de 1 año
- b. De 1 a 5 años
- c. De 5 a 10 años
- d. De 10 a 15 años
- e. Más de 15 años

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

- a. Indefinido
- b. Provisionalidad
- c. Libre nombramiento y remoción
- d. Contrato de Prestación de Servicios
- e. Honorarios/servicios profesionales

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

- a. Vacunación
- b. Salud oral
- c. Exámenes de laboratorio/otros
- d. Exámenes periódicos
- e. Spa (Relajación)
- f. Capacitaciones en SST
- g. Ninguna

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD

- a. Si
- b. No X

Cual: _____

14. FUMA

- a. Si
- b. No X

Promedio diario _____

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS

- a No X
- b Si

Semanal _____
Mensual _____
Quincenal _____
Ocasional _____

16. PRACTICA ALGUN DEPORTE

- a. No
- b. SI X

Diario X
Semanal _____
Quincenal _____
Mensual _____
Ocasional _____

17-CONSENTIMIENTO INFORMADO

- a No
- b Si X

Ley 1581 de 2012: de protección de datos personales, es una ley que complementa la regulación vigente para la protección del derecho fundamental que tienen todas las personas naturales a autorizar la información personal que es almacenada en bases de datos o archivos, así como su posterior actualización y rectificación.

528

Powered by CamScanner

CONSORCIO VAPA NIT. 901.669.477-1	FORMATO	Código: FT-GAT-008
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL - OBRA	Fecha: 06/Enero/2023
		Versión: 001

NOMBRE: Jhonatan Micoltad FECHA: 18 de Mayo 2023
CARGO: Ayudante

1. Qué es un accidente de trabajo?: Cortarce con la pulidora eso es un accidente

2. Escriba un ejemplo de acto inseguro y uno de condición insegura:
1. tener cuidado con las escaleras
2.

3.Mencione 3 eleiementos de protecciòn personal - EPP necesarios para la labor que realiza:
1. El casco
2. Los guantes
3. Las Botas

4. Señale Falso (F) o Verdadero(V) según corresponda:

	F	V
A. Los actos inseguros y condiciones de seguridad podemos prevenirlos para evitar accidentes de trabajo		X
B. El reporte de accidentes y enfermedades laborales debe ser una obligación por parte del trabajador		X

5. Mencione 2 responsabilidades que usted como trabajador debe tener en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo -SG-SST:
1.
2.

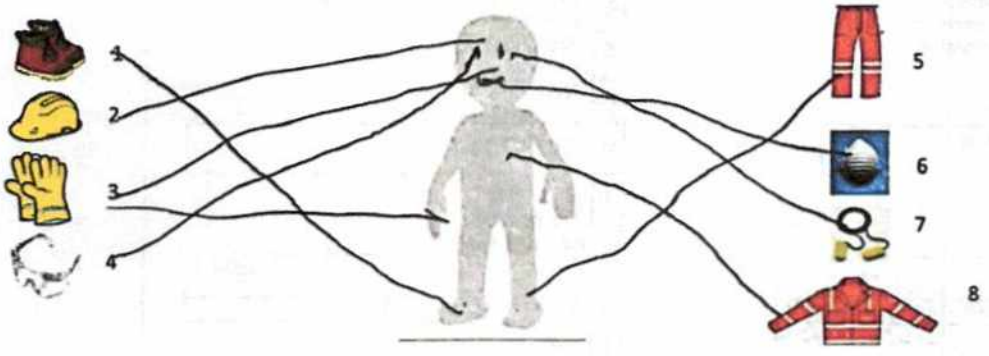
6. De las siguientes imagenes señale con una X cual es la correcta:

A. 

X

B. 

Ubique correctamente los números de cada imagen en la ilustración de la silueta de la persona:



7. Escriba arriba de cada contenedor, el tipo de residuo al que corresponde cada color:

Residos Aprov Residos organ Noaprovechables



- Residuos Aprovechables
- Residuos Orgánicos Aprovechables
- Residuos No Aprovechables

CONSORCIO VAPA NIT. 901.669.477-1	FORMATO	Código: FT-GAT-006
	REGISTRO INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)	Fecha: 06/Enero/2023
		Versión: 001

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)

FECHA: X18/05/2023 INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ]

NOMBRE: x Jhonatan Nicotta CEDULA: x

AREA/SECCION: Gestion de proyectos CARGO: x Ayudante

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Jaime Murcia

OBJETIVO GENERAL

Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las politicas, procedimientos y normas del Sistema de Gestión Integral establecidas, y, así promover y preservar la salud de los trabajadores, la protección al medio ambiente y la satisfacción del cliente en la inducción al nuevo trabajador y reinduccion anual al personal antiguo se imparten los siguientes temas:

1) Política de Gestión Integral.

2) Mapa de Procesos de la Organización.

3) Estructura y Control Documental (Manuales, Planes, Programas, Procedimientos, Instructivos-Guías-Reglamentos, Fichas Técnicas, Formatos).

4) Auditorías Internas y externas.

5) Programas y procedimientos

6) Bases del sistema de seguridad social

7) Conceptos básicos de seguridad y salud en el trabajo, medio ambiente y calidad.

8) Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO.

9) Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL de la empresa.

10) Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa, PAPSO.

11) Comites, Plan de Emergencias

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES	LOCATIVO	ELECTRICO
BIOLOGICO		

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos del Sistema de Gestión Integral dados por la empresa para el desarrollo seguro, responsable y con calidad de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales del Sistema de Gestión Integral de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

x Jhonatan

Firma del Trabajador
C.C. 1087186362

Firma de Responsable del SG-SST
C.C.

529

Powered by CamScanner

Fuente: Ministerio de trabajo - Documento confidencial uso exclusivo de paciente y medico tratante

CONSORCIO VAPA NIT. 901.669.477-1	FORMATO	FT-SST-041
		FECHA:01/06/2018
	FORMATO ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	VERSIÓN:01

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada

Nombre	Jhonatan murcia
Cargo	Ayudante
Dependencia / Grupo	Contrato FONDECER No. 002-2023

FECHA 10/05/2023

Marque una X en la casilla que corresponda:

1. EDAD

a. Menor de 18 años
b. 18 - 27 años
c. 28 - 37 años
d. 38 - 47 años X
e. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL

a. Soltero (a)
b. Casado (a)/union libre X
c. Separado (a)/Divorciado
d. Viudo (a)

3. GÉNERO

a. Masculino X
b. Femenino

4. NÚMERO DE PERSONAS A CARGO

a. Ninguna
b. 1 - 3 personas X
c. 4 - 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

a. Primaria
b. Secundaria X
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista / Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA

a. Propia
b. Arrendada X
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

a. Otro trabajo X
b. Labores domèsticas
c. Recreacion y deporte
d. Estudio
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)

a. Mínimo Legal (S.M.L.)
b. Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Mas de 7 S.M.L.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

a. Menos de 1 año X
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

a. Menos de 1 año X
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

a. Indefinido
b. Provisionalidad X
c. Libre nombramiento y remoción
d. Contrato de Prestación de Servicios
e. Honorarios/servicios profesionales

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

a. Vacunación
b. Salud oral
c. Exámenes de laboratorio/otros X
d. Exámenes periódicos
e. Spa (Relajación)
f. Capacitaciones en SST X
g. Ninguna

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD

a. Si
b. No X
Cual: _____

14. FUMA

a. Si X
b. No
Promedio diario _____

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS

a. No
b. Si X

Semanal _____
Mensual _____
Quincenal _____
Ocasional X

16. PRACTICA ALGUN DEPORTE

a. No
b. Si X

Diario _____
Semanal _____
Quincenal _____
Mensual _____
Ocasional X

17-CONSENTIMIENTO INFORMADO

a. No
b. Si X

Ley 1581 de 2012: de protección de datos personales, es una ley que complementa la regulación vigente para la protección del derecho fundamental que tienen todas las personas naturales a autorizar la información personal que es almacenada en bases de datos o archivos, así como su posterior actualización y rectificación.

CONSORCIO VAPA NIT. 901.669.477-1	FORMATO	Código: FT-SST-042
		FECHA:01/06/2018
	FORMA AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	VERSIÓN:01

CIUDAD: Bogotá FECHA 18 03 Mayo

AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	NRO IDENTIFICACIÓN
Micolta	casiera	Jhonatan	1087186362

SEXO F [ ] M [X] EDAD (años) 32 ESTADO CIVIL: Casado [ ] Soltero [ ] U. Libre [X] Separado [ ]

EPS Salutal AFP Porvenir ARL Colmena

Cargo Ayudante Dependencia Contrato FONDIGER No 002-2023

¿Qué equipos opera?
No. pala. barra,

¿Actualmente presenta alguna enfermedad o esta en tratamiento médico? Explique
No

Describa que síntoma(s) físico(s) o emocional(es) percibe y el tiempo de evolución
No

¿Considera que tiene alguna relación estos síntomas con su trabajo? Explique
No

¿Considera que tiene alguna relación éste síntoma con sus actividades fuera del trabajo? Explique
No

¿Ha consultado a su servicio de salud por estos síntomas? Si [ ] No [X] Porqué?

¿Durante el último año ha sido incapacitado por esta causa? Si [ ] No [X] Porqué?

¿Cuantos días de incapacidad médica?
No

¿Tiene Ud. algún hobbie, o practica algún deporte? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno?
futbol.

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD

NA.

FIRMAS

Firma del trabajador Jhonatan Micolta	Jaime Muruá
C.C 1087186362	Firma Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo

530

Powered by CamScanner

CONSORCIO VAPA NIT. 901.669.477-1	FORMATO	Código: FT-GAT-008
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL - OBRA	Fecha: 08/Enero/2023
		Versión: 001

NOMBRE: José Basoco FECHA: 18/05/2023
CARGO: Ayudante

1. Qué es un accidente de trabajo?:

Es la Condicion local o Ambiental que es expuesta un Trabajador

2. Escriba un ejemplo de acto inseguro y uno de condición insegura:

1. Estar En una ladera sen linea de vida
2. Estar en la ladera

3.Mencione 3 elelementos de protecciòn personal - EPP necesarios para la labor que realiza:

1. Casco
2. Guantes
3. botas

4. Señale Falso (F) o Verdadero(V) según corresponda:

	F	V
A. Los actos inseguros y condiciones de seguridad podemos prevenirlos para evitar accidentes de trabajo		X
B. El reporte de accidentes y enfermedades laborales debe ser una obligación por parte del trabajador		X

5. Mencione 2 responsabilidades que usted como trabajador debe tener en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo -SG-SST:

1. Usar los implementos de seguridad
2. dejar los Herramientas de Trabajo en un lugar Seguro

6. De las siguientes imagenes señale con una X cual es la correcta:

A. 

B. 

X

Ubique correctamente los números de cada imagen en la ilustración de la silueta de la persona:







7. Escriba arriba de cada contenedor, el tipo de residuo al que corresponde cada color:



- Residuos Aprovechables
- Residuos Orgánicos Aprovechables
- Residuos No Aprovechables

CONSORCIO VAPA NIT. 901.669.477-1	FORMATO	Código: FT-GAT-006
	REGISTRO INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)	Fecha: 06/Enero/2023
		Versión: 001

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)

FECHA: x 08/05/2023 INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ]

NOMBRE: x Jose Bosora Silvestre CEDULA: x 14.380.93

AREA/SECCION: proyectos CARGO: x Ayudante

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Jaime Murcia

OBJETIVO GENERAL

Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las politicas, procedimientos y normas del Sistema de Gestión Integral establecidas, y, así promover y preservar la salud de los trabajadores, la protección al medio ambiente y la satisfacción del cliente en la inducción al nuevo trabajador y reinduccion anual al personal antiguo se imparten los siguientes temas:

1) Política de Gestión Integral.

2) Mapa de Procesos de la Organización.

3) Estructura y Control Documental (Manuales, Planes, Programas, Procedimientos, Instructivos-Guías-Reglamentos, Fichas Técnicas, Formatos).

4) Auditorías Internas y externas.

5) Programas y procedimientos

6) Bases del sistema de seguridad social

7) Conceptos básicos de seguridad y salud en el trabajo, medio ambiente y calidad.

8) Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO.

9) Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL de la empresa.

10) Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa, PAPSO.

11) Comites, Plan de Emergencias

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES	LOCATIVO	ELECTRICO
BIOLOGICO		

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos del Sistema de Gestión Integral dados por la empresa para el desarrollo seguro, responsable y con calidad de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales del Sistema de Gestión Integral de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

x Jose Bosora Silvestre
Firma del Trabajador
C.C. 14.380.93C

Jaime Murcia
Firma de Responsable del SG-SST
C.C. 79 788 632

Powered by CamScanner

Fuente Ministerio de trabajo - Documento confidencial uso exclusivo de paciente y medico tratante

CONSORCIO VAPA NIT. 901.669.477-1	FORMATO	FT-SST-041
		FECHA:01/06/2018
	FORMATO ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	VERSIÓN:01

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada

Nombre	DOSA BASURA
Cargo	AYUDANTE
Dependencia / Grupo	CONTRATO FONDIGER No 002-2023

FECHA 18-05-2023

Marque una X en la casilla que corresponda:

1. EDAD

- a. Menor de 18 años
- b. 18 - 27 años
- c. 28 - 37 años
- [X] 38 - 47 años
- e. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL

- [X] Soltero (a)
- b. Casado (a)/union libre
- c. Separado (a)/Divorciado
- d. Viudo (a)

3. GÉNERO

- [X] Masculino
- b. Femenino

4. NÚMERO DE PERSONAS A CARGO

- a. Ninguna
- [X] 1 - 3 personas
- c. 4 - 6 personas
- d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

- a. Primaria
- [X] Secundaria
- c. Técnico / Tecnólogo
- d. Universitario
- e. Especialista / Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA

- a. Propia
- [X] Arrendada
- c. Familiar
- d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

- a. Otro trabajo
- b. Labores domèsticas
- c. Recreacion y deporte
- d. Estudio
- [X] Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)

- a. Mínimo Legal (S.M.L.)
- b. Entre 1 a 3 S.M.L.
- c. Entre 4 a 5 S.M.L.
- d. Entre 5 y 6 S.M.L.
- e. Mas de 7 S.M.L.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

- a. Menos de 1 año X
- b. De 1 a 5 años
- c. De 5 a 10 años
- d. De 10 a 15 años
- e. Más de 15 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

- a. Menos de 1 año X
- b. De 1 a 5 años
- c. De 5 a 10 años
- d. De 10 a 15 años
- e. Más de 15 años

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

- a. Indefinido
- b. Provisionalidad X
- c. Libre nombramiento y remoción
- d. Contrato de Prestación de Servicios
- e. Honorarios/servicios profesionales

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

- a. Vacunación
- b. Salud oral
- c. Exámenes de laboratorio/otros
- d. Exámenes periódicos
- e. Spa (Relajación)
- f. Capacitaciones en SST X
- [X] Ninguna

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD

- a. Si
- [X] No
  Cual: _____

14. FUMA

- [X] Si
- b. No
  Promedio diario _____

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS

- a. No
- [X] Si

Semanal _____
Mensual _____
Quincenal _____
Ocasional X

16. PRACTICA ALGUN DEPORTE

- a. No
- [X] SI

Diario _____
Semanal _____
Quincenal _____
Mensual _____
Ocasional X

17-CONSENTIMIENTO INFORMADO

- a. No
- b. Si X

Ley 1581 de 2012: de protección de datos personales, es una ley que complementa la regulación vigente para la protección del derecho fundamental que tienen todas las personas naturales a autorizar la información personal que es almacenada en bases de datos o archivos, así como su posterior actualización y rectificación.

CONSORCIO VAPA NIT. 901.669.477-1	FORMATO	Código: FT-SST-042
		FECHA:01/05/2018
	FORMA AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	VERSIÓN:01

CIUDAD : | FECHA 18 05 M 2023

AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	NRO IDENTIFICACIÓN
Basora	Silvestre	Jose	14 380.936

SEXO F [ ] M [X] | EDAD (años) 42 | ESTADO CIVIL Casado [ ] Soltero [X] U. Libre [ ] Separado [ ]

EPS Coosalud | AFP Porvenir | ARL Colmena

Cargo Ayudante de obra | Dependencia Contrato No 00-2023

¿Qué equipos opera?

NO

¿Actualmente presenta alguna enfermedad o esta en tratamiento médico? Explique

NO

Describa que síntoma(s) físico(s) o emocional(es) percibe y el tiempo de evolución

NO

¿Considera que tiene alguna relación estos síntomas con su trabajo? Explique

NO

¿Considera que tiene alguna relación éste síntoma con sus actividades fuera del trabajo? Explique

NO

¿Ha consultado a su servicio de salud por estos síntomas? Si [X] No [ ] Porqué?

¿Durante el último año ha sido incapacitado por esta causa? Si [X] No [ ] Porqué?

¿Cuantos días de incapacidad médica?

¿Tiene Ud. algún hobbie, o practica algún deporte? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno?

Basketball

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD

NO

FIRMAS

Firma del trabajador José Basora Silvestre

C.C 14 380.936

Jaime Murcia

Firma Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo

Powered by CamScanner

CONSORCIO VAPA NIT. 901.669.477-1	FORMATO	Código: FT-GAT-008
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL - OBRA	Fecha: 06/Enero/2023
		Versión: 001

NOMBRE: Luis Alexis Moreno Pantoja FECHA: 18/05/2023

CARGO: Oficial de obra.

1. Qué es un accidente de trabajo?:

todo suceso repentino que sobrevenga por causa de su trabajo.

2. Escriba un ejemplo de acto inseguro y uno de condición insegura:

1. No usar los equipos para trabajos en alturas
2. Escaleras en mal estado.

3.Mencione 3 elelementos de protecciòn personal - EPP necesarios para la labor que realiza:

1. Guantes
2. Gafas
3. Casco

4. Señale Falso (F) o Verdadero(V) según corresponda:

	F	V
A. Los actos inseguros y condiciones de seguridad podemos prevenirlos para evitar accidentes de trabajo		X
B. El reporte de accidentes y enfermedades laborales debe ser una obligación por parte del trabajador		X

5. Mencione 2 responsabilidades que usted como trabajador debe tener en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo -SG-SST:

1. Asistir a las capacitaciones
2. Participar en las actividades SST

6. De las siguientes imagenes señale con una X cual es la correcta:

A.



B.



