Inscripción Trabajador

RADICADO

Número de Trámite
2300241938

Fecha
12/04/2023 14:52:33

DATOS EMPRESA

Tipo de Identificación *
NIT

Número de Identificación *
860402376

Dígito de Verificación *
1

Razón Social
EQUIVIBROS SAS

Sucursal

ANEXOS

¿Va a presentar documentos para acreditar derecho a pago de cuota monetaria? *

( ) Si (•) No

DATOS TRABAJADOR

Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *
71944232

Primer Apellido *
espinosa

Segundo Apellido
espinosa

Primer Nombre *
oscar

Segundo Nombre
alberto

Correo Electrónico *
oscarespinosa908@gmail.com

Fecha de Expedición *
12/08/1993

Lugar de Expedición
APARTADÓ

Fecha de Nacimiento *
19/02/1974

Nacionalidad *
COLOMBIANA

Estado Civil *
Soltero

Sexo *
Masculino

Dirección de Correspondencia *
CL 77 73 H13 SUR
Seleccionar Dirección

Departamento *
Bogotá D.C.

Ciudad *
BOGOTA

Teléfono

Celular
3007325723

Fecha Inicio de Contrato *
2023-04-13

Total Horas Mes *
192

Tipo de Salario *
Básico - FIJO

Salario Básico *
1160000

Comisiones
0

Total Sueldo Mes *

1160000

Departamento Sede de Trabajo *

Bogotá D.C.