X

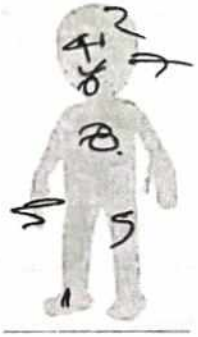
Ubique correctamente los números de cada imagen en la ilustración de la silueta de la persona:


1


2


3


4




5


6


7


8

7. Escriba arriba de cada contenedor, el tipo de residuo al que corresponde cada color:

Residuos aprovechables



Residuos NO aprovechables



Residuos Aprovechables.



- Residuos Aprovechables
- Residuos Orgánicos Aprovechables
- Residuos No Aprovechables

CONSORCIO VAPA NIT. 901.669.477-1	FORMATO	Código: FT-GAT-006
	REGISTRO INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)	Fecha: 06/Enero/2023
		Versión: 001

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)

FECHA: 18/05-2023 **INDUCCIÓN** [X] **REINDUCCIÓN** [ ]

NOMBRE: Luis Alexis Moreno **CEDULA:** _____

AREA/SECCION: Contrato FONDIGER No. 002-2023 **CARGO:** Oficial

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Jaime Murcia

OBJETIVO GENERAL

Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las politicas, procedimientos y normas del Sistema de Gestión Integral establecidas, y, así promover y preservar la salud de los trabajadores, la protección al medio ambiente y la satisfacción del cliente en la inducción al nuevo trabajador y reinduccion anual al personal antiguo se imparten los siguientes temas:

1) Política de Gestión Integral.

2) Mapa de Procesos de la Organización.

3) Estructura y Control Documental (Manuales, Planes, Programas, Procedimientos, Instructivos-Guías-Reglamentos, Fichas Técnicas, Formatos).

4) Auditorías Internas y externas.

5) Programas y procedimientos

6) Bases del sistema de seguridad social

7) Conceptos básicos de seguridad y salud en el trabajo, medio ambiente y calidad.

8) Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO.

9) Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL de la empresa.

10) Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa, PAPSO.

11) Comites, Plan de Emergencias

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES	LOCATIVO	ELECTRICO
BIOLOGICO		

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos del Sistema de Gestión Integral dados por la empresa para el desarrollo seguro, responsable y con calidad de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales del Sistema de Gestión Integral de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

LUIS

Firma del Trabajador

C.C. 1077425902

Jaime Murcia

Firma de Responsable del SG-SST

C.C. 79.788.632

533

Powered by CamScanner

Fuente Ministerio de trabajo - Documento confidencial uso exclusivo de paciente y medico tratante

CONSORCIO VAPA NIT. 901.669.477-1	FORMATO	FT-SST-041
		FECHA:01/06/2018
	FORMATO ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	VERSIÓN:01

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada

Nombre	LUIS Alexis MORENO
Cargo	Oficial
Dependencia / Grupo	Contrato FONDIGER No 002-2023

FECHA 18/05/2023

Marque una X en la casilla que corresponda:

1. EDAD

a. Menor de 18 años
b. 18 - 27 años
c. 28 - 37 años
d. 38 - 47 años X
e. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL

a. Soltero (a)
b. Casado (a)/union libre X
c. Separado (a)/Divorciado
d. Viudo (a)

3. GÉNERO

a. Masculino X
b. Femenino

4. NÚMERO DE PERSONAS A CARGO

a. Ninguna
b. 1 - 3 personas
c. 4 - 6 personas
d. Más de 6 personas X

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

a. Primaria X
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista / Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA

a. Propia X
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

a. Otro trabajo
b. Labores domèsticas
c. Recreacion y deporte
d. Estudio
e. Ninguno X

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)

a. Minimo Legal (S.M.L.)
b. Entre 1 a 3 S.M.L. X
c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Mas de 7 S.M.L.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

a. Menos de 1 año X
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años X
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

a. Indefinido
b. Provisionalidad X
c. Libre nombramiento y remoción
d. Contrato de Prestación de Servicios
e. Honorarios/servicios profesionales

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

a. Vacunación
b. Salud oral
c. Exámenes de laboratorio/otros X
d. Exámenes periódicos
e. Spa (Relajación)
f. Capacitaciones en SST X
g. Ninguna

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD

a. Si
b. No X
Cual: _____

14. FUMA

a. Si
b. No X
Promedio diario _____

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS

a No
b Si X

Semanal _____
Mensual _____
Quincenal _____
Ocasional X

16. PRACTICA ALGUN DEPORTE

a. No X
b. SI

Diario _____
Semanal _____
Quincenal _____
Mensual _____
Ocasional _____

17-CONSENTIMIENTO INFORMADO

a No
b Si X

Ley 1581 de 2012: de protección de datos personales, es una ley que complementa la regulación vigente para la protección del derecho fundamental que tienen todas las personas naturales a autorizar la información personal que es almacenada en bases de datos o archivos, así como su posterior actualización y rectificación.

CONSORCIO VAPA NIT. 901.669.477-1	FORMATO	Código: FT-SST-042
		FECHA:01/06/2018
	FORMA AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	VERSIÓN:01

CIUDAD: Bogotá FECHA 18 05 2023

AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	NRO IDENTIFICACIÓN
Moreno	Bonilla	Luis Alexis	1077425902

SEXO F ☐ M ☒ EDAD (años) 39 ESTADO CIVIL Casado ☐ Soltero ☐ U. Libre ☒ Separado ☐

EPS Famisanar AFP Protección ARL Colmena

Cargo Oficial Dependencia Control FONDIBER No 002-23

¿Qué equipos opera?

Ninguno

¿Actualmente presenta alguna enfermedad o esta en tratamiento médico? Explique

No

Describa que síntoma(s) fisico(s) o emocional(es) percibe y el tiempo de evolución

No

¿Considera que tiene alguna relación estos síntomas con su trabajo? Explique

No

¿Considera que tiene alguna relación éste síntoma con sus actividades fuera del trabajo? Explique

No

¿Ha consultado a su servicio de salud por estos síntomas? Si ☒ No ☐ Porqué?

¿Durante el último año ha sido incapacitado por esta causa? Si ☒ No ☐ Porqué?

¿Cuantos días de incapacidad médica?

No

¿Tiene Ud. algún hobbie, o practica algún deporte? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno?

No

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD

FIRMAS

Firma del trabajador	Jaime Murcia
C.C 1077425902	Firma Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo

534

MAPO Sas INGENIERIA

BOGOTÁ | INSTITUTO DISTRITAL DE GESTIÓN DE RIESGOS Y CAMBIO CLIMÁTICO - IDIGER

ANEXO SST 5 EXÁMENES MÉDICOS CONTRATISTA DE OBRA.

535

SANTA ELENA SAS
Servicios Médicos Integrales

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0

Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19

Tel: 6016264247-3183832985-3115117029. NIT 900157744

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación:	Ingreso ⊗	Periódico ○	Retiro ○	Post incapacidad ○	Caso ocupacional ○
	Control ○	Reubicación ○	Ingreso al SVE ○	Trabajo en alturas ⊗	



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **09/06/2023 07:22:00** Empresa **CONSORCIO VAPA**

Nombre **CARLOS ANDRES LOPEZ RINCON**

Cargo **ARQUITECTOS, INGENIEROS Y AFINES.** Doc. Identidad **CC 1129523582**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL TRABAJO EN ALTURAS.	2 ESPACIOS CONFINADOS	3 EXAMEN DE INGRESO OCUPACIONAL
4 COLESTEROL TOTAL	5 GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	6 TRIGLICÉRIDOS
7 VISIOMETRIA	8 AUDIOMETRIA SOD	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
Aplazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	⊗	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	⊗	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

REMISIÓN	SI ○	NO ⊗	ARL	SI ○	NO ⊗	EPS	SI ○	NO ⊗

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO.
SIN RESTRICCIONES PARA LA LABOR DE ALTURAS O ESPACIOS CONFINADOS.

Vladimir A. Vega R.
Especialista Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Resolución 5614 / 2018

VLADIMIR ALBERTO VEGA RODRIGUEZ
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 72344909 RM: 5614 DE 26/04/2018

Trabajador: CARLOS ANDRES LOPEZ RINCON
CC 1129523582
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO.
PAUSAS DE COMPENSACION DURANTE JORNADA LABORAL.
MANEJO DE ESTRÉS CON ACTIVIDADES QUE MEJOREN LA CARGA LABORAL.
CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y MANEJO DE COLUMNA. ADECUADA MANIPULACION DE CARGAS.
MANEJO ADECUADO DE MAQUINARIA Y HERRAMIENTA. CUMPLIR NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL.
EN CAMPO USO DE BLOQUEADOR SOLAR E HIDRATACION. ALIMENTACION BALANCEADA.
CAPACITACIÓN DE TRABAJO EN ALTURAS.
POR PREVENCION DE ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS SE RECOMIENDA:
LAVADO DE MANOS FRECUENTE. ACATAR MEDIDAS Y PROTOCOLOS DE SU EMPRESA FRENTE A BIOSEGURIDAD. USO DE TAPABOCAS EN ZONAS DONDE EXISTA AGLOMERACION DE PERSONAS O DONDE ESTE ESTABLECIDO POR LEY. CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACION ACTUAL FRENTE A COVID - 19 Y OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS. VENTILACION AREA DE TRABAJO. DESINFECCION DE AREAS Y HERRAMIENTAS AL TERMINAR EL TURNO.
CUALQUIER OMISION EN LA INFORMACION INDAGADA DURANTE LA CONSULTA MEDICA FRENTE A SU HISTORIAL CLINICO, EXIME AL MEDICO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD FRENTE A EVENTOS QUE SUCEDAN DURANTE EL EJERCICIO DE SU LABOR Y SE CONSIDERA UNA FALTA GRAVE DEL TRABAJADOR.
RECOMENDACIONES POR ESPECIALISTAS (MEDICINA LABORAL-VISIOMETRIA-AUDIOMETRIA-FISIOTERAPIA):
CONTROL MEDICO LABORAL PERIODICO.
EJERCICIO FISICO CARDIOVASCULAR 4 VECES POR SEMANA 40 MINUTOS, DIETA BAJA EN GRASAS Y CARBOHIDRATOS

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Vladimir A. Vega R.
Especialista Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Resolución 5614 / 2018

VLADIMIR ALBERTO VEGA RODRIGUEZ
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 72344909 RM: 5614 DE 26/04/2018

Trabajador: CARLOS ANDRES LOPEZ RINCON
CC 1129523582
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad


Captura Biometrica

SANTA ELENA SAS
Servicios Medicos Integrales

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0

Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19

Tel: 6016264247-3183832985-3115117029. NIT 900157744

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación:	Ingreso ⊗	Periódico ○	Retiro ○	Post incapacidad ○	Caso ocupacional ○
	Control ○	Reubicación ○	Ingreso al SVE ○	Trabajo en alturas ⊗	



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **12/05/2023 09:07:00** Empresa **CONSORCIO VAPA**

Nombre **CARLOS ALBERTO SANCHEZ SANTANA**

Cargo **OFICIOS VARIOS** Doc. Identidad **CC 1002183364**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL TRABAJO EN ALTURAS.	2 ESPACIOS CONFINADOS	3 EXAMEN DE INGRESO OCUPACIONAL
4 COLESTEROL TOTAL	5 GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	6 TRIGLICÉRIDOS
7 VISIOMETRIA	8 AUDIOMETRIA SOD	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
Aplazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	⊗	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	⊗	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

REMISIÓN	SI ○	NO ⊗	ARL	SI ○	NO ⊗	EPS	SI ○	NO ⊗

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO.
SIN RESTRICCIONES PARA LA LABOR DE ALTURAS O ESPACIOS CONFINADOS.

Vladimir A. Vega R.
Especialista Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Resolución 5614 / 2018

VLADIMIR ALBERTO VEGA RODRIGUEZ
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 72344909 RM: 5614 DE 26/04/2018

CARLOS

Trabajador: CARLOS ALBERTO SANCHEZ
CC 1002183364
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO.
PAUSAS DE COMPENSACION DURANTE JORNADA LABORAL.
MANEJO DE ESTRÉS CON ACTIVIDADES QUE MEJOREN LA CARGA LABORAL.
CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y MANEJO DE COLUMNA. ADECUADA MANIPULACION DE CARGAS.
MANEJO ADECUADO DE MAQUINARIA Y HERRAMIENTA. CUMPLIR NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL.
EN CAMPO USO DE BLOQUEADOR SOLAR E HIDRATACION. ALIMENTACION BALANCEADA.
CAPACITACIÓN DE TRABAJO EN ALTURAS.
POR PREVENCION DE ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS SE RECOMIENDA:
LAVADO DE MANOS FRECUENTE. ACATAR MEDIDAS Y PROTOCOLOS DE SU EMPRESA FRENTE A BIOSEGURIDAD. USO DE TAPABOCAS EN ZONAS DONDE EXISTA AGLOMERACION DE PERSONAS O DONDE ESTE ESTABLECIDO POR LEY. CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACION ACTUAL FRENTE A COVID - 19 Y OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS. VENTILACION AREA DE TRABAJO. DESINFECCION DE AREAS Y HERRAMIENTAS AL TERMINAR EL TURNO.
CUALQUIER OMISION EN LA INFORMACION INDAGADA DURANTE LA CONSULTA MEDICA FRENTE A SU HISTORIAL CLINICO, EXIME AL MEDICO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD FRENTE A EVENTOS QUE SUCEDAN DURANTE EL EJERCICIO DE SU LABOR Y SE CONSIDERA UNA FALTA GRAVE DEL TRABAJADOR.
RECOMENDACIONES POR ESPECIALISTAS (MEDICINA LABORAL-VISIOMETRIA-AUDIOMETRIA-FISIOTERAPIA):
CONTROL MEDICO LABORAL PERIODICO.
SE SUGIERE USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (SILICONA-COPA)EN CASO DE RUIDO, CONTROL ANUAL, PAUTAS DE HIGIENE AUDITIVO.SE SUGIERE INGRESO AL PLAN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO.

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Vladimir A. Vega R.
Especialista Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Resolución 5614 / 2018

VLADIMIR ALBERTO VEGA RODRIGUEZ
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 72344909 RM: 5614 DE 26/04/2018

CARLOS

Trabajador: CARLOS ALBERTO SANCHEZ
CC 1002183364
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad


Captura Biometrica

SANTA ELENA SAS
Servicios Medicos Integrales

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0

Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19

Tel: 6016264247-3183832985-3115117029. NIT 900157744

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación:	Ingreso ⊗	Periódico ○	Retiro ○	Post incapacidad ○	Caso ocupacional ○
	Control ○	Reubicación ○	Ingreso al SVE ○	Trabajo en alturas ⊗	



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **12/05/2023 09:15:00** Empresa **CONSORCIO VAPA**

Nombre **JONATHAN MICOLTA CASIERRA**

Cargo **AYUDANTE DE CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 1087186362**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL TRABAJO EN ALTURAS.	2 ESPACIOS CONFINADOS	3 EXAMEN DE INGRESO OCUPACIONAL
4 COLESTEROL TOTAL	5 GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	6 TRIGLICÉRIDOS
7 VISIOMETRIA	8 AUDIOMETRIA SOD	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
Aplazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	⊗	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	⊗	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

REMISIÓN	SI ○	NO ⊗	ARL	SI ○	NO ⊗	EPS	SI ○	NO ⊗

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO.
SIN RESTRICCIONES PARA LA LABOR DE ALTURAS O ESPACIOS CONFINADOS.

Vladimir A. Vega R.
Especialista Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Resolución 5614 / 2018

VLADIMIR ALBERTO VEGA RODRIGUEZ
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 72344909 RM: 5614 DE 26/04/2018

JHONATHA MICOLTA CASIERRA

Trabajador: JONATHAN MICOLTA CASIERRA
CC 1087186362
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO.
PAUSAS DE COMPENSACION DURANTE JORNADA LABORAL.
MANEJO DE ESTRÉS CON ACTIVIDADES QUE MEJOREN LA CARGA LABORAL.
CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y MANEJO DE COLUMNA. ADECUADA MANIPULACION DE CARGAS.
MANEJO ADECUADO DE MAQUINARIA Y HERRAMIENTA. CUMPLIR NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL.
EN CAMPO USO DE BLOQUEADOR SOLAR E HIDRATACION. ALIMENTACION BALANCEADA.
CAPACITACIÓN DE TRABAJO EN ALTURAS.
POR PREVENCION DE ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS SE RECOMIENDA:
LAVADO DE MANOS FRECUENTE. ACATAR MEDIDAS Y PROTOCOLOS DE SU EMPRESA FRENTE A BIOSEGURIDAD. USO DE TAPABOCAS EN ZONAS DONDE EXISTA AGLOMERACION DE PERSONAS O DONDE ESTE ESTABLECIDO POR LEY. CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACION ACTUAL FRENTE A COVID - 19 Y OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS. VENTILACION AREA DE TRABAJO. DESINFECCION DE AREAS Y HERRAMIENTAS AL TERMINAR EL TURNO.
CUALQUIER OMISION EN LA INFORMACION INDAGADA DURANTE LA CONSULTA MEDICA FRENTE A SU HISTORIAL CLINICO, EXIME AL MEDICO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD FRENTE A EVENTOS QUE SUCEDAN DURANTE EL EJERCICIO DE SU LABOR Y SE CONSIDERA UNA FALTA GRAVE DEL TRABAJADOR.
RECOMENDACIONES POR ESPECIALISTAS (MEDICINA LABORAL-VISIOMETRIA-AUDIOMETRIA-FISIOTERAPIA):
CONTROL MEDICO LABORAL PERIODICO.
RECOMIENDO VALORACION OPTOMETRIA CLINICA POR DISMINUCION VISUAL

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Vladimir A. Vega R.
Especialista Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Resolución 5614 / 2018

VLADIMIR ALBERTO VEGA RODRIGUEZ
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 72344909 RM: 5614 DE 26/04/2018

JTHONATHAN MICOLTA CASIERRA

Trabajador: JONATHAN MICOLTA CASIERRA
CC 1087186362
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad


Captura Biometrica

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0

Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19

Tel: 6016264247-3183832985-3115117029. NIT 900157744

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación:	Ingreso ⊗	Periódico ○	Retiro ○	Post incapacidad ○	Caso ocupacional ○
	Control ○	Reubicación ○	Ingreso al SVE ○	Trabajo en alturas ⊗	



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **12/05/2023 07:06:00** Empresa **CONSORCIO VAPA**

Nombre **JOSE BASORA SILVESTRE**

Cargo **AYUDANTE DE CONSTRUCCION** Doc. Identidad **AS 4985998**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL TRABAJO EN ALTURAS.	2 ESPACIOS CONFINADOS	3 EXAMEN DE INGRESO OCUPACIONAL
4 COLESTEROL TOTAL	5 GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	6 TRIGLICÉRIDOS
7 VISIOMETRIA	8 AUDIOMETRIA SOD	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
Aplazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	⊗	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	⊗	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

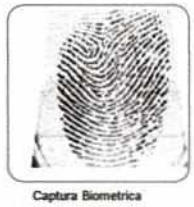
REMISIÓN	SI ○	NO ⊗	ARL	SI ○	NO ⊗	EPS	SI ○	NO ⊗

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO.
SIN RESTRICCIONES PARA LA LABOR DE ALTURAS O ESPACIOS CONFINADOS.

Vladimir A. Vega R.
Especialista Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Resolución 5614 / 2018

VLADIMIR ALBERTO VEGA RODRIGUEZ
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 72344909 RM: 5614 DE 26/04/2018

Trabajador: JOSE BASORA SILVESTRE
AS 4985998
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO.
PAUSAS DE COMPENSACION DURANTE JORNADA LABORAL.
MANEJO DE ESTRÉS CON ACTIVIDADES QUE MEJOREN LA CARGA LABORAL.
CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y MANEJO DE COLUMNA. ADECUADA MANIPULACION DE CARGAS.
MANEJO ADECUADO DE MAQUINARIA Y HERRAMIENTA. CUMPLIR NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL.
EN CAMPO USO DE BLOQUEADOR SOLAR E HIDRATACION. ALIMENTACION BALANCEADA.
CAPACITACIÓN DE TRABAJO EN ALTURAS.
POR PREVENCION DE ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS SE RECOMIENDA:
LAVADO DE MANOS FRECUENTE. ACATAR MEDIDAS Y PROTOCOLOS DE SU EMPRESA FRENTE A BIOSEGURIDAD. USO DE TAPABOCAS EN ZONAS DONDE EXISTA AGLOMERACION DE PERSONAS O DONDE ESTE ESTABLECIDO POR LEY. CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACION ACTUAL FRENTE A COVID - 19 Y OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS. VENTILACION AREA DE TRABAJO. DESINFECCION DE AREAS Y HERRAMIENTAS AL TERMINAR EL TURNO.
CUALQUIER OMISION EN LA INFORMACION INDAGADA DURANTE LA CONSULTA MEDICA FRENTE A SU HISTORIAL CLINICO, EXIME AL MEDICO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD FRENTE A EVENTOS QUE SUCEDAN DURANTE EL EJERCICIO DE SU LABOR Y SE CONSIDERA UNA FALTA GRAVE DEL TRABAJADOR.
RECOMENDACIONES POR ESPECIALISTAS (MEDICINA LABORAL-VISIOMETRIA-AUDIOMETRIA-FISIOTERAPIA):
CONTROL MEDICO LABORAL PERIODICO.
EJERCICIO FISICO CARDIOVASCULAR 4 VECES POR SEMANA 40 MINUTOS, DIETA BAJA EN GRASAS Y CARBOHIDRATOS.

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Vladimir A. Vega R.
Especialista Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Resolución 5614 / 2018

VLADIMIR ALBERTO VEGA RODRIGUEZ
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 72344909 RM: 5614 DE 26/04/2018

Trabajador: JOSE BASORA SILVESTRE
AS 4985998
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad


Captura Biometrica

SANTA ELENA SAS
Servicios Médicos Integrales

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0

Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19

Tel: 6016264247-3183832985-3115117029. NIT 900157744

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación:	Ingreso ⊗	Periódico ○	Retiro ○	Post incapacidad ○	Caso ocupacional ○
	Control ○	Reubicación ○	Ingreso al SVE ○	Trabajo en alturas ⊗	



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **12/05/2023 07:11:00** Empresa **CONSORCIO VAPA**

Nombre **LUIS ALEXIS MORENO RENTERIA**

Cargo **OFICIAL DE OBRA** Doc. Identidad **CC 1077425902**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL TRABAJO EN ALTURAS.	2 ESPACIOS CONFINADOS	3 EXAMEN DE INGRESO OCUPACIONAL
4 COLESTEROL TOTAL	5 GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	6 TRIGLICÉRIDOS
7 VISIOMETRIA	8 AUDIOMETRIA SOD	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
Aplazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	⊗	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	⊗	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

REMISIÓN	SI ○	NO ⊗	ARL	SI ○	NO ⊗	EPS	SI ○	NO ⊗

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO.
SIN RESTRICCIONES PARA LA LABOR DE ALTURAS O ESPACIOS CONFINADOS.

Vladimir A. Vega R.
Especialista Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Resolución 5614 / 2018

VLADIMIR ALBERTO VEGA RODRIGUEZ
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 72344909 RM: 5614 DE 26/04/2018

LUIS

Trabajador: LUIS ALEXIS MORENO RENTERIA
CC 1077425902
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

540

USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO.
PAUSAS DE COMPENSACION DURANTE JORNADA LABORAL.
MANEJO DE ESTRÉS CON ACTIVIDADES QUE MEJOREN LA CARGA LABORAL.
CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y MANEJO DE COLUMNA. ADECUADA MANIPULACION DE CARGAS.
MANEJO ADECUADO DE MAQUINARIA Y HERRAMIENTA. CUMPLIR NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL.
EN CAMPO USO DE BLOQUEADOR SOLAR E HIDRATACION. ALIMENTACION BALANCEADA.
CAPACITACIÓN DE TRABAJO EN ALTURAS.
POR PREVENCION DE ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS SE RECOMIENDA:
LAVADO DE MANOS FRECUENTE. ACATAR MEDIDAS Y PROTOCOLOS DE SU EMPRESA FRENTE A BIOSEGURIDAD. USO DE TAPABOCAS EN ZONAS DONDE EXISTA AGLOMERACION DE PERSONAS O DONDE ESTE ESTABLECIDO POR LEY. CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACION ACTUAL FRENTE A COVID - 19 Y OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS. VENTILACION AREA DE TRABAJO. DESINFECCION DE AREAS Y HERRAMIENTAS AL TERMINAR EL TURNO.
CUALQUIER OMISION EN LA INFORMACION INDAGADA DURANTE LA CONSULTA MEDICA FRENTE A SU HISTORIAL CLINICO, EXIME AL MEDICO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD FRENTE A EVENTOS QUE SUCEDAN DURANTE EL EJERCICIO DE SU LABOR Y SE CONSIDERA UNA FALTA GRAVE DEL TRABAJADOR.
RECOMENDACIONES POR ESPECIALISTAS (MEDICINA LABORAL-VISIOMETRIA-AUDIOMETRIA-FISIOTERAPIA):
CONTROL MEDICO LABORAL PERIODICO.

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Vladimir A. Vega R.
Especialista Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Resolución 5614 / 2018

VLADIMIR ALBERTO VEGA RODRIGUEZ
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 72344909 RM: 5614 DE 26/04/2018

L U I S

Trabajador: LUIS ALEXIS MORENO RENTERIA
CC 1077425902
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad


Captura Biometrica

CONSORCIO VAPA NIT. 901.669.477-1	FORMATO	Código: FT-SST-044-1
	DESISTIMIENTO EXÁMEN MÉDICO	Fecha: 01/Junio/2018
		Versión: 001

(Ciudad) Bogotá, (fecha) tres (3) de junio del 2023

Asunto: Desistimiento Examen Médico
Señor(a): Jonathan Micolta Casierra
C.C.: 1.087.186.362
Cargo: Ayudante de Obra

De acuerdo a la citación por el área de recursos humanos el día 29 del mes de junio del año 2023, para presentarse en la IPS, Santa Helena para realizarse el examen de retiro y en respuesta de que no se presentó, CONSORCIO VAPA no se hace responsable en lo concerniente a su estado de salud cumpliendo como Consorcio con la resolución 2346 de 2007, la cual habla de la obligatoriedad de las empresas consorcios en la realización a todo el personal en la toma de exámenes de ingreso periódicos y egreso.

Jhonatan micolta

(FIRMA)

Agradezco la atención prestada.
Jaime Alexander Murcia Pamplona
Residente SISO
CONSORCIO VAPA

541

CONSORCIO VAPA NIT. 901.669.477-1	FORMATO	Código: FT-SST-044-1
	DESISTIMIENTO EXÁMEN MÉDICO	Fecha: 01/Junio/2018
		Versión: 001

(Ciudad) Bogotá, (fecha) tres (3) de junio del 2023

Asunto: Desistimiento Examen Médico
Señor(a): Luis Alexis Moreno Rentería
C.C.: 1.077.425.902
Cargo: Oficial de Obra

De acuerdo a la citación por el área de recursos humanos el día 29 del mes de junio del año 2023, para presentarse en la IPS, Santa Helena para realizarse el examen de retiro y en respuesta de que no se presentó, CONSORCIO VAPA no se hace responsable en lo concerniente a su estado de salud cumpliendo como Consorcio con la resolución 2346 de 2007, la cual habla de la obligatoriedad de las empresas consorcios en la realización a todo el personal en la toma de exámenes de ingreso periódicos y egreso.

LUIS

(FIRMA)

Agradezco la atención prestada.
Jaime Alexander Murcia Pamplona
Residente SISO
CONSORCIO VAPA

MAPO sas INGENIERIA

BOGOTÁ | INSTITUTO DISTRITAL DE GESTIÓN DE RIESGOS Y CAMBIO CLIMÁTICO - IDIGER

ANEXO SST 6 PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL CONTRATISTA DE OBRA.

342

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

543

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80100629	WILSON ALEXANDER AREVALO VENEGAS	Cra 75W# 45a-67 sur	3115365432	a3arevalo@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-05	2023-05	I	15/05/2023	67831532	$411.400

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	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
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	800903790-5	80.800				80.800	0	0	80.800			808	80.800	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	145.000	145.000
Pensión	1	185.600	185.600
Riesgos Laborales	1	80.800	80.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	411.400	411.400

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80100629	WILSON ALEXANDER AREVALO VENEGAS		Cra 75W# 45a-67 sur	3115365432	a3arevalo@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-05	I	15/05/2023	67631532	$411.400	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colocarle	Multiples	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
CC	80100629	AREVALO VENEGAS WILSON ALEXANDER	57	0			N																	25-14	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS008	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 de Información

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **SOLUCIONES EN GEOMATICA E INGENIERIA SAS**, identificada con **NI** número **901378038**, aportó por el empleado **CAMILO ANDRES BELTRAN CORTES** identificado(a) con **CC** número **80771975** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 05 - 2023 y 06 - 2023 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
[redacted]	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$3,000,000	0.04000	$120,000	$0	$0	Mayo - 2023	68951982	12/07/2023	Si
230301	Porvenir	1															0		30	$3,000,000	0.16000	$480,000	$0	$0	Mayo - 2023	68951982	12/07/2023	Si
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1															0		30	$3,000,000	0.06960	$208,800	$0	$0	Mayo - 2023	68951982	12/07/2023	Si
EPS005	Sanitas EPS	1															0		30	$3,000,000	0.04000	$120,000	$0	$0	Junio - 2023	68951982	12/07/2023	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **12** días del mes **Julio** de **2023**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

Colmena Seguros

CONSTANCIA DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

Colmena Seguros se permite dar constancia que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguentes datos:

NOMBRE:	LOPEZ RINCON CARLOS ANDRES
IDENTIFICACIÓN:	CC 1129523582
INICIO VIGENCIA:	13/06/2023
TIPO DE TRABAJADOR:	Dependiente
CARGO:	ARQUITECTO RESIDENTE DE OBRA
SALARIO:	6.000.000
ESTADO ACTUAL:	VIGENTE
CLASE:	5
TASA:	6,96

DATOS COTIZANTE

RAZON SOCIAL:	CONSORCIO VAPA
CC /NIT:	NI 901669477
CONTRATO:	1198097
SEDE:	PRINCIPAL
CENTRO DE TRABAJO:	OBRA-MIRADOR EL PARAÍSO A
INICIO VIGENCIA:	09/02/2023
ESTADO ACTUAL:	ACTIVO

La presente se expide a los 09 días del mes de junio del año 2023.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 4010447 en Bogotá.

Cordialmente.

Gerente de Servicio
Colmena Seguros

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 09/06/2023 14:52:26. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

VIGILADO DE COLOMBIA

EPS Sanitas

133211391

A. AFILIACIÓN

DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación
2. Tipo de Afiliación: B. Pensión de Pensionados ✓ — A. Individual — Cotizante o Cabeza de Familia ✓ — Beneficiario o Afiliado adicional — B. Colectiva — C. Institucional — D. De Oficio
3. Régimen: 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
Código (a registrar por la EPS): 05

DATOS DE LA PERSONA QUE SE AFILIA COMO COTIZANTE (del cotizante o cabeza de familia)

5. Apellidos y Nombres
Primer Apellido: Lopez — Segundo Apellido: Rincon — Primer Nombre: Carlos — Segundo Nombre: Andres.

7. Tipo de documento de identidad: CN — TI — CE — CD — RC — CC X — PA — SC
8. Número del documento de identidad: 1179523582
9. Sexo: Femenino — Masculino X
10. Fecha de nacimiento: 26051989

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: Colmena
16. Administradora de Pensiones: Porvenir
17. Ingreso base de cotización - IBC: 6.000.000

18. Residencia
Dirección: Cl 11c # 73-52
Teléfono Fijo:
Teléfono Celular: 3223032778
Correo Electrónico: carlorelopezrincon@gmail.com
Municipio / Distrito: Bogota
Zona: Urbana Y Rural
Localidad / Comuna:
Departamento: Bogota.

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: CN — TI — CE — CD — RC — CC — PA — SC
21. Número del 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
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1			Femenino — Masculino		
B2			Femenino — Masculino		
B3			Femenino — Masculino		
B4			Femenino — Masculino		
B5			Femenino — Masculino		

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F N M	Condición T P	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)
B1		F N M	T P		Urbana Rural			
B2		F N M	T P		Urbana Rural			
B3		F N M	T P		Urbana Rural			
B4		F N M	T P		Urbana Rural			
B5		F N M	T P		Urbana Rural			

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
S

545

Consorcio Vapa 9 | 36. Tipo documento de identificación: CC | 37. Número del documento de identificación: 901 669477

Teléfono Fijo | Correo Electrónico | Municipio: Bogota | Departamento: Bogota.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación
- [ ] 5. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 4. Actualización del documento de identidad
- [ ] 5. Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 6. 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	Fecha de nacimiento	42. Fecha
CN RC TI CC CE PA CD SC		Femenino Masculino	D D M M A A A A	13 06 2023

43. EPS anterior: Sanitas

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 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 al celular como mensajes de texto

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario: Carlos Lopez

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio: Diana Cifuentes

IX. ANEXOS

CN RC TI CC PA CE CD SC

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad — 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 el abandono 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

3 JUN 2023

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código de Municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN: Número de 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 | Número de 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.

Cód. Identificación y nombre del Ejecutivo Comercial | Sello de Radicación | Número precontractual

porvenir
sólo hay uno

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:

CARLOS ANDRES LOPEZ RINCON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.129.523.582**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Junio 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.

546

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 224905729

WEB
12:10:48

Bogotá DC, 09 de junio 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) CARLOS ANDRES LOPEZ RINCON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1129523582:

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.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 09 de junio de 2023, a las 12:08:26, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1129523852
Código de Verificación	1129523852230609120826

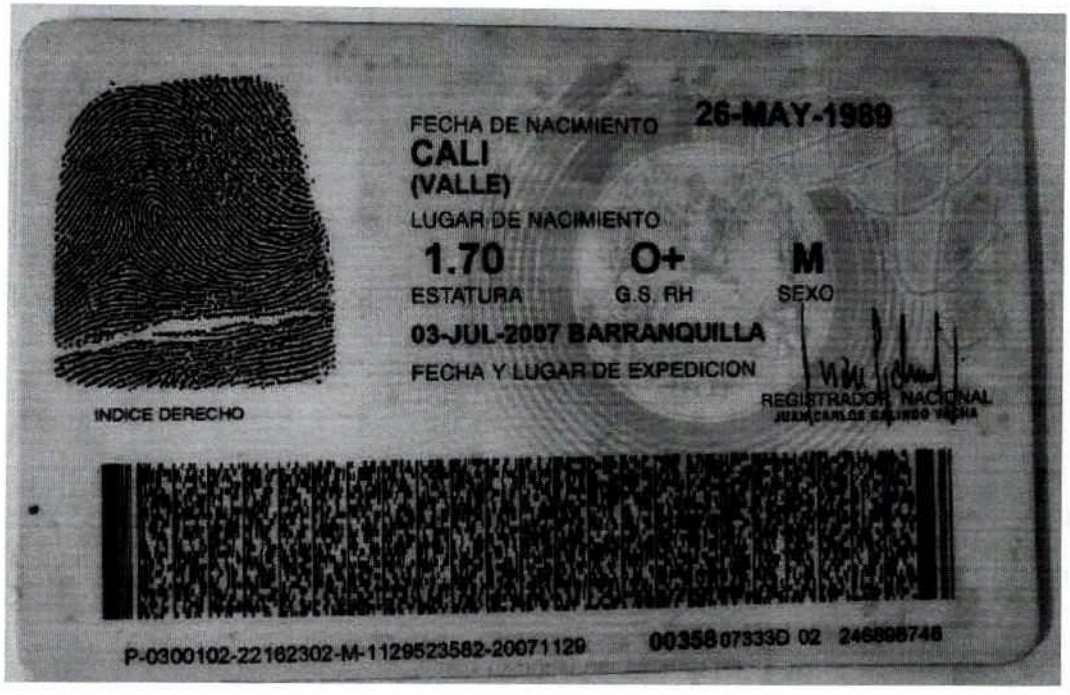
Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

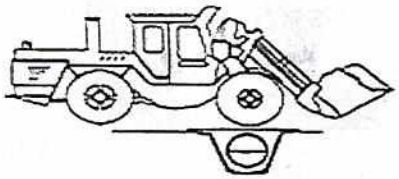
De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

547


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.129.523.582
LOPEZ RINCON
APELLIDOS
CARLOS ANDRES
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 26-MAY-1989
CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
03-JUL-2007 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
P-0300102-22162302-M-1129523582-20071129
00358 07333D 02 246898748