Ciudad Sede de Trabajo *

BOGOTA

Trabaja en el Sector Agropecuario *

○ SI ◉ NO

Trabaja en Otra Empresa *

○ SI ◉ NO

Trabajador es Veterano de la Fuerza Pública *

○ SI ◉ NO

DATOS DE PERSONA(S) A CARGO

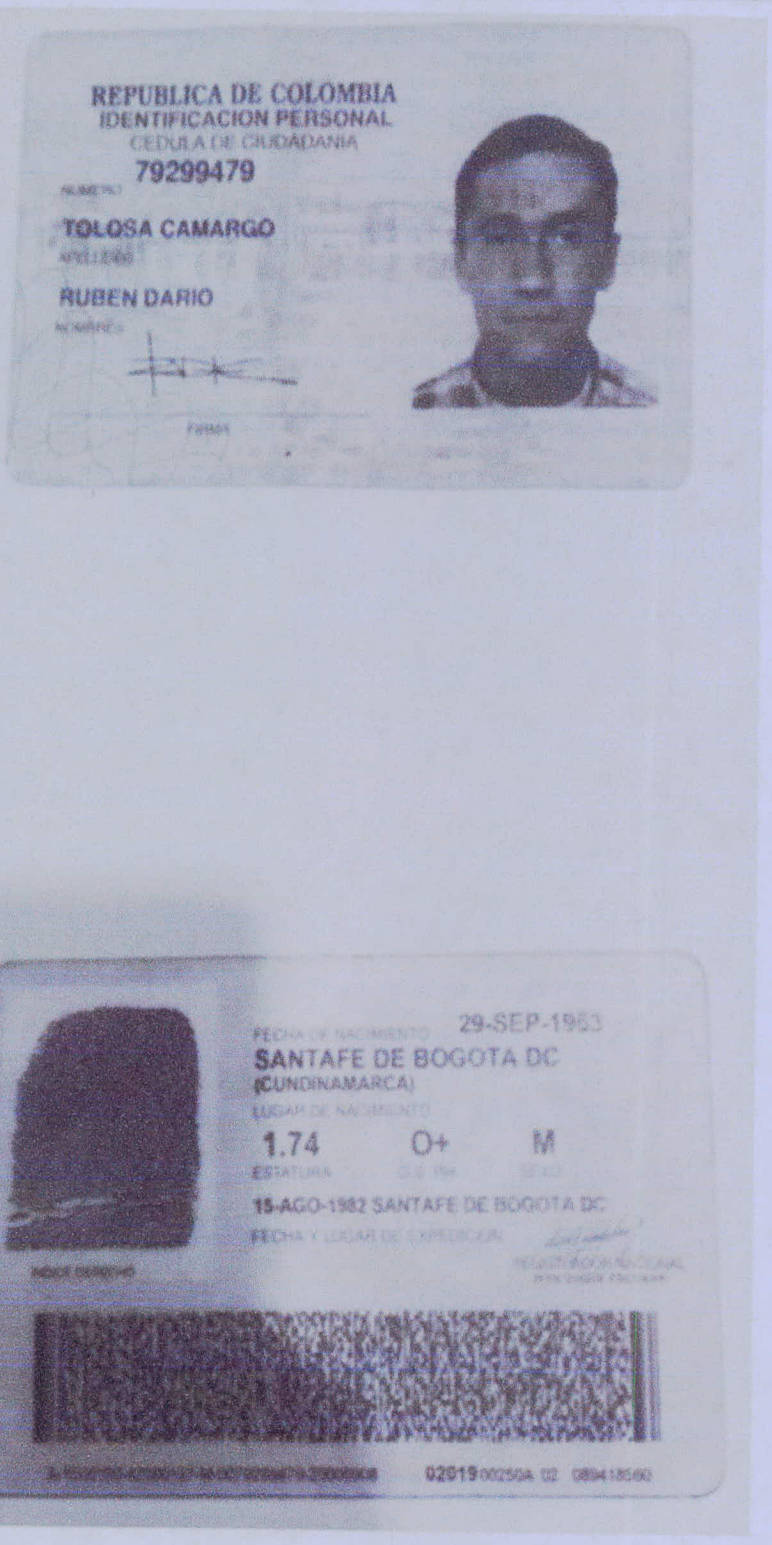
PERSONA(S) A CARGO

Autorizo el manejo de los datos personales y envío de notificaciones del trámite mediante medios electrónicos *

◉ SI

POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Enviar



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
79299479

TOLOSA CAMARGO

RUBEN DARIO

FIRMA

29-SEP-1963
SANTAFE DE BOGOTA DC
(CUNDINAMARCA)

1.74 O+ M

15-AGO-1982 SANTAFE DE BOGOTA DC

ARL | sura

Medellín, 06 de Marzo de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de BELZCON SAS, en el centro de trabajo 0000000005 - BOGOTA OBRA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C79299479	TOLOSA CAMARGO RUBEN DARIO	01/03/2023		29j22521	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C520106812306558498

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 06/03/2023 16:14:24 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.154.60.102, 192.230.104.9, 172.16.42.57 301

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Salud Total EPS

Bogotá, Septiembre 16 de 2022

Señor:
TOLOSA CAMARGO RUBEN DARIO
CC. 79299479
CL 71 B 100 A 27 IN 4 AP 106 - 3112025
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Julio 28 de 2013. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
RRES ROCHA BLANCA CECILIA	1006002271	C	Dic-21-2016	52	26	COMPANERO(A)	VIGENTE			Ninguna
LOSA TORRES NICOLAS DAVID	1023304993	R	Abr-30-2017	60	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
TOLOSA CAMARGO RUBEN DARIO	79299479	C	Jul-28-2013	52	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CONSORCIO ALIANZA PORTAL AMERICAS	79299479	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO ALIANZA PORTAL AMERICAS	79299479	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO ALIANZA SAN ANTONIO	79299479	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO ALIANZA SAN ANTONIO	79299479	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO ALIANZA SITP	79299479	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO ALIANZA VIAL SITP	79299479	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO ALIANZA YDN MO	79299479	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO CORREDOR VIAL	79299479	Dependiente	CERRADO
EMPRESA DE SERVICIOS TEMPORALES SAS	79299479	Dependiente	VIGENTE
TOLOSA CAMARGO RUBEN DARIO	79299479	Trabajador Independiente	CERRADO
YAMIL SABBAGH CONSTRUCCIONES SA	79299479	Dependiente	CERRADO
YAMIL SABBAGH CONSTRUCCIONES SA	79299479	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

302

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **RUBEN DARIO TOLOSA CAMARGO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79299479,** se encuentra afiliado/a desde **01/11/2015** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 23 de febrero de 2023.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA VIGILADO

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

303

Colsubsidio
Con todo lo que te mereces

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) RUBEN DARIO TOLOSA CAMARGO identificado(a) con CC No. 79299479, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de BELZCON SAS con NIT 9012528607:

- Fecha de afiliación a la Caja: 01/03/2023.
- Fecha de ingreso a la empresa: 01/03/2023.