CONSORCIO VAPA
NIT. 901.669.477-1

CONTRATO POR DURACIÓN DE OBRA O LABOR

NÚMERO DE CONTRATO	N° 009 DE 2023
LUGAR DE CELEBRACIÓN Y FECHA	13 DE JUNIO 2023
EMPLEADOR	CONSORCIO VAPA
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR	CALLE 105A No. 14-92 OFICINA 615
TRABAJADOR	CARLOS ANDRES LOPEZ RINCON
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CC 1.129.523.582
DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR	CALLE 17C # 73-52 VILLA ALSACIA
TELÉFONO DE CONTACTO	3223103278
CARGO	ARQUITECTO RESIDENTE DE OBRA
SALARIO MENSUAL	SEIS MILLONES DE PESOS ($6.000.000)
PERÍODOS DE PAGO	QUINCENAL
BONO DE DISPONIBILIDAD	NO APLICA
BONO DE ALIMENTACIÓN	NO APLICA
BONO DE TRANSPORTE	NO APLICA
BONO DE VIVIENDA	NO APLICA
JORNADA ORDINARIA	DIURNA
LUGAR DONDE PRESTARÁ EL SERVICIO	BOGOTA D,.C (CIUDAD BOLIVAR)
FECHA DE FINALIZACIÓN	NO APLICA
PERIODO DE PRUEBA	2 MESES
EPS DEL TRABAJADOR	EPS SANITAS
FONDO DE PENSIÓN DEL TRABAJADOR	PORVENIR
DATOS DE CUENTA PARA PAGOS	BANCO: BANCO BBVA CUENTA: AHORROS No. 0116000200000091

PERFIL	
COMPETENCIAS	REQUISITOS ESPECIFICOS
EDUCACIÓN	ARQUITECTO
EXPERIENCIA	DIEZ (10) AÑOS
FORMACIÓN	NO APLICA
ADIESTRAMIENTO	DIEZ (10) AÑOS

FUNCIONES DEL CARGO
ACCIONES
Encargado de dirigir por parte del Contratista, la ejecución, conforme a los planos y especificaciones técnicas establecidas en el proyecto.
Velar por el mejor aprovechamiento de los equipos, herramientas, recursos humanos adecuados y necesarios dentro de la obra.
Es la responsable de llevar a cabo el proyecto encomendado con la calidad, tiempo y costo considerado.
Cumplir con las Normas de Seguridad e Higiene Industrial y de acuerdo con las condiciones establecidas en el contrato suscrito por el Contratista.
Debe conocer plenamente las obligaciones generales, específicas y productos a entregar.
Debe conocer todos los documentos que se relacionan con el proyecto. Contrato de obra, documentos de la licitación, especificaciones técnicas, planos, conceptos, informes, actas, etc.
Debe conocer las fechas contractuales y de cumplimiento de presentación de informes y su contenido (forma de presentación o check lilst), conocer fechas y check list para presentación de cuentas y factura.
Debe tener claro y verificar el cumplimiento por parte de cada área, el diseño de los sistemas de gestión (ambiente, calidad, SST) y el plan de gestión social y su implementación.
Debe coordinar de ser necesario mediante los profesionales asesores, los rediseños o cambios en el proyecto e informar al director e interventoría.
Debe gestionar los insumos que se requieran para el desarrollo del proyecto ante la oficina principal.
Deberá gestionar oportunamente los recursos para el pago de nóminas, equipos, subcontratistas e insumos a partir de las solicitudes de obra.

Debe preparar y asistir a los comités de obra Debe elaborar y presentar informes diarios, semanales y mensuales.

Debe presentar luego de estudiar los documentos del proyecto, un plan de trabajo para la ejecución del proyecto.

Asegurar mediante su gestión la canalización adecuada de posibles desviaciones que perjudiquen la imagen de la empresa.

Representante técnico del Contratista en la obra y es el encargado de coordinar al personal directo de la obra y en su caso a los diferentes contratistas que intervienen en ella, como pueden ser: contratistas Eléctricos, de Acabados, etc.

Hacer los requerimientos de material oportunos y elaborar reportes de avances de obra, ejecución de la obra y de las actividades de control, tales como calidad, organización del personal, actas, mediciones, evaluaciones y demás actos administrativos similares.

Es el responsable de llevar el libro de obra (Bitácora) conjuntamente con interventoría.

La Residente tendrá poder suficiente para actuar por el Contratista durante la ejecución de los trabajos.

Realizar cualquier otra función, en el ámbito de su competencia, que le sea asignada por el director.

Poseer la capacidad de diferenciar cuáles son las tareas o actividades que tienen prioridad dentro de la obra.

Las demás funciones que le sean asignadas por su jefe inmediato.

Entre, **CONSORCIO VAPA,** sociedad comercial, identificado con NIT. **901.669.477-1**, representada en este acto por **CESAR GUSTAVO OSPINA MANTILLA**, mayor de edad, con domicilio en Bogotá D.C., identificado con Cédula de Ciudadanía N° 79.410.219 de Bogotá, en su calidad de Representante Legal, en lo sucesivo **EL EMPLEADOR** por una parte, y por la otra **CARLOS ANDRES LOPEZ RINCON,** mayor de edad, con domicilio en BOGOTÁ, identificado con Cédula de Ciudadanía N° **1.129.523.582** de **BOGOTÁ**, en lo sucesivo **EL TRABAJADOR**, se ha convenido en celebrar el presente contrato, el cual se regirá por las Cláusulas que a continuación se indican:

PRIMERA: OBJETO DEL CONTRATO: EL TRABAJADOR, en virtud del presente Contrato por duración de obra o labor, prestará la labor de **ARQUITECTO RESIDENTE DE OBRA.**

Para la ejecución del Contrato de: **"AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS, JURÍDICOS Y FINANCIEROS ENTRE LA SECRETARÍA DEL HÁBITAT, LA CAJA DE LA VIVIENDA POPULAR, EL INSTITUTO DISTRITAL DE GESTIÓN DE RIESGOS Y CAMBIO CLIMÁTICO – IDIGER Y EL FONDO DISTRITAL DE GESTIÓN DE RIESGOS Y CAMBIO CLIMÁTICO – FONDIGER PARA EJECUTAR ACCIONES DE ANÁLISIS DE RIESGOS, REDUCCIÓN DEL RIESGO Y ADAPTACIÓN AL**

CAMBIO CLIMÁTICO DENTRO DEL POLÍGONO DE RIESGO DEFINIDO EN EL CONCEPTO TÉCNICO 8405 Y SUS ADENDAS PARA EL SECTOR DE MIRADOR EL PARAÍSO A, MIRADOR DEL PARAÍSO B Y EL MIRADOR 3, EN LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLÍVAR, UPZ 67 LUCERO - CONSTRUCCIÓN DE OBRAS DEL TRAMO 1 Y CONSTRUCCIÓN DE OBRAS DE MITIGACIÓN DE RIESGOS.

PARÁGRAFO: La duración del presente contrato está sujeta directamente a la necesidad de la labor contratada como: **ARQUITECTO RESIDENTE DE OBRA.**

SEGUNDA: OBLIGACIONES GENERALES: **EL EMPLEADOR** contrata los servicios personales **EL TRABAJADOR** y éste se compromete a:

1. Incorporar a su servicio toda su capacidad normal de trabajo en forma exclusiva, ejecutando de buena fe y personalmente su labor, acorde con las funciones y las responsabilidades inherentes al cargo, las conexas y complementarias que se originen del mismo cargo, todo de conformidad con las normas e instrucciones que en forma verbal o estricta le imparta **EL EMPLEADOR** o sus representantes.
Igualmente se obliga a no prestar directa ni indirectamente servicios laborales a otros empleadores, ni a trabajar por cuenta propia en el mismo oficio.
2. El servicio antes dicho lo prestará personalmente **EL TRABAJADOR** en el lugar mencionado al inicio del presente contrato. Las partes convienen que **EL EMPLEADOR** queda facultado para asignar a **EL TRABAJADOR** oficios o trabajos diferentes o para asignarle otras funciones. Siempre que el cambio no implique desmejora de la remuneración y categoría de **EL TRABAJADOR**.
3. Guardar en el desempeño de sus funciones y fuera de ellas, la discreción, confidencialidad, respeto y lealtad que debe a **EL EMPLEADOR**.
4. Responder por todos y cada uno de los elementos de trabajo que le entregue **EL EMPLEADOR** para el desempeño de su cargo.
5. Entregar oportunamente todos los equipos, valores, documentos, sumas de dinero y demás, que reciba de **EL EMPLEADOR** o de terceros en ejercicio de su cargo.
6. Observar en el desempeño de sus funciones la diligencia y el cuidado necesario, absteniéndose de ejecutar labores u ocupaciones que puedan entorpecer dicho desempeño o menoscabar su rendimiento personal, así como todas aquellas que emanen de la naturaleza de la labor contratada.
7. Conservar y restituir en buen estado, salvo el deterioro natural, los instrumentos, maquinas, útiles y demás elementos que se le hayan facilitado.
8. Guardar rigurosamente la moral con sus superiores y demás compañeros de trabajo.
9. Comunicar oportunamente a **EL EMPLEADOR** las observaciones que estime conducentes para evitarle daños y perjuicios.
10. Prestar la colaboración posible en caso de siniestro o de riesgos inminentes que amenacen las personas y las cosas de **EL EMPLEADOR**.
11. Observar las medidas preventivas higiénicas prescritas en el reglamento de higiene y seguridad industrial que para tal efecto se expida según las normas vigentes.
12. Observar con suma diligencia y cuidado las instrucciones y ordenes preventivas de accidentes o enfermedades profesionales.
13. Registrar en las oficinas de **EL EMPLEADOR** su dirección, número de teléfono y domicilio y dar aviso inmediato de cualquier cambio que ocurra.
14. Utilizar los elementos que **EL EMPLEADOR** le suministre para la realización de su trabajo.

15. Ejecutar las tareas ordinarias, anexas y complementarias al cargo, de conformidad con las leyes, los reglamentos, órdenes e instrucciones que le sean impartidas por **EL EMPLEADOR** directamente o a través de sus representantes.

Obligaciones de EL TRABAJADOR respecto del SGSST, AUTOCUIDADO y RIT, EL TRABAJADOR se compromete y obliga a:

1. Procurar el cuidado integral de su salud.
2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
3. Dar cumplimiento a las normas establecidas en el Sistema de Gestión en Seguridad, Salud en el Trabajo y Ambiente, para la prevención y control de los factores de riego específicos de su cargo.
4. Informar oportunamente a **EL EMPLEADOR** acerca de los peligros latentes en su área de trabajo
5. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST.
6. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
7. Conocer sus labores y realizarlas teniendo el mayor cuidado para que sus operaciones no se traduzcan en actos inseguros para sí mismo o para sus compañeros.
8. Informar al **EMPLEADOR** en caso de accidente y/o incidente de trabajo, el cual deberá ser reportado en el registro respectivo.
9. Colaborar y/o participar en los Subprogramas de Higiene y Seguridad Industrial, Medicina Preventiva y del Trabajo, y Medio Ambiente, establecidos por **EL EMPLEADOR**.
10. Conocer, difundir y cumplir lo establecido en el Reglamento interno de trabajo, en el Reglamento de higiene y seguridad industrial, en el SGSST, la misión, visión y políticas de la empresa.

TERCERA: COMPETENCIA FUNCIONAL. EL TRABAJADOR se compromete a desempeñar las actividades correspondientes al nivel de su cargo, según los requerimientos del negocio y del servicio para las que sea asignado, ya sea para **EL EMPLEADOR** o para cualquiera otra empresa o sociedad que aquel designe de acuerdo con los convenios de colaboración que con ellas se haya celebrado. Las funciones conexas o necesarias que le sean asignadas, no representan de ninguna forma, desmejoramiento en las condiciones laborales, atienden expresamente al conocimiento pleno de la competencia funcional del trabajador y al principio del derecho laboral del Ius-Variandi, y son fijadas de acuerdo a las necesidades del servicio del **EMPLEADOR** en cumplimiento del elemento esencial de subordinación en la relación laboral.

CUARTA: **REMUNERACIÓN. EL EMPLEADOR** pagará a **EL TRABAJADOR** por la prestación de sus servicios el salario indicado, pagadero en las oportunidades también señaladas anteriormente. Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos de que tratan los capítulos I y II del Título VII del Código Sustantivo del Trabajo. **PARÁGRAFO PRIMERO: EL TRABAJADOR** autoriza a **EL EMPLEADOR** para que la retribución, así como cualquier otro beneficio, sea prestacional, descanso vacaciones etc. originado en la existencia y/o terminación del contrato sean consignadas o trasladadas a la cuenta bancaria según datos suministrados por **EL TRABAJADOR**. **PARÁGRAFO SEGUNDO**. Para el reconocimiento y pago del trabajo suplementario, nocturno, dominical o festivo, **EL EMPLEADOR** o sus representantes

deberán haberlo autorizado previamente y por escrito. En consecuencia, **EL EMPLEADOR** no reconocerá ningún trabajo suplementario, o trabajo nocturno o en días de descanso legalmente obligatorio que no haya sido autorizado previamente o que, habiendo sido avisado inmediatamente, no haya sido aprobado como queda dicho. Tratándose de trabajadores de Dirección, confianza y Manejo, no habrá pago a horas Extras. **PARÁGRAFO TERCERO**: Las partes expresamente acuerdan que lo que reciba el trabajador o llegue a recibir en el futuro, adicional a su salario ordinario, ya sean beneficios o auxilios habituales u ocasionales, tales como alimentación, rodamiento, habitación o vestuario, bonificaciones ocasionales o cualquier otra que reciba, durante la vigencia del contrato de trabajo, en dinero o en especie, no constituyen salario. **PARÁGRAFO CUARTO: PARÁGRAFO QUINTO: Pagos no salariales**: De conformidad con el Art. 128 del C.S.T las partes acuerdas que los siguientes conceptos no constituyen salario:

1. Las sumas que ocasionalmente y por mera libertad recibe el trabajador en dinero o en especie.
2. Lo que recibe no para su beneficio ni para enriquecer su patrimonio sino para desempeñar a cabalidad sus funciones, como medios de transporte y gastos de representación.
3. Los beneficios y auxilios habituales u ocasionales cuando las partes hayan dispuesto en forma expresa que no tendrán carácter salarial, tales como las primas extralegales de vacaciones y de navidad.
4. Las prestaciones sociales (auxilio por enfermedad, maternidad, cesantías, etc.).
5. Los suministros en especie, cuando se pacte que no tendrán el carácter de salario, tales como alimentación, vestuario y alojamiento.
6. Los pagos que expresamente no son salario, como vacaciones y su compensación en dinero, subsidio familiar, participación de utilidades, viáticos accidentales, viáticos permanentes en la parte destinada a transporte y gastos de representación y la prima legal de servicios. Tampoco son salario los elementos de trabajo, las propinas ni la indemnización por terminación del contrato.

QUINTA: JORNADA LABORAL Y HORARIO. EL TRABAJADOR se obliga a laborar dentro de la jornada ordinaria, en los turnos y dentro de las horas señaladas por **EL EMPLEADOR**, pudiendo hacer éste ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente. Las partes pactan desde ahora, la posibilidad de que **EL EMPLEADOR** disponga la organización de trabajo, de forma permanente o temporal, en los términos y condiciones de la Jornada Flexible contemplada en el artículo 161 del Código Sustantivo del Trabajo adicionado por el artículo 48 de la Ley 789 de 2002.

SEXTA: **MODIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES LABORALES**: **VARIACIÓN GEOGRÁFICA**. Las partes convienen que el lugar asignado inicialmente para el desarrollo de la labor a ejecutar por parte de **EL TRABAJADOR** es el fijado en el encabezado. En todo caso, queda entendido que éste no es de carácter definitivo en la medida en que: 1) El cargo requiera la posibilidad de asignarlo a otra(s) ciudad (es) donde su labor sea necesaria; 2) La actividad se encuentre dispersa por el territorio nacional. Esta es una condición que las partes hacen explícita como un supuesto inexcusable para el logro de los objetivos empresariales y como tal, **EL TRABAJADOR** declara conocerla suficientemente y estar en disposición de adaptarse personal y familiarmente a la misma, pues dicha flexibilidad es una circunstancia esencial para la celebración de este contrato y para la asignación del cargo. **VARIACIÓN DE FUNCIONES**. **EL TRABAJADOR** se compromete a desempeñar

actividades correspondientes al nivel de su cargo, según los requerimientos del negocio y/o servicio al cliente, exigencias de los planes de trabajo, o de cualquiera otra índole. Queda expresamente previsto que la característica de la estructura del cargo de **EL TRABAJADOR** es la polifuncionalidad en virtud de la cual **EL TRABAJADOR** puede ser asignado a las tareas que convenga o requiera la operación de **EL EMPLEADOR** en actividades propias del nivel que le corresponde y también, en la medida en que se requiera, deberá realizar las labores similares, conexas y complementarias. **VARIACIÓN TEMPORAL**: En razón al área a la que **EL TRABAJADOR** está asignado, el programa de actividades según los requerimientos particulares del cliente y/o usuario, el programa de actividades según el horario de trabajo será esencialmente flexible, de lo cual **EL TRABAJADOR** manifiesta estar plenamente enterado. Por lo tanto, según los requerimientos propios de cada actividad se le informarán en cada evento y oportunamente los itinerarios para su realización.

SEPTIMA: **PERIODO DE PRUEBA**. A partir de la fecha de ingreso las partes acuerdan que **EL TRABAJADOR** se someterá a un periodo de prueba mencionado al comienzo de este documento, durante este tiempo, tanto **EL EMPLEADOR** como **EL TRABAJADOR** podrán terminar el presente contrato en cualquier momento en forma unilateral sin que se genere derecho indemnizatorio alguno.

OCTAVA: **OBLIGACIONES PECUNIARIAS**: Cuando por causa emanada directa o indirectamente de la relación contractual exista cualquier obligación de tipo económico de **EL TRABAJADOR** y a favor de **EL EMPLEADOR**, éste último procederá a efectuar las deducciones a que hubiere lugar en cualquier tiempo y, más concretamente, a la terminación del presente contrato del valor de los salarios, indemnizaciones, vacaciones, incentivos, prestaciones sociales o de cualquier otra acreencia laboral a que tenga derecho, así lo autoriza desde ahora **EL TRABAJADOR**, entendiendo expresamente las partes que la autorizaron que aquí se establece, cumple las condiciones de orden escrita previa aplicable para cada caso en particular.

NOVENA: COPIA DE CONTRATO. ELTRABAJADOR, mediante la suscripción del presente contrato hace constar expresamente y por escrito que recibió de manos del **EL EMPLEADOR**, la copia correspondiente al mismo acuerdo y sus anexos, dando cumplimiento legal y oportuno a lo dispuesto por la ley laboral.

DECIMA: **CONOCIMIENTO DE INFORMACION**. **EL TRABAJADOR** declara expresamente y por escrito que previamente a la suscripción del presente acuerdo recibió de **EL EMPLEADOR** la inducción sobre la filosofía de la seguridad que tiene él mismo y la elaboración y participación previa de los métodos y procedimientos de trabajo en la tarea a desempeñar, sobre la afiliación y pago al Sistema de la Seguridad Social Integral, los requisitos obligatorios para ingresar al proyecto, las normas que integran el Sistema Integrado de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, el cuidado del medio ambiente, el uso de los Elementos de protección personal, sobre los riesgos a los que estará expuesto directa e indirectamente durante la ejecución del presente contrato, los procedimientos en caso de accidente de trabajo o enfermedad laboral, y las sanciones a los incumplimientos de todas y cada una de las disposiciones señaladas, comprometiéndose desde ya a laborar bajo las normas del auto cuidado.

DÉCIMA PRIMERA: PROHIBICIONES. Además de las prohibiciones determinadas en la ley y en las normas internas de la empresa, se prohíbe especialmente:

•Recibir o pedir regalos, atenciones y cualquier clase de dádivas en dinero o en especie, por parte de funcionarios de los clientes o proveedores del **EMPLEADOR** y/o de sus familiares. Igualmente opera esta prohibición, en cuanto a que **EL TRABAJADOR** no podrá dar regalos, ofrecer atenciones o cualquier clase de dádivas en dinero o en especie a funcionarios de los clientes o proveedores del **EMPLEADOR** y/o a sus familiares. Como regla general se aplican estas prohibiciones al trabajador, pero excepcionalmente dejarán de aplicarse en los casos en que por razón del cargo que desempeña se encuentre debidamente autorizado para ello.

1. Atender durante la jornada de trabajo asuntos u ocupaciones distintas a los que la Empresa le encomiende;
2. Autorizar o ejecutar sin ser de su competencia, operaciones que afecten los intereses de la Empresa, o negociar bienes, servicios y/o mercancías del empleador en provecho propio.
3. Prestar directa o indirectamente servicios laborales a otros empleadores, salvo autorización previa y expresa de la Empresa, por efectos de negocios realizados por esta;
4. Faltar al trabajo, abandonar el sitio de trabajo, a menos que exista justa causa plenamente comprobada,
5. Efectuar cualquier actividad insegura que exponga su salubridad, mientras se encuentre incapacitado;
6. Incurrir en perdida deliberada o injustificada de tiempo;
7. Ceder total o parcialmente a terceros la ejecución de las obligaciones derivadas de este contrato;
8. Retener o modificar injustificadamente información (en cualquier medio, sea físico, electrónico o archivos) o solicitudes que haya recibido para el normal desempeño de sus funciones;
9. Suministrar a terceros información sobre la que tiene acceso o sobre la que llegare a tener a conocimiento, salvo cuando actué en conocimiento de sus funciones, en especial cualquier tipo de información relacionada con los clientes;
10. Copiar, distribuir o transferir electrónicamente o por cualquier otro medio, programas, archivos, software o manuales de propiedad bajo licencia de la Empresa.
11. Cualquier actitud o conducta incurrida por **EL TRABAJADOR** en los compromisos comerciales, personales o en las relaciones sociales, que pueda afectar en forma nociva la reputación del **EMPLEADOR**.
12. Distorsionar la verdad o faltar a ella en aspectos que afecten sus funciones como trabajador.
13. Retirar de las instalaciones donde funcione la empresa elementos, máquinas, y útiles de propiedad del empleador sin su autorización.

DÉCIMA SEGUNDA. CONFIDENCIALIDAD: las partes, reconocen que, con ocasión de este contrato de trabajo, **EL TRABAJADOR** conocerá una serie de información de naturaleza reservada que constituye un activo intangible de vital importancia para **EL EMPLEADOR** y respecto de la cual, **EL TRABAJADOR** está obligado de acuerdo con lo establecido en el numeral 2° del artículo 58 del Código Sustantivo del Trabajo a poner todas sus capacidades personales y profesionales para prestar una protección efectiva. **EL TRABAJADOR** guardará absoluta reserva sobre los hechos, documentos, informaciones y en general, sobre todos los asuntos y materias que lleguen a su conocimiento por causa o con ocasión de su contrato de trabajo. Para efectos del presente contrato, constituye información reservada de **EL EMPLEADOR**, sometida a especial protección de **EL TRABAJADOR**, la información y documentación relacionada con:

1. Los planes financieros o de negocio de la compañía
2. Información contenida en el análisis de necesidades
3. Los nombres de clientes de la compañía, sus socios o contactos
4. La información técnica y estratégica de la compañía.
5. Las propuestas de negocios
6. Los acuerdos con intermediarios, clientes, proveedores o empleados
7. Los reportes
8. Proyecciones de mercadeo
9. Programas de computación
10. Organización interna, incluida la información de los empleados de la compañía
11. Manuales de procedimientos
12. Información sobre precios
13. Todos los datos o cualquier otro tipo de información bajo derechos reservados, en la cual podrán incluirse secretos comerciales.

De igual forma, las partes firmantes han acordado que se entienden incorporadas a esta cláusula como información reservada sometida a especial protección y deber de reserva de **EL TRABAJADOR**, toda información y documentación futura que **EL TRABAJADOR** conozca con ocasión de la ejecución del contrato de trabajo, en el ámbito de las mismas actividades laborales a que se refiere la información descrita en el punto anterior. **EL TRABAJADOR** se compromete a suscribir nuevas cláusulas de confidencialidad o a modificar las existentes, en la medida en que aparezca nueva información de carácter reservado y que éste deba conocer con ocasión de la ejecución del contrato de trabajo. Mediante la presente cláusula de confidencialidad y reserva en el uso de la información y documentación, **EL TRABAJADOR** acepta que, sin la previa autorización escrita de **EL EMPLEADOR** u orden de autoridad competente en ejercicio de sus funciones legales, o en desarrollo de investigación judicial, no podrá revelar, ni dar a conocer a ningún tercero la información o documentación sometida a reserva relacionada en el presente contrato. **EL TRABAJADOR** se obliga una vez terminada la relación laboral existente con **EL EMPLEADOR**, a devolver toda la documentación que se le haya dado en ejecución del contrato de trabajo, sea esta de carácter confidencial o no. El incumplimiento por parte de **EL TRABAJADOR** de cualquiera de las obligaciones derivadas de la presente clausula, se considerará como una falta grave que dará lugar a la terminación inmediata y con justa causa del contrato de trabajo existente con **EL EMPLEADOR**, de acuerdo a lo establecido en los numerales 6 y 8 del literal a) del artículo 62 del C.S.T., sin perjuicio de las acciones que tiene **EL EMPLEADOR**, tanto si por dicha violación tiene que asumir responsabilidad de cualquier índole, o si se ve de algún modo perjudicado, de acuerdo a como lo establece el Código de Comercio en el Título II del Libro Tercero, y las demás normas concordantes.

DÉCIMA TERCERA. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y POLÍTICA DE INFORMACIÓN PERSONAL. El trabajador autoriza de manera previa, explicita, inequívoca e informada a **EL EMPLEADOR** para que recolecte y trate sus datos personales para fines laborales por el tiempo que sea necesario para alcanzar dicha finalidad o el máximo legal permitido. Esta autorización comprende la información que suministró verbalmente o por escrito (hoja de vida, formatos, etc.) con ocasión de los procesos de selección y durante su vinculación como empleado(a) del **EMPLEADOR**. Es facultativo responder preguntas sobre datos sensibles o sobre menores de edad. De otra parte, **EL TRABAJADOR** se compromete a respetar y aplicar la política de tratamiento de datos personales de **EL EMPLEADOR**.

DÉCIMA CUARTA. TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE TRABAJO. Este contrato finaliza con la culminación de la labor contratada y especificada en él o cuando **EL EMPLEADOR** no requiera del servicio con ocasión de la ejecución del contrato de servicios establecido entre este y los contratantes principales. En consecuencia, este contrato debe terminar en el momento en que el **EMPLEADOR** comunique al **TRABAJADOR** que ha dejado de requerir los servicios del mismo, sin que tenga que reconocer indemnización alguna, también terminara por las demás causales que se establezcan en la Ley y en el presente contrato, lo mismo que incumplimiento a las obligaciones y funciones contenidas en el manual de funciones y procedimientos propios del cargo de **EL EMPLEADO**, los cual declara conocer.

DÉCIMA QUINTA. TERMINACIÓN UNILATERAL, SUSPENSION DEL CONTRATO Y FALTAS GRAVES: Son justas causas para dar por terminado unilateralmente este contrato, por cualquiera de las partes, las que establece la Ley, el Reglamento Interno de Trabajo, el presente contrato, las establecidas en los procesos del sistema de gestión integral y/o las circulares que a lo largo de la ejecución del presente contrato establezcan conductas no previstas en virtud de hechos o tecnologías o cambios de actividad diferentes a las consideradas en el presente contrato. Se trata de reglamentaciones, ordenes, instrucciones de carácter general o particular que surjan con posterioridad al presente acuerdo, cuya violación sea calificada como grave. Expresamente se califican en este acto como **faltas graves** la violación a las obligaciones y prohibiciones descritas en el Reglamento Interno de Trabajo y las enumeradas en los artículos 62 y 63 del Código Sustantivo del Trabajo. El presente contrato podrá ser suspendido por las razones expuestas en el código sustantivo del trabajo.

DÉCIMA SEXTA: EXCLUSIVIDAD. EL TRABAJADOR, así lo entiende y acepta, que por la índole de las labores que va a desarrollar, tendrá para con su **EMPLEADOR** exclusividad laboral, en virtud de la cual, se obliga a no prestar sus servicios para otro tipo de empleadores, ni a desarrollar por cuenta propia o ajena cualquier tipo de servicio o labor en el mismo oficio, durante la vigencia de este contrato.

DÉCIMA SEPTIMA: EFECTOS Y MODIFICACIONES: El presente contrato remplaza en su integridad y deja sin efecto cualquier otro contrato verbal o escrito celebrado entre las partes con anterioridad, pudiendo las partes convenir por escrito modificaciones al mismo, las que formarán parte integrante de este contrato.

DÉCIMA OCTAVA: DOMICILIO DEL TRABAJADOR. Para todos los efectos del presente contrato la dirección del **TRABAJADOR** es la relacionada en los datos del contrato, así como su número de teléfono; para la aplicación del parágrafo 1 del artículo 29 de la ley 789 de 2002, norma que modificó el artículo 65 del C.S.T., se compromete a informar por escrito y de manera inmediata a **EL EMPLEADOR** cualquier cambio en su dirección de residencia, teniéndose en todo caso como suya, la última dirección registrada en su hoja de vida.

DÉCIMA NOVENA: INTERPRETACIÓN. Este contrato ha sido redactado estrictamente de acuerdo con la ley colombiana, la doctrina y Jurisprudencia, será interpretado de buena fe y en consonancia con el Código Sustantivo del Trabajo cuyo objeto, definido en el artículo 1o., es lograr la justicia de las relaciones entre **EMPLEADORES** y **TRABAJADORES**, dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social.

VIGÉSIMA: ACEPTACION DE LOS TÉRMINOS. EL TRABAJADOR, mediante la suscripción del presente contrato hace constar expresamente y por escrito que es de su conocimiento pleno el contenido del presente documento, el reglamento interno de trabajo, el SGSST, las políticas de la empresa, los cuales le fueron puestos a su conocimiento previamente y que, en señal de su aceptación total, firma el mismo de su puño y letra.

Para constancia se firma este contrato, en la ciudad de Bogotá D.C., al nueve (09) día del mes de junio de 2023, en dos ejemplares del mismo tenor y valor.

EMPLEADOR:

CESAR GUSTAVO ESPINA MANTILLA
REPRESENTANTE LEGAL
CONSORCIO VAPA

TRABAJADOR:

Carlos Andrés López

CARLOS ANDRES LOPEZ RINCON
C.C N° 1.129.523.582
ARQUITECTO

HOJA DE VIDA

INFORMACIÓN PERSONAL

Carlos Andrés López Rincón

MP: A42302013-1129523582

Calle 11C N 73-52 Bogotá DC.

3937460 3223103278

Candreslopezri@gmail.com

Sexo **Masculino** | Fecha de nacimiento **26/05/1989** | Nacionalidad **Colombiano**

PERFIL PROFESIONAL

Arquitecto, Con facilidad para aprender y ejecutar las tareas que me sean asignadas y disposición para las nuevas. Excelente capacidad para liderar y fomentar el trabajo en equipo, innovando y orientado a resultados; con capacidad de generar relaciones interpersonales basadas en el respeto y la confianza. Logrando el máximo de eficiencia en la labor que me sea encomendada, como también desarrollar una actividad acorde a mis capacidades.
Profesional integral con todo lo relacionado al ejercicio de mi carrera con experiencia en la construcción de tipo arquitectónico, obras de urbanismo, paisajismo y obras de infraestructura en general, así mismo excelente desempeño en el diseño asistido por computador (CAD).

EDUCACIÓN Y FORMACIÓN

Enero 2006 – Diciembre 2011	ARQUITECTO Universidad Del Atlántico, Barranquilla (Atlántico)
Julio 2022 – Actualmente.	ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA INTEGRAL DE PROYECTOS Universidad Militar Nueva Granada (Bogotá D.C)

OTROS ESTUDIOS EDUCATIVOS

Diciembre 2012	DIPLOMADO EN GERENCIA DE PROYECTOS DE CONSTRUCCION Universidad EAFIT, Barranquilla (Atlántico)
Septiembre de 2010	SOCIEDAD DE INGENIEROS DEL ATLANTICO Curso básico para Residentes de Obra.
Marzo de 2010	SENA VIRTUAL Curso básico de Costos y Presupuestos.
Octubre de 2010	UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO Semana Técnica.
Octubre de 2009	UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO Semana Técnica.
Mayo de 2009	REVISTA ESCALA Seminario Taller, Arquitectura sostenible "Como construir sin destruir en el intento".
Octubre de 2008	UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO Semana Técnica
Junio de 2008	CURSO DE LENGUAS EXTRANJERAS Ingles. III niveles, Universidad del Atlántico.

EXPERIENCIA PROFESIONAL

Junio 2021 – Actualmente

MAB Ingeniería De Valor
Cargo: Residente Técnico de Interventoría
Obra: Contrato Interventoría 1504 de 2020: Interventoría Integral para la Construcción de las Aceras y Ciclorruta de la calle 92 y calle 94 desde la carrera 7 hasta la Autopista norte y Obras complementarias, en Bogotá, D.C."
Entidad contratante: Instituto de Desarrollo Urbano
Jefe Inmediato: Ing. Juan Carlos Tobos Montilla
Contacto: 310-459-0362

Marzo 2020 – Marzo 2021

Donado Arce & CIA S.A.S.:
Cargo: Residente de Obra.
Obra: Canalización del arroyo grande de Santa cruz en el municipio de Luruaco con Sistema de muro y suelo reforzado (Geo Canal)
Entidad contratante: Gobernación del Atlántico
Jefe Inmediato: Orlando Molinares
Contacto: 314-524-0213

Mayo 2019 – Marzo 2020

Donado Arce & CIA S.A.S.:
Cargo: Residente de Obra.
Obra: Pavimentación tipo reparcheo malla vial y reparación del espacio público en la ciudad de Barranquilla
Entidad contratante: Alcaldía de Barraquilla
Jefe Inmediato: Roberto Donado
Contacto: 311-415-6281

Febrero 2019 – Mayo 2019

Donado Arce & CIA S.A.S.:
Cargo: Residente de Obras de Drenajes y Protección
Obra: Construcción vía "Repelón – Las Tablas"
Entidad contratante: Gobernación del Atlántico
Jefe Inmediato: Orlando Molinares P.
Contacto: 314-524-0213

Mayo 2017-Enero 2019

Donado Arce & CIA S.A.S.:
Cargo: Residente de Obra.
Obra: Construcción pavimento rígido y espacio público programa "Barrios A La Obra" en localidad suroccidente de la ciudad de Barranquilla.
Entidad contratante: Alcaldía de Barraquilla
Jefe Inmediato: Orlando Molinares P.
Contacto: 314-524-0213

Diciembre 2016 – Mayo 2017

Donado Arce & CIA S.A.S.:
Cargo: Residente de Obra.
Obra: Pavimentación tipo reparcheo malla vial y reparación del espacio público en la ciudad de Barranquilla
Entidad contratante: Alcaldía de Barraquilla
Jefe Inmediato: Orlando Molinares P.
Contacto: 314-524-0213

Marzo 2016 – Diciembre 2016

Consorcio DCC Córdoba (Donado Arce & CIA):
Cargo: Residente de Obra.
Obra: Instalación del sistema de alcantarillado de la cabecera municipal, construcción de plantas EBAR y PTAR (Córdoba Tetón – Bolívar)
Entidad contratante: Gobernación de Bolívar
Jefe Inmediato: Orlando Molinares P.
Contacto: 314-524-0213

Octubre 2015 – Marzo 2016

Donado Arce & CIA S.A.S.:
Cargo: Residente de Obra.
Obra: Construcción pavimento rígido y espacio público "Barrio Las Flores – Barranquilla"
Entidad contratante: Alcaldía de Barraquilla
Jefe Inmediato: Ing. Orlando Molinares
Contacto: 314-524-0213

Septiembre 2014 – Octubre 2015

Consorcio Vía Chimichagua (Donado Arce & CIA):
Cargo: Residente de Obra.
Obra: Construcción de la avenida principal (pavimento rígido y flexible), espacio público y plaza central del municipio de Chimichagua (Dpto. Cesar).
Entidad contratante: Gobernación del Cesar
Jefe Inmediato: Ing. Roberto Donado
Contacto: 311-415-6281

Agosto 2014 - Septiembre 2014

UT Vía Palmar (Donado Arce & CIA):
Cargo: Residente de Obra.
Obra: Construcción de pavimento rígido y espacio público (Palmar de Varela - Atlántico)
Entidad contratante: FONADE
Jefe Inmediato: Ing. Orlando Molinares

Junio 2014 – Agosto 2014

Donado Arce & CIA S.A.S.:
Cargo: Residente de Obra.
Obra: Construcción de pavimento rígido y espacio público (Ponedera-Atlántico)
Entidad contratante: FONADE
Jefe Inmediato: Ing. Orlando Molinares
Contacto: 314-524-0213

Marzo 2014 – Junio 2014

Donado Arce & CIA S.A.S.:
Cargo: Residente de Obra.
Obra: Construcción de pavimento rígido y espacio público (Tubará-Atlántico)
Entidad contratante: FONADE
Jefe Inmediato: Ing. Orlando Molinares
Contacto: 314-524-0213

Septiembre 2013 - Febrero 2014

Donado Arce & CIA S.A.S.:
Cargo: Residente de Obra.
Obra: Construcción plazas y parques en los municipios de Santo tomas y Polonuevo Atlántico
Entidad contratante: Gobernación del Atlántico
Jefe Inmediato: Ing. Yesica Oviedo Díaz
Contacto: 300- 559-0810

Abril 2013 - Septiembre 2013

Inversiones Clínicas Andinas S.A.S.:
Cargo: Residente de Obra.
Obra: Construcción Clínica 1° de Mayo (Barrancabermeja)
Jefe Inmediato: Arq. Ricardo Esmeral
Contacto: 3004924136

Enero 2013 - Abril 2013

SOTA LTDA.:
Cargo: Residente de Interventoría.
Obra: Mantenimiento y mejoramiento de vías terciarias en el Dpto. del Atlántico.
Jefe Inmediato: Ing. Javier Redondo

Marzo 2012 - Diciembre 2012

U.T Arroyos de Barranquilla (Donado Arce & CIA):
Cargo: Residente de Obra.
Obra: Construcción Canal pluvial Las Cayenas-Los Girasoles.
Jefe Inmediato: Ing. Yesica Oviedo Díaz
Contacto: 300- 559-0810

Septiembre 2011 - Diciembre 2011

JAAP Arq. & Ing.:
Cargo: Residente de Obra.
Obra: Construcción 65 unidades VIS rural.
Jefe Inmediato: Ing. Roberto López
Contacto: 3017870508

Diciembre 2010 - Junio2011

Consorcio Vial de B/quilla (Donado Arce & CIA):
Cargo: Auxiliar de Residente – Inspector de Obra
Obra: Recuperación parque boulevard Simón Bolívar en la ciudad de Barranquilla
Entidad contratante: Alcaldía de Barranquilla
Jefe Inmediato: Ing. Yesica Oviedo Díaz
Contacto: 300- 559-0810

COMPETENCIAS PERSONALES

Lengua materna: Español

Otros idiomas

	COMPRENSIÓN		HABLA		EXPRESIÓN ESCRITA
	Comprensión auditiva	Comprensión de lectura	Interacción oral	Expresión oral	
Inglés	B1	B1	B1	B1	B1
	FCE (C1)				

Nivel: A1/A2: usuario básico - B1/B2: usuario independiente - C1/C2: usuario competente

Competencias comunicativas: Buen dominio del idioma inglés. Buen manejo de relaciones interpersonales.

Competencias de organización/ Gestión:
Aptitudes de liderazgo.
Buenas relaciones interpersonales
Buenas capacidades organizativas.

Competencias informáticas:
Paquete de office
AutoCAD
MS Project Básico

REFERENCIAS PERSONALES

Elormandy Pérez C — Sub- Oficial Armada Nacional — 310 5013873

Paulo Cesar Guerrero — Arquitecto — 322 8196529

Álvaro López Rincón — Sub-Oficial Armada Nacional — 3134911652

Shirley Mier Carrascal — Psicóloga — 300 625 7292

REFERENCIAS LABORALES

Lilibeth Gutiérrez — Psicóloga — 3008875720

Gonzalo Ramírez — Ingeniero Electromecánico — 3106304329

Loriluz Beltrán — Ingeniero Civil — 300 636 9807

Orlando Molinares — Ingeniero Civil — 3145240213

Jarkelys Ospino — Ingeniero Civil — 3015634318

Para todos efectos legales certifico que todas las respuestas e información anotadas por mí, en la presente Hoja de Vida son veraces según (C.S.T. Art. 62 Núm. 1) Régimen Laboral Colombiano.

CARLOS ANDRES LÓPEZ RINCÓN
C.C. 1.129.523.582
M.P: A42302013

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

LA UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO

ORDENANZA 42 DE JUNIO 15 DE 1946 REGISTRO ICFES No. 1202

CONFIERE EL TÍTULO DE

ARQUITECTO

A

CARLOS ANDRES LOPEZ RINCON

C.C. No. 1.129.523.582 EXPEDIDA EN BARRANQUILLA - ATLÁNTICO

QUIEN CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS.
EN TESTIMONIO DE ELLO OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA, A LOS 2 DÍAS DEL MES DE Diciembre DE 20 11

Wilson Arrieta Rico B.
DECANATURA DE LA FACULTAD

RECTORÍA DE LA UNIVERSIDAD

SECRETARÍA GENERAL

Libro No. 1-L Acta No. 179 Folio No. 15 Registro No. 526 Fecha 2 de diciembre de

008071

556

UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO

ORDENANZA 42 DE JUNIO 15 DE 1.946 REGISTRO ICFES No. 1202

ACTA DE GRADO

ACTA INDIVIDUAL Nº 179

En Barranquilla, a los dos (2) días del mes de Diciembre del dos mil once (2011), se reunieron en ceremonia solemne, los dignatarios de la Universidad del Atlántico para realizar la graduación colectiva por medio de la cual se otorgó de acuerdo a la Ley y a los Estatutos de la Universidad del Atlántico, el título de **ARQUITECTO.**

A **CARLOS ANDRES LOPEZ RINCON,** portador(a) de la cédula de ciudadanía No 1.129.523.582, expedida en BARRANQUILLA (ATLÁNTICO), a quien se le tomó juramento de rigor y se le hizo entrega del Diploma que lo autoriza para el ejercicio de su profesión de **ARQUITECTO**, registrado en los libros que reposan en el Departamento de Admisiones y Registro Académico de la Universidad del Atlántico bajo el Libro No 1-L Folio Nº 15 y Registro Nº 526 de fecha 2 de diciembre de 2011, según las disposiciones vigentes.

Para constancia de lo anteriormente expuesto, firman la presente Acta:

ANA SOFIA MESA DE CUERVO Rectora

WILSON ANNICCHIARICO BONETT Decano de ARQUITECTURA

ROBERTO HENRÍQUEZ NORIEGA Secretario General

DECANO(A) DE LA FACULTAD

RECTOR(A) DE LA UNIVERSIDAD

SECRETARIA(O) GENERAL

CONSEJO PROFESIONAL
NACIONAL DE ARQUITECTURA
Y SUS PROFESIONES AUXILIARES

Arquitecto

CARLOS ANDRES LOPEZ RINCON

C.C. 1.129.523.582 de Barranquilla

Universidad del Atlántico

Matrícula Profesional

A42302013-1129523582

Fecha de expedición
25/04/2013

Esta tarjeta es el único documento idóneo que autoriza a su titular para ejercer la profesión de Arquitecto dentro de los parámetros establecidos por la Ley 435 de 1998, y demás normas complementarias con la materia. Este documento es intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Consejo Profesional Nacional de Arquitectura y sus Profesiones Auxiliares.

www.cpnaa.gov.co

Presidente CPNAA

15748

Colmena Seguros

CONSTANCIA DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

Colmena Seguros se permite dar constancia que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguentes datos:

NOMBRE:	SANCHEZ SANTANA CARLOS ALBERTO
IDENTIFICACIÓN:	CC 1002183364
INICIO VIGENCIA:	16/05/2023
TIPO DE TRABAJADOR:	Dependiente
CARGO:	AYUDANTE DE OBRA
SALARIO:	1.160.000
ESTADO ACTUAL:	VIGENTE
CLASE:	5
TASA:	6,96

DATOS COTIZANTE

RAZON SOCIAL:	CONSORCIO VAPA
CC /NIT:	NI 901669477
CONTRATO:	1198097
SEDE:	PRINCIPAL
CENTRO DE TRABAJO:	OBRA-MIRADOR EL PARAÍSO A
INICIO VIGENCIA:	09/02/2023
ESTADO ACTUAL:	ACTIVO

La presente se expide a los 15 días del mes de mayo del año 2023.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 4010447 en Bogotá.

Cordialmente.

Gerente de Servicio
Colmena Seguros

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 15/05/2023 15:51:07. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud eps-s
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

Número de Radicación	Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE *(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo).* Página 1 de 2

1. Tipo de Trámite:	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedad ☑	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia ☑ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De Oficio ☐	A. Contributivo ☑ B. Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☑ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☑ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	

A. AFILIACIÓN

II. Datos básicos de identificación (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido: SANCHEZ	Segundo apellido: SANTANA	Primer nombre: CARLOS	Segundo nombre: ALBERTO

7. Tipo documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1.002.783.364	Femenino ☐ Masculino ☒	15 08 1991

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M; Condición T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingresos base de cotización - IBC
Colmena	Proteccion	$ 1.160.000

18. Residencia	Teléfono	Teléfono celular	Correo electrónico
Dirección: CL 71 F BIS 25 A 20 SUR		3002379202	vutirosa.sanchez.santana@gmail.com

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
Bogota	Urbana ☒ Rural ☐		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 completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

24. Apellidos y nombres 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	Condición T P
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	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 a pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO VARA	NIT	901.669.477-1	

39. Ubicación Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CL 105A 14-92 OF 615	321 3757097	consorciovara2023@gmail.com	Bogota	Cundinamarca

15 MAY 2023
RECIBIDO SIN ACEPTACIÓN PAU CONTRIBUTIVO

VIGILADO Supersalud

558

capitalsalud eps-s
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

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.
- [x] 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 — [x] 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	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]		12/05/2023

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 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 el 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
Alberto S.	CESAR GUSTAVO COPINA

IX. ANEXOS

56. Copia documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad	[ ]	[ ]	[ ]	[x]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	1

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación:

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones:

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **SANCHEZ SANTANA CARLOS ALBERTO** identificado(a) con **CC** número **1.002.183.364** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 07 de enero de 2022 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 12 de mayo 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

202305121403

559

Bogotá DC. 16 de Mayo 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 16/5/2023, 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 1002183364
Nombres y Apellidos	CARLOS ALBERTO SANCHEZ SANTANA
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NIT 901669477
Razón Social Empleador	CONSORCIO VAPA
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	15/5/2023
Fecha de Ingreso a Compensar	16/5/2023
Cargo	AYUDANTE DE OBRA
Horas Labor Mes	240
Sueldo básico	$ 1160000

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a CONSORCIO VAPA, 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 5892-14
IQNet
VIGILADO SuperSubsidio

Colmena Seguros

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

SANCHEZ SANTANA CARLOS ALBERTO

CC 1002183364

Nit 901669477 CONSORCIO VAPA

BOGOTA D.C.

República de Colombia - Sistema General de Riesgos Laborales

¿Qué hacer en caso de un Accidente de Trabajo?

- Comunícate con la Línea Efectiva o informale de inmediato a tu jefe.
- La Línea Efectiva te indicará en cuál I.P.S. serás atendido.
- La Línea Efectiva es el canal directo en donde puedes pedir asistencia en salud las 24 horas.
- La persona responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo, deberá tramitar a través de la oficina virtual en el portal web el Accidente de Trabajo.
- Como consecuencia del Accidente de Trabajo, se realizará el traslado del paciente en ambulancia terrestre; en caso de no conocer el riesgo y a criterio médico, se coordinará el traslado en taxi o vehículo particular al centro hospitalario o residencia.

Línea Efectiva: Medicalizada / 24 horas

Bogotá	Medellín	Cali	Barranquilla
401 0447	444 1246	403 6400	353 7559

Otras ciudades 018000-9-19667

Fuera del país (571) 658 18 01 | Estados Unidos 01 866 2070958

www.colmenaseguros.com

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Colmena Seguros S.A.

560

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.002.183.364
SANCHEZ SANTANA

APELLIDOS
CARLOS ALBERTO

NOMBRES
Alberto

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 15-AGO-1994
GALAPA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

15-ENE-2013 VALLEDUPAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1200100-01223933-M-1002183364-20210324 0073863968A 2 9915053798

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

minerva
10-03

www.formasminerva.com

ORIGINAL

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha D M A	Empleo o cargo al que aspira

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
Sanchez Santana	Carlos Alberto
Fecha de Nacimiento D 15 M 08 A 1994	**Lugar de Nacimiento** Galapa Atlantico
Dirección domicilio / Barrio Calle 71 F bis #25A 20 Sur	**Ciudad** Bogota
Teléfono	**No. Celular** 3002319202
Correo electrónico yudirosasanchezsantana@gmail.com	**Nacionalidad** colombiano



Profesión, ocupación u oficio	(*) Estado civil	Años de experiencia laboral
OFICIOS VARIOS	Union libre	5 AÑOS

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

Cédula de ciudadanía: [X] N° 1002183364	(**) Libreta militar N°	Primera clase: [ ]
Extranjería: [ ] Expedida en:	Distrito N° :	Segunda clase: [ ]
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si [ ] No [X]	Licencia de conducción N° Categoría

II. PERFIL LABORAL

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

Soy una persona dedicada a mi trabajo me empeño por cada dia aprender mas me gusta la puntualidad cumplo con mis deberes de trabajo y soy muy cumplido en mi ora de trabajo.

II. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si [ ] No [X]	¿En qué empresa?	Empleado [ ] Independiente [ ]	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Si [ ] No [X]	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si [ ] No [X]	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si [ ] No [X] Nombre / Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si [ ] No [X]	Nombre / Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio [ ] Amigo [X] Redes Sociales [ ] Por medio de agencia [ ] Otro [ ] ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si [X] No [ ]	Vive en casa: ¿Familiar? [ ] ¿Propia? [ ] ¿Alquilada? [X]	Nombre del arrendador jeimy Charon	Teléfono 3229221137	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 5 AÑOS
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si [ ] No [ ]	Describalo e indique su valor mensual		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $ 400000	
¿Por qué conceptos?			¿Cuánto es su aspiración salarial?	
¿Cuál es su principal afición? trabajar	¿Practica algún deporte? Si [X] No [ ] ¿Cuál(es)? HICKO			

¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, entre otros?
Si [ ] No [X] ¿Cuál(es)?

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

REV. 05-2019

466023428

561

Powered by CamScanner

IV. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja
Yagira Esmeralda de la torre	Ama de casa	

Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad

N° de personas que dependen económicamente de usted	Parentesco	Edades
5	Hijos Nietos	18, 5, 6 Años

Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
Judi rosas Sanchez	enfermera	3123239593

Nombre(s) hermanos(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
Armando Sanchez Santana	Independiente	

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACION	AÑOS CURSADOS	TITULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCION	CIUDAD
Primaria	5	2013			
Bachillerato Académico ☐ Técnico ☐ Comercial ☐ Otro ☐					
Educación Superior Técnico ☐					
Tecnológico ☐					
Profesional ☐					
Postgrados					

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

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

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

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

Sistemas Si ☐ No ☐ ¿Que programas maneja?	1.	R B MB	3.	R B MB				
	2.	R B MB	4.	R B MB				
Idiomas Si ☐ No ☐ ¿Qué idioma(s) conoce?		Escucha		Lectura		Escritura		Habla
	1.	R B MB		R B MB		R B MB		R B MB
	2.	R B MB		R B MB		R B MB		R B MB

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

VI. EXPERIENCIA LABORAL

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

Nombre de la última o actual empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

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

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros obtenidos

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

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

Motivo del retiro

minerva

Powered by CamScanner

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial	Sueldo Final
oficios varios	Ayudante	03 09 2020	08 02 2021	$ 150000	$ 180000

Funciones realizadas
oficios varios

Nombre de su jefe inmediato: carlos arturo salamanca | Cargo: Jefe

Logros obtenidos

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

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

Motivo del retiro
Termino contrato

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

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

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros obtenidos

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

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

Motivo del retiro

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	leidy yuliana chacon	independiente	carrera 8 #170 #60	3229221137
2.	yadira esmeralda chaparro	independiente	calle 71b bis #5a 20 sur	3165725435

Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	yudy rosas sanchez	enfermera	calle 71b bis #27a 26 sur	3123239593
2.	viviana patricia abarca	contadora		3206420830

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. [X] Marque con una X

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

Certificación
Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mi, en la presente hoja de vida, son veraces (C.S.T. Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis)

Firma del solicitante

C.C.

minerva

562

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.002.183.364
SANCHEZ SANTANA

APELLIDOS
CARLOS ALBERTO

NOMBRES
Alberto

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 15-AGO-1994
GALAPA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

15-ENE-2013 VALLEDUPAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1200100-01223933-M-1002183364-20210324 0073863968A 2 9915053798

Powered by CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 04:17:41 PM horas del 26/04/2023, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1002183364**
Apellidos y Nombres: **SANCHEZ SANTANA CARLOS ALBERTO**

ACTUALMENTE NO ES REQUERIDO POR AUTORIDAD JUDICIAL ALGUNA

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30582 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.arsio-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

563

Powered by CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	74372857	FREDDY SUAREZ LUNA	CLL 152 # 9-80	8112257	freddysuarez13@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-05	I	27/06/2023	68722879	$578.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	250.000	0		0		0	12	3.500	0	253.500	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	320.000	0	0	0	0	12	4.500	0	324.500	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										

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	250.000	253.500
Pensión	1	320.000	324.500
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	570.000	578.000

PAGADA

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

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
CC 79788632		MURCIA PAMPLONA JAIME ALEXANDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 89 #127 05 Torre 9 Apto 504	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8107725	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-05	2023-05	14233780	9451090346	I	2023/06/08	2023/06/28	BANCOLOMBIA	20	$603,100

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
1	CC	79788632	MURCIA PAMPLONA JAIME ALEXANDER	230301	30	$2,030,000	$324,800	EPS005	30	$2,030,000	$253,800		0	$0	$0	14-25	30	$2,030,000	$10,600	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$2,030,000**	**$324,800**			**$2,030,000**	**$253,800**			**$0**	**$0**			**$2,030,000**	**$10,600**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$324,800	$7,600	$0	$332,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$324,800	$7,600	$0	$332,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,600	$300	$0	$10,900
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$10,600	$300	$0	$10,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$253,800	$6,000	$0	$259,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$253,800	$6,000	$0	$259,800
TOTAL				1	$589,200	$13,900	$0	$603,100

569

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	74372857	FREDDY SUAREZ LUNA		CLL 152 # 9-80	8112257	freddysuarez13@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-05	I	27/06/2023	68722879	$578.000	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Bolivia	Ecuador	Cotiz. adicional	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CONDICIÓN	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	ISC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	ISC CCF	Aporte CCF	ISC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	74372857	SUAREZ LUNA FREDDY	3	0			N																	230301	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS008	2.000.000	250.000		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Colmena Seguros

CONSTANCIA DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

Colmena Seguros se permite dar constancia que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguentes datos:

NOMBRE:	MICOLTA CASIERRA JONATHAN
IDENTIFICACIÓN:	CC 1087186362
INICIO VIGENCIA:	16/05/2023
TIPO DE TRABAJADOR:	Dependiente
CARGO:	AYUDANTE DE OBRA
SALARIO:	1.160.000
ESTADO ACTUAL:	VIGENTE
CLASE:	5
TASA:	6,96

DATOS COTIZANTE

RAZON SOCIAL:	CONSORCIO VAPA
CC /NIT:	NI 901669477
CONTRATO:	1198097
SEDE:	PRINCIPAL
CENTRO DE TRABAJO:	OBRA-MIRADOR EL PARAÍSO A
INICIO VIGENCIA:	09/02/2023
ESTADO ACTUAL:	ACTIVO

La presente se expide a los 15 días del mes de mayo del año 2023.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 4010447 en Bogotá.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
Colmena Seguros de Vida S.A. | Colmena Seguros Riesgos Laborales S.A.

Cordialmente.

Gerente de Servicio
Colmena Seguros

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 15/05/2023 16:35:04. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Bogotá DC. 16 de Mayo 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 16/5/2023, 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 1087186362
Nombres y Apellidos	JONATHAN MICOLTA CASIERRA
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NIT 901669477
Razón Social Empleador	CONSORCIO VAPA
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	15/5/2023
Fecha de Ingreso a Compensar	16/5/2023
Cargo	AYUDANTE DE OBRA
Horas Labor Mes	240
Sueldo básico	$ 1160000

JHonatan

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a CONSORCIO VAPA, 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 5892-14

IQNet

FOR-PGIE-044

JHonatan

VIGILADO SuperSubsidio

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:

JONATHAN MICOLTA CASIERRA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.087.186.362**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 de Mayo 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.

566

Colmena Seguros

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Colmena Seguros S.A.

MICOLTA CASIERRA JONATHAN

CC 1087186362

Nit 901669477 CONSORCIO VAPA

BOGOTA D.C.

República de Colombia - Sistema General de Riesgos Laborales

¿Qué hacer en caso de un Accidente de Trabajo?

- Comunícate con la Línea Efectiva o informale de inmediato a tu jefe.
- La Línea Efectiva te indicará en cuál I.P.S. serás atendido.
- La Línea Efectiva es el canal directo en donde puedes pedir asistencia en salud las 24 horas.
- La persona responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo, deberá tramitar a través de la oficina virtual en el portal *web* el Accidente de Trabajo.
- Como consecuencia del Accidente de Trabajo, se realizará el traslado del paciente en ambulancia terrestre; en caso de no conocer el riesgo y a criterio médico, se coordinará el traslado en taxi o vehículo particular al centro hospitalario o residencia.

Línea Efectiva: Medicalizada / 24 horas

Bogotá 401 0447 | Medellín 444 1246 | Cali 403 6400 | Barranquilla 353 7559

Otras ciudades 018000-9-19667

Fuera del país (571) 658 18 01 | Libre gratuita Estados Unidos 01 866 2070958

www.colmenaseguros.com

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.087.186.362
MICOLTA CASIERRA
APELLIDOS
JONATHAN
NOMBRES

JHONATAN MICOLTA
FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-ABR-1991
TUMACO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.71 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
06-MAY-2009 TUMACO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-2313900-01276554-M-1087186362-20220118 0077863584A 1 9918268543

Salud total

567

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

minerva
10-03

ORIGINAL

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

www.formasminerva.com

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

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

I. INFORMACION GENERAL

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



Apellido(s) del aspirante: Micolta Casierra	Nombre(s) del aspirante: JONATHAN
Fecha de Nacimiento: D 24 / M 04 / A 1991	Lugar de Nacimiento: TUMACO NARIÑO
Dirección domicilio / Barrio: Calle 71F bis # 27A 20 SUR	Ciudad: Bogota
Teléfono:	No. Celular: 3223094951
Correo electrónico: JonatanMicoltaCasierra@gmail.com	Nacionalidad: colombiano
Profesión, ocupación u oficio: OFICIOS VARIOS	(*) Estado civil: UNION LIBRE
	Años de experiencia laboral: 6 AÑOS

DOCUMENTACION

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

Cédula de ciudadanía: [X] N° 1087186362 / Extranjería: [ ] Expedida en:	(**) Libreta militar N° / Distrito N°: Primera clase: [ ] Segunda clase: [ ]
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si [ ] No [X] — Licencia de conducción N° — Categoría

II. PERFIL LABORAL

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

Me considero una persona responsable en mi trabajo cumplo con mis obligaciones soy muy atento y quiero aprender cada dia un poco mas

II. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si [ ] No [X]	¿En qué empresa?	Empleado [ ] Independiente [ ]	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Si [ ] No [X]	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si [ ] No [X]	Fecha D / M / A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si [ ] No [X] — Nombre / Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si [ ] No [X]	Nombre / Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio [ ] Amigo [X] Redes Sociales [ ] Por medio de agencia [ ] Otro [ ] ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si [X] No [ ]	Vive en casa: ¿Familiar? [ ] ¿Propia? [ ] ¿Alquilada? [X]	Nombre del arrendador: Yadira Chaparro	Teléfono: 3116535935 — ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 2 AÑOS
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si [ ] No [X]	Describalo e indique su valor mensual: 150000	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $40.0.000	
¿Por qué conceptos? Obligaciones		¿Cuánto es su aspiración salarial? 120.0000	
¿Cuál es su principal afición? OFICIOS VARIOS	¿Practica algún deporte? Si [ ] No [X] — ¿Cuál(es)?		

¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si [ ] No [X] ¿Cuál(es)?

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

REV. 05-2019

466023428

568

IV. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja	
Karolina Cardenas	Ama de casa		
Cargo actual	**Dirección**	**Teléfono**	**Ciudad**
	Calle 71F bis # 27A 20 Sur	3222354034	Bogota
N° de personas que dependen económicamente de usted 4	**Parentesco**	**Edades**	
	HIJOS Madre esposa	11, 6 AÑOS	57 - 30 AÑO
Nombre(s) padre(s)	**Profesión, ocupación u oficio**	**Teléfono(s)**	
Maria Irene cazierra albarado	Ama de casa	0993565880	
Marcos Nicolla cazierra	Adulto mayor		
Nombre(s) hermanos(s)	**Profesión, ocupación u oficio**	**Teléfono(s)**	
Teodoro Nicolla cazierra	Independiente		

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACION	AÑOS CURSADOS	TITULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCION	CIUDAD
Primaria	6	2007	Primaria	Escuela Mixto Turmaco	Bogota
Bachillerato Académico ☐ Técnico ☐ Comercial ☐ Otro ☐					
Educación Superior Técnico ☐					
Tecnológico ☐					
Profesional ☐					
Postgrados					

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

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

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

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

Sistemas Si ☐ No ☐	1.	R	B	MB	3.	R	B	MB			
¿Que programas maneja?	2.	R	B	MB	4.	R	B	MB			
Idiomas		Escucha			Lectura			Escritura			Habla		
Si ☐ No ☐	1.	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
¿Qué idioma(s) conoce?	2.	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

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

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ÚLTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ÚLTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MÁS DETALLES UTILICE LA ÚLTIMA PÁGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL

Nombre de la última o actual empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Vilder cepeda	40000		

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Area del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Oficios varios	Ayudante	D 06 M 04 A 2022	D 13 M 03 A 2023	$ 1800000	$ 2000000

Funciones realizadas: Oficios varios

Nombre de su jefe inmediato: Exalta Marcos Peña — Cargo: Jefe

Logros obtenidos:

Tipo de contrato Indefinido ☒ Fijo ☐ ¿Cuánto tiempo? 9 Meses — Contrato directo con la empresa ☒ Contrato por medio de agencia ☐ — Otro ☐ ¿Cual?

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

Motivo del retiro: Termino de contrato

minerva

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner 569

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
OFICIOS VARIOS	AYUDANTE	D 06 M 04 A 2023	D 13 M 03 A 24	$ 180000	$ 200000

Funciones realizadas: OFICIOS VARIOS

Nombre de su jefe inmediato: EXAHIA MARCOS PEÑA — Cargo: JEFE

Logros obtenidos:

Tipo de contrato Indefinido [X] ¿Cuánto tiempo? 9 MESES — Fijo [ ] — Contrato directo con la empresa [X] — Contrato por medio de agencia [ ] — Otro [ ] ¿Cual?

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

Motivo del retiro: TERMINO DE OBRA

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

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

Funciones realizadas:

Nombre de su jefe inmediato — Cargo:

Logros obtenidos:

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

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

Motivo del retiro:

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	YUDI ROSAS SANCHEZ	INDEPENDIENTE	KR 27 K 73 A SUR	3123239593
2.	ANDRES MENDOSA SANCHEZ	INDEPENDIENTE	CALLE 71 A BIS P 1 # 9 U	3219391667

Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	JOSE ANTONIO NICOLTA	INDEPENDIENTE		3145048650
2.	FABIAN ALEXANDER NICOLTA	EMPLEADO		3145687690

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. [X] Marque con una X

Nota importante

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

Certificación

Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mi, en la presente hoja de vida, son veraces (C.S.T. Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis)

Firma del solicitante

JHONATAN NICOLTA

C.C.

minerva

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.087.186.362
MICOLTA CASIERRA
APELLIDOS
JONATHAN
NOMBRES

JHONNDAN MICOLTA
FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-ABR-1991
TUMACO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.71 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
06-MAY-2009 TUMACO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-2313900-01276554-M-1087186362-20220118 0077863584A 1 9918268543

Salud total

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
570

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:21:02 AM horas del 26/04/2023, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1087186362**
Apellidos y Nombres: **MICOLTA CASIERRA JONATHAN**

ACTUALMENTE NO ES REQUERIDO POR AUTORIDAD JUDICIAL ALGUNA

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República | Ministerio de Defensa Nacional | Portal Único de Contratación | GOV.CO

Todos los derechos reservados.

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

FU | Cargo(s) desempeñado(s) | Dirección

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPUBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 26 de abril de 2023, a las 11:22:11, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1087186362
Código de Verificación	108718636223042611221 1

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

COR

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

571

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 221871445

WEB
11:22:34

Bogotá DC, 26 de abril 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) JONATHAN MICOLTA CASIERRA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1087186362:

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.

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79784083	JOSE ANDRES ACOSTA POSADA	calle 127 b bis #20-49, 405	5205172	joanacpo@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-05	I	26/06/2023	68728042	$687.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	300.000	0		0		0	4	1.400	0	301.400	1

TOTALES PENSIÓN											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	384.000	0	0	0	0	4	1.800	0	385.800	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										

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

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	300.000	301.400
Pensión	1	384.000	385.800
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	684.000	687.200

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79784083	JOSE ANDRES ACOSTA POSADA		calle 127 b bis #20-49, 405	5205172	joanacpo@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-05	2023-05	I	26/06/2023	68728042	$687.200

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
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
CC	79784083	ACOSTA POSADA JOSE ANDRES	3	0			N																	25-14	2.400.000	384.000	0	0	0	0	EPS017	2.400.000	300.000		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Colmena Seguros

CONSTANCIA DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

Colmena Seguros se permite dar constancia que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguentes datos:

NOMBRE:	BASORA SILVESTRE JOSE
IDENTIFICACIÓN:	PT 4985998
INICIO VIGENCIA:	16/05/2023
TIPO DE TRABAJADOR:	Dependiente
CARGO:	AYUDANTE DE OBRA
SALARIO:	1.160.000
ESTADO ACTUAL:	VIGENTE
CLASE:	5
TASA:	6,96

DATOS COTIZANTE

RAZON SOCIAL:	CONSORCIO VAPA
CC /NIT:	NI 901669477
CONTRATO:	1198097
SEDE:	PRINCIPAL
CENTRO DE TRABAJO:	OBRA-MIRADOR EL PARAÍSO A
INICIO VIGENCIA:	09/02/2023
ESTADO ACTUAL:	ACTIVO

La presente se expide a los 15 días del mes de mayo del año 2023.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 4010447 en Bogotá.

Cordialmente.

Gerente de Servicio
Colmena Seguros

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 15/05/2023 16:38:27. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

573

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COOSALUD

En Pos de tu bienestar

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN Y/O NOVEDAD

COOSALUD EPS SA certifica que el día 15/05/2023, se radicó solicitud de trámite de afiliación y/o novedad ante esta EPS, relacionando los siguientes datos en el formulario adjunto:

• **No. RADICADO:**	34781438
• **RÉGIMEN:**	Contributivo
• **TIPO DE TRÁMITE:**	Movilidad al régimen contributivo
• **FECHA DE INICIO DE RELACIÓN LABORAL:**	2023-05-15
• **TD AFILIADO:**	PT
• **NÚMERO DOCUMENTO AFILIADO:**	4985998
• **TD EMPLEADOR:**	NIT
• **NÚMERO DOCUMENTO EMPLEADOR:**	901669477
• **FONDO DE PENSIÓN:**	PORVENIR
• **IBC:**	$1.160.000,00
• **No. ADJUNTOS:**	2

OBSERVACIONES:

1. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, la afiliación y reporte de las novedades se realizará en el formulario físico que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social directamente a las EPS, y éstas las reportarán a la Base de Datos de Afiliados del Sistema conforme a la normativa vigente. Decreto 780/2016.
2. El trámite y gestión del caso radicado se realizará dentro de los 3 días hábiles posteriores a la fecha de expedición del presente documento. La respuesta será enviada al correo electrónico registrado en la plataforma de autogestión de empleadores.
3. Documento NO válido para prestación de servicios médicos y/o trámite de traslados entre EPS.

Cualquier inquietud con la información aquí contenida, puede comunicarse a través de las líneas 018000 515 611 ó #922.

La presente se expide a solicitud del interesado en Cartagena, a los 15 días del mes de Mayo de 2023.

Cordialmente,

CARLOS TORRES SALAZAR
Subdirector Nacional de Aseguramiento
COOSALUD EPS SA

porvenir

Fondo de Pensiones Obligatorias
Solicitud de Vinculación o Traslado

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

Nº 23205925

23205925

RR ZZ DD AA | Ciudad: Bogotá | Fecha de Solicitud de Afiliación: 2023 05 15

1. Tipo de Vinculación

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

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

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

2. Datos Básicos

Tipo de Documento	Nº de Documento de Identidad	Fecha de Expedición del Documento de Identidad	Lugar de Expedición	Género	Es Pensionado (Jubilado)
CC TI CE PAS RC CD	PT 4985998	20210324	Bogotá	M X F	SI NO X

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Otros Nombres
Basora	Silvestre	Jose	

Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Nacionalidad Colombiana	Otra ¿Cuál?
1981 01 18	Venezuela		Venezuda

3. Datos de Localización

Dirección de Residencia: Calle 71b sur 27 20 | Barrio | Ciudad/Municipio: Bogotá
Departamento: Bogotá | Nº. de Teléfono Fijo | Nº. de Teléfono celular: 3225480023

Autorización de envío de información a través de medios electrónicos. Autorizo a Porvenir S.A. para enviar notificaciones, extractos y cualquier información de interés a mi correo electrónico y/o a mi teléfono celular. SI X NO

Dirección de Correo Electrónico (e-mail): Silvestrehumberto8@gmail.com

Dirección Laboral	Ciudad	Departamento	Nº. de Teléfono
	Bogotá	Bogotá	

4. Datos Empleador e Información del Vínculo Laboral

Tipo de Documento	Nº de Documento de Identidad	Nombre y/o Razón Social
NIT X CC CE PAS TI	901669477	Consorcio Vapa

Ciudad	Dirección Empleador	Departamento	Teléfono(s)
Bogotá		Bogotá	

Ocupación o Cargo Actual	Salario o Ingreso Mensual	y/o	Salario Integral
Ayudante	$ 1160000		$

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

5. Datos Beneficiarios

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

"Códigos parentesco: 01 Cónyuge 02 Compañero permanente 03 Padres 04 Hijo 05 Hijo inválido 06 Hermano inválido" "Los beneficiarios relacionados serán verdaderos de acuerdo con las normas legales vigentes."

6. Derecho a Bono Pensional

Tengo derecho al Bono Pensional porque antes de mi vinculación a Porvenir S.A. Estuve afiliado a Colpensiones, a una Caja o Fondo Prestacional y coticé 150 semanas
Entidad en la cual se realizó la cotización:
Tengo Derecho al Bono Pensional SI NO

7. Régimen de Transición e Información del Producto

Importante: Manifiesto que luego de haber recibido asesoría amplia y suficiente sobre el producto ofrecido, conozco y entiendo las implicaciones legales que tiene mi decisión de traslado al régimen de ahorro individual por medio de la Vinculación al Fondo de Pensiones Obligatorias de Porvenir S.A. particularmente en lo que tiene que ver con el régimen de transición establecido en la ley.

- Anexe la fotocopia de su documento de identidad ampliada al 150% en blanco y negro.

8. Término de Retracto

Recuerda que a partir del momento en que el fondo de pensiones te notifique sobre la validez de la afiliación o del traslado, cuentas con un término de cinco (5) días hábiles para ejercer tu facultad de retracto, (Decreto 1813 de 2020).

9. Voluntad de Selección y Afiliación

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

FIRMA Y NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL EMPLEADOR

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

FIRMA Y HUELLA DEL SOLICITANTE

10. Espacio para la Administradora

Nombre del Promotor:
No. de identificación del promotor:
Firma del promotor:

Firma Autorizada del Representante Legal

574

Powered by CamScanner

Bogotá DC. 16 de Mayo 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 16/5/2023, 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	CE 4985998
Nombres y Apellidos	JOSE BASORA SILVESTRE
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NIT 901669477
Razón Social Empleador	CONSORCIO VAPA
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	15/5/2023
Fecha de Ingreso a Compensar	16/5/2023
Cargo	AYUDANTE DE OBRA
Horas Labor Mes	240
Sueldo básico	$ 1160000

Josebasora

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a CONSORCIO VAPA, 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 5892-14
IQNet
VIGILADO SuperSubsidio

Colmena Seguros

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

¿Qué hacer en caso de un Accidente de Trabajo?

- Comunícate con la Línea Efectiva o informale de inmediato a tu jefe.
- La Línea Efectiva te indicará en cuál I.P.S. serás atendido.
- La Línea Efectiva es el canal directo en donde puedes pedir asistencia en salud las 24 horas.
- La persona responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo, deberá tramitar a través de la oficina virtual en el portal web el Accidente de Trabajo.
- Como consecuencia del Accidente de Trabajo, se realizará el traslado del paciente en ambulancia terrestre; en caso de no conocer el riesgo y a criterio médico, se coordinará el traslado en taxi o vehículo particular al centro hospitalario o residencia.

Línea Efectiva: Medicalizada / 24 horas

Bogotá 401 0447 | Medellín 444 1246 | Cali 403 6400 | Barranquilla 353 7559

Otras ciudades 018000-9-19667

Fuera del país (571) 658 18 01 | Estados Unidos 01 866 2070958

www.colmenaseguros.com

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Colmena Seguros S.A.

BASORA SILVESTRE JOSE

PT 4985998

Nit 901669477 CONSORCIO VAPA

BOGOTA D.C.

República de Colombia - Sistema General de Riesgos Laborales

575

REPÚBLICA DE COLOMBIA

PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

NO. 4985998

COL

BASORA SILVESTRE

JOSE

VEN M

14180936

18-01-1981

24-05-2021 BOGOTA D.C.

30-05-2031

VISIBLES



Josebasor

E1716705

ENDOSO AUTORIZADO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN

www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL4985998<<0<<<<<<<<<<<<<<<
8101187M3105308VENE1716705<<<5
BASORA<SILVESTRE<<JOSE<<<<<<<<

Powered by CamScanner

minerva
10-03

www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha D M A	Empleo o cargo al que aspira

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
Basora Silvestre	José
Fecha de Nacimiento D 18 M 01 A 81	**Lugar de Nacimiento** Puerto Cabello - Venezuela
Dirección domicilio / Barrio Barrio Paraiso	**Ciudad** Bogota
Teléfono	**No. Celular** 3225480023
Correo electrónico	**Nacionalidad** Venezolano
Profesión, ocupación u oficio Ayudante de maestro de obra	**(*) Estado civil** Soltero
	Años de experiencia laboral 20.

FOTOGRAFIA RECIENTE
Tamaño 3x4 cms.

DOCUMENTACION

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

Cédula de ciudadanía: ☐ N° 4985498	(**) Libreta militar N°		Primera clase: ☐
Extranjería: ☒ Expedida en: Bogota	Distrito N°		Segunda clase: ☐
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si ☐ No ☒	Licencia de conducción N°	Categoría

II. PERFIL LABORAL

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

Me he desempeñado en el área de construcción en diferentes obras del sectos privados

II. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si ☑ No ☐	¿En qué empresa? Independiente.	Empleado ☐ Independiente ☑	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Si ☐ No ☒	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si ☐ No ☒	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si ☐ No ☒ Nombre / Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si ☐ No ☒	Nombre / Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio ☒ Amigo ☐ Redes Sociales ☐ Por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si ☒ No ☐	Vive en casa: ¿Familiar? ☐ ¿Propia? ☒ ¿Alquilada? ☐	Nombre del arrendador	Teléfono / ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 2 años
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si ☐ No ☒	Describalo e indique su valor mensual		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $ 1.200.000
¿Por qué conceptos? Alimentacion, pasajes, servicios			¿Cuánto es su aspiración salarial? 1.300.000
¿Cuál es su principal afición? Baseball	¿Practica algún deporte? Si ☐ No ☒ ¿Cuál(es)?		

¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, entre otros?
Si ☐ No ☒ ¿Cuál(es)?

576

466023428

IV. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja	
Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad
N° de personas que dependen económicamente de usted	Parentesco	Edades	
Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)	
Nombre(s) hermanos(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)	

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACION	AÑOS CURSADOS	TITULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCION	CIUDAD
Primaria	1993	6	Certificado primaria	"Juana García Ladera"	Pto Cabello Venezuela
Bachillerato Académico / Técnico / Comercial / Otro	2000	5	Bachiller en Ciencias	"Miguel Peña"	Pto Cabello Venezuela
Educación Superior Técnico					
Tecnológico					
Profesional					
Postgrados					

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

¿Cursa estudios actualmente? Si ☐ No ☐	¿Qué tipo de estudios?	Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa
Nombre de la institución	Horario: Diurno ☐ Nocturno ☐	Fin de semana ☐ A distancia ☐	

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

Sistemas Si ☐ No ☐ ¿Que programas maneja?	1.	R B MB	3.	R B MB			
	2.	R B MB	4.	R B MB			
Idiomas Si ☐ No ☐ ¿Qué idioma(s) conoce?		Escucha	Lectura	Escritura	Habla		
	1.	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB		
	2.	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB		

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

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ÚLTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ÚLTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MÁS DETALLES UTILICE LA ÚLTIMA PÁGINA DE NOTAS ADICIONALES, ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL

Nombre de la última o actual empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Independiente	Construccion	Barrio Parcisa	

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Ayudante de obra	Obras	D 03 M 10 A 22	D 02 M 02 A 23	$ 1'200.000	$ 1.250.000

Funciones realizadas: Ayudante de maestro de obra

Nombre de su jefe inmediato: Luis Caamboa — Cargo: Maestro de obra

Logros obtenidos:

Tipo de contrato Indefinido ☒ Fijo ☐ ¿Cuánto tiempo? — Contrato directo con la empresa ☐ Contrato por medio de agencia ☐ — Otro ☐ ¿Cual?

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

Motivo del retiro: Culminación de obra

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Independiente	Construccion	Barrio Paraiso	

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Ayudante de Obra	Obras	02 / 04 / 22	15 / 09 / 22	$ 1.200.000	$ 1.200.000

Funciones realizadas: Ayudante de maestro de obra

Nombre de su jefe inmediato: Luis Gamboa — Cargo: Maestro de Obra

Logros obtenidos:

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

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

Motivo del retiro: Culminación de obras

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

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

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato — Cargo

Logros obtenidos

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

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

Motivo del retiro

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Ledigildo Salas	Vendedor	barrio El Lucero	3223464158
2.				

Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Jose C. Basora	Docente de Ingles	Paraiso	3138269667
2.				

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. [ ] Marque con una X

Nota importante

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

Certificación

Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mi, en la presente hoja de vida, son veraces (C.S.T, Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis)

Firma del solicitante

C.C.

577

REPÚBLICA DE COLOMBIA

PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

NO. 4985998

COL

BASORA SILVESTRE
APELLIDOS

JOSE
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

M
SEXO

14380936
DNI Nro.

18-01-1981
FECHA DE NACIMIENTO

24-05-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

VISIBLES



Josebasor
FIRMA

E1716705

INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL4985998<<0<<<<<<<<<<<<<<<
8101187M3105308VENE1716705<<<5
BASORA<SILVESTRE<<JOSE<<<<<<<<

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **SOLUCIONES EN GEOMATICA E INGENIERIA SAS**, identificada con **NI** número **901378038**, aportó por el empleado **LISMAR ROSSANA MALDONADO MEDINA** identificado(a) con **CC** número **1010218201** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 05 - 2023 y 06 - 2023 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
[illegible]	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$1,500,000	0.04000	$60,000	$0	$0	Mayo - 2023	68951982	12/07/2023	Si
230301	Porvenir	1															0		30	$1,500,000	0.16000	$240,000	$0	$0	Mayo - 2023	68951982	12/07/2023	Si
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1															0		30	$1,500,000	0.06960	$104,400	$0	$0	Mayo - 2023	68951982	12/07/2023	Si
EPS005	Sanitas EPS	1															0		30	$1,500,000	0.04000	$60,000	$0	$0	Junio - 2023	68951982	12/07/2023	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los 12 días del mes Julio de 2023

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

573

Colmena Seguros

CONSTANCIA DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

Colmena Seguros se permite dar constancia que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguentes datos:

NOMBRE:	MORENO RENTERIA LUIS ALEXIS
IDENTIFICACIÓN:	CC 1077425902
INICIO VIGENCIA:	16/05/2023
TIPO DE TRABAJADOR:	Dependiente
CARGO:	OFICIAL DE OBRA
SALARIO:	1.160.000
ESTADO ACTUAL:	VIGENTE
CLASE:	5
TASA:	6,96

DATOS COTIZANTE

RAZON SOCIAL:	CONSORCIO VAPA
CC /NIT:	NI 901669477
CONTRATO:	1198097
SEDE:	PRINCIPAL
CENTRO DE TRABAJO:	OBRA-MIRADOR EL PARAÍSO A
INICIO VIGENCIA:	09/02/2023
ESTADO ACTUAL:	ACTIVO

La presente se expide a los 15 días del mes de mayo del año 2023.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 4010447 en Bogotá.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
Colmena Seguros de Vida S.A. | Colmena Seguros Riesgos Laborales S.A.

Cordialmente.

Gerente de Servicio
Colmena Seguros

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 15/05/2023 15:26:22. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9010046853

9010046853

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
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
MORENO	RENTERIA	LUIS

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1077425902	Femenino [ ] Masculino [X]	D 15 D M

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL
	Tipo F N M Condición T P			COLMENA RIESGOS PROFESIONALES S.A

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia — Dirección	Teléfono fijo
$1.600.000		

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

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

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

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

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

24. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer 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	29. Parentesco
B1					D D M M A A A A	
B2					D D M M A A A A	
B3					D D M M A A A A	
B4					D D M M A A A A	
B5					D D M M A A A A	

	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia — Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfo
B1										
B2										
B3										
B4										
B5										

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	
C	
B	
B	
B	

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante
CONSORCIO VAPA	NT	901669477	

39. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio /
CL 105 A 14 92 OF 615	3213757097		BOGOTA

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 d
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 adicional
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 afiliaci
entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente
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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MORENO RENTERIA LUIS ALEXIS** identificado(a) con **CC** número **1.077.425.902** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de diciembre 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 15 de mayo 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

202305151712

Bogotá DC. 16 de Mayo 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 16/5/2023, 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 1077425902
Nombres y Apellidos	LUIS ALEXIS MORENO RENTERIA
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NIT 901669477
Razón Social Empleador	CONSORCIO VAPA
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	15/5/2023
Fecha de Ingreso a Compensar	16/5/2023
Cargo	OFICIAL DE OBRA
Horas Labor Mes	240
Sueldo básico	$ 1600000

LUIS

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a CONSORCIO VAPA, 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 5892-14

IQNet

FOR-PGIE-044

VIGILADO SuperSubsidio

580

Colmena Seguros

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

MORENO RENTERIA LUIS ALEXIS

CC 1077425902

Nit 901669477 CONSORCIO VAPA

BOGOTA D.C.

República de Colombia - Sistema General de Riesgos Laborales

¿Qué hacer en caso de un Accidente de Trabajo?

- Comunícate con la Línea Efectiva o informale de inmediato a tu jefe.
- La Línea Efectiva te indicará en cuál I.P.S. serás atendido.
- La Línea Efectiva es el canal directo en donde puedes pedir asistencia en salud las 24 horas.
- La persona responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo, deberá tramitar a través de la oficina virtual en el portal web el Accidente de Trabajo.
- Como consecuencia del Accidente de Trabajo, se realizará el traslado del paciente en ambulancia terrestre; en caso de no conocer el riesgo y a criterio médico, se coordinará el traslado en taxi o vehículo particular al centro hospitalario o residencia.

Línea Efectiva: Medellín / 24 horas

Bogotá 401 0447 | Medellín 444 1346 | Cali 403 6400 | Barranquilla 353 7559

Otras ciudades 018000-9-19667

Fuera del país (571) 658 18 01

01 866 2070958

www.colmenaseguros.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.077.425.902**

MORENO RENTERIA

APELLIDOS

LUIS ALEXIS

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-ENE-1984**

QUIBDO
(CHOCO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

30-NOV-2004 QUIBDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00808006-M-1077425902-20160401 0049141119A 1 1673057605

CL74 A SUR 27B 14

581

Powered by CamScanner

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE forma minerva 10-00

Ciudad	Fecha	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
Bogota D.C	D 24 M 04 A 2023	oficial de construccion	

I. DATOS PERSONALES



Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
moreno	Renteria	Luis Alexis

Profesión, ocupación u oficio	Años de experiencia laboral	¿Cuánto es su aspiración salarial?
Oficial de construccion	10	$

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento	(*) Estado civil
Quibdo (choco)	D 15 M 01 A 1984	

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
C174 A-Sur # 27B-14	Bella flor	3223749687

Cédula de ciudadanía: Nº	(**) Libreta militar Nº	
1.077.425.902	Distrito Nº	Primera clase: ☐ Segunda clase: ☐
Expedida en: Quibdo		

Licencia de conducción	¿Vivienda propia?	Nombre del arrendador	Teléfono	Valor del arriendo
	Si ☐ No ☒			

¿Está trabajando actualmente?	¿En qué empresa?		Tipo de contrato
Si ☐ No ☒		Empleado ☐ Independiente ☐	

II. EDUCACION Y APTITUDES

Primaria	Establecimiento	Ciudad	Ultimo grado cursado	Fecha
Bachillerato	Establecimiento	Ciudad	Ultimo grado cursado	Fecha
Educación Superior	Establecimiento	Ciudad	Años cursados	Fecha
	Título obtenido y/o especialidad		Tipo de formación: Técnica ☐ Tecnológica ☐ Profesional ☐	

¿Qué estudios realiza actualmente?	Horario:

III. EXPERIENCIA LABORAL

Nombre de la última o actual empresa	Dirección	Teléfono(s)
Grabados Arias	Cl 74 A Sur # 27B 13	3016679503

Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
Wilmer Arias Lara	Auxiliar de produccion

Funciones realizadas
Funciones Varias

Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final o actual
9 marzo 2022	23 Diciembre 2022	$ Minimo	$ Minimo

Motivo del retiro
Salida Voluntaria

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

	Dirección	Teléfono(s)

Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted

Funciones realizadas

Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final
		$	$

Motivo del retiro

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

© LEGIS. Prohibida la reproducción total o parcial de esta publicación en cualquier medio sin autorización escrita de LEGIS. Ley 23 de 1982 y demás normas concordantes y complementarias sobre derechos de autor y propiedad intelectual.

IV. TRAYECTORIA POR EMPRESAS (Marque con una (X) en que clase de empresa ha trabajado e indique experiencia)

AGRICULTURA		Textiles y Confecciones		Metalurgia		COMERCIO		SALUD	
GANADERIA / AVICULTURA		Cuero y Calzado		Maquinaria		HOTELES Y RESTAURANTES		EDUCACION	
MINERIA		Papel y Cartón		Automotores		TRANSPORTE		SEGUROS	
PETROLEO / GASOLINA		Editorial y Artes Gráficas		Muebles		BODEGAJE		VIGILANCIA	
INDUSTRIA		Químico y Farmacéutico		Reciclaje		COMUNICACIONES		OTRO _____	
Alimentos y Bebidas		Caucho y Plástico		ELECTRICIDAD / GAS / AGUA		FINCA RAIZ		_____	
Tabaco		Vidrio, Cerámica y Cemento		CONSTRUCCION		INFORMATICO	X		

V. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja
Girley Mendoza Calera	Ama de casa	Restaurante

Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad

Nº de personas que dependen económicamente del solicitante	Parentesco	Edades
5	Esposa e hijos	9-18-16-20-

Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio

VI. REFERENCIAS PERSONALES (Indique dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores)

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.-				
2.-				

VII. INFORMACION ADICIONAL

¿Quien le sugirió solicitar empleo en esta empresa?	Anuncio ☐ Amigo ☐ Agencia ☐ Otro ☐	¿Lo recomienda alguien que trabaja en esta empresa?	Si ☐ No ☐
Nombre de la persona que lo recomienda		División o departamento	
Si tiene parientes en esta empresa menciónelos			

Nota importante

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

Certificación

Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mi, en la presente hoja de vida son veraces (C. S. T., Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano§ 1057 (Legis).

Firma del solicitante

LUIS

C.C.

VIII. ADMINISTRACION PROCESO DE SELECCION (Espacio exclusivo para el empleador)

Concepto primer entrevistador:

	Vo. Bo. como candidato. Firma	Fecha

Concepto segundo entrevistador:

	Vo. Bo. como candidato. Firma	Fecha

		Fecha
Candidato seleccionado definitivamente Si ☐ No ☐	Contrátese a partir del	Sueldo $
Candidato elegible próximamente Si ☐ No ☐	Cargo	Tipo de contrato

Referencias verificadas por	Primer entrevistador	Segundo entrevistador	Firma de quien autoriza contratación

582

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.077.425.902**

MORENO RENTERIA

APELLIDOS

LUIS ALEXIS

NOMBRES

Luis S

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **15-ENE-1984**

QUIBDO
(CHOCO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

30-NOV-2004 QUIBDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00808006-M-1077425902-20160401 0049141119A 1 1673857805

CLL 74 A SUR 27B 14

BOGOTÁ D.C
02/03/2023

CERTIFICADO LABORAL

Que el señor **LUIS ALEXIS MORENO** con c/c 1.077.425.902 quien laboro para nosotros como oficial de construcción desde el 01/08/2021 hasta 10/10/2022 Durante todo este tiempo demostró ser una persona honesta trabajadora y con alto grado de responsabilidad en los labores asignados.

GRACIAS POR SU ATENCIÓN PRESTADA

ATT
WILMAR ARIAS
C/C 79.909.1177
CEL: 3016679503

583

BOGOTA D.C MARZO 02 2023

A QUIEN CORRESPONDA

RECOMENDACIÓN PERSONAL

Certifico atreves de este documento que conozco de vista y trato desde más de 10 años con el señor **Luis Alexis Moreno Rentería** identificado con cedula de ciudadanía número 1.077.425.902 de Quibdó choco en tiempo se ha destacado por ser una persona honesta trabajadora de gran responsabilidad y cumplimiento de sus obligaciones, razones suficientes para recomendarlo con toda seguridad

Atentamente

YONIS ENRIQUE ARIZA GARCIA

Cedula 12.636.913

Cedula 3203669721