JOSÉ LEONARDO GONZÁLEZ VEGA
Jefe de Sección Afiliación y Postulación

Bogotá D.C. 01/03/2023

304

Vigilado SuperSubsidio

Powered by CamScanner

F3

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MEDICAS LABORALES

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9



AMEDICA MR SAS - IPS
T: 900170994

Consecutivo: 79299479 - 553093

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	24/02/2023 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	RUBEN DARIO TOLOSA CAMARGO	**Identificación:**	79299479
Género	MASCULINO **Edad:** 59	**Teléfono**	NA **Móvil:** 3112025613
Fecha Nacimiento:	29/09/1963	**Cargo:**	DIRECTOR DE OBRA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección	CL 77 B # 102 A 17	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	PROFESIONAL	**AFP:**	COLPENSIONES
Empresa	BELZCON SAS		

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MEDICAS LABORALES

s evaluaciones médicas ocupacionales hacen parte del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, que desarrolla el npleador como parte de la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Por este motivo le hacemos entrega de las recomendaciones, observaciones y/o restricciones laborales según corresponda, de los resultados de su evaluación médica ocupacional:

REMISIONES

NO

RECOMENDACIONES GENERALES

HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.

OBSERVACIONES

NOTA: : Se solicita al trabajador presentar constancia ante el empleador del seguimiento realizado ante la entidad de salud correspondiente para el cumplimiento de las anteriores recomendaciones médicas laborales, en cumplimiento a la Resolución 0312 de Febrero/2019.

BELZCON SAS

Dra. Erika Sierra Blanco
ESP. Salud - Ocupacional
RM 761069
LSO 11596/2018

ERIKA MARIA SIERRA BLANCO 11596/2018 761069
Médico Especialista en Salud Laboral

Firma encargado SG - SST

Firma recibido trabajador

Powered by CamScanner

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS			
CARGO:		DIRECTOR DE OBRA	
DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos para el cargo en mención. De acuerdo a su actividad se presentan las normas de seguridad que se deben tener en cuenta y los elementos de protección personal que debe utilizar.			
ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: Casco blanco, protector auditivo de inserción, Botas de seguridad di eléctricas, botas de seguridad de caucho, gafas de seguridad, chaqueta o chaleco reflectivo, tapabocas.			
PELIGROS EXISTENTES EN SU LABOR (La calificación y nivel de exposición la puede encontrar en la MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS EVALUACIÓN DE RIESGO Y DETERMINACIÓN DE CONTROLES).			
X	• **FÍSICOS:** Ruido • Equipos, máquinas y herramientas: retroexcavadora, mini cargador, taladro, canguro, martillo, herramientas manuales de impacto, etc. • Confort térmico Desarrollo de actividades a la intemperie (Día o Noche). • Radiaciones no ionizantes (radiación UV, visible, infrarroja, microondas y radiofrecuencia) Generado por trabajos con alta exposición a la radiación solar.	X	• **PSICOSOCIALES:** • GESTIÓN ORGANIZACIONAL, (Estilo de mando, manejo de cambios). • Características de la organización del trabajo (comunicación, demandas cualitativas de la labor). • Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo). • Condiciones de la tarea (carga mental, demandas emocionales, sistemas de control). • Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos).
X	• **CONDICIONES DE SEGURIDAD:** • TECNOLÓGICO, Explosión por presiones. • MECÁNICO Elementos o partes de herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos. • Objetos del entorno y manejo diario (herramientas manuales, materiales o elementos de trabajo). • Eléctrico, baja tensión (inferior a 10 KV), incendio, alta carga combustible, • Derrames, superficies de trabajo, defectos del piso (lisos, irregulares, húmedos) • LOCATIVO, ALMACENAMIENTO, ORDEN Y ASEO. • Accidentes de tránsito, delincuencia y	X	• **FENÓMENO NATURAL:** • Inundación • Lluvias Torrenciales ubicación del proyecto geográficamente. • Sismo Por ubicación geográfica. • Tormentas Eléctricas y Lluvias Fuertes (torrenciales, periodos de ola invernal). • Factores climáticos y del medio ambiente. • PUBLICOS: Atracos, robos, atentados, asonadas. • **BIOMECANICOS:** • Posturas prolongadas • Sobresfuerzos • Posiciones anti gravitacionales

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

	desorden público, desplazamientos a zonas de riesgo en donde se encuentran los frentes de obras.		• Movimientos repetitivos • Manipulación0078 de Cargas
X	• **BIOLÓGICOS:** Virus, bacterias, uso de baños públicos o baterías.	X	• **QUÍMICOS:** Polvo orgánico e inorgánico (polución por cercanías a carretera)

RESPONSABILIDADES SST: (Según Decreto 1072 de 2015, Artículo 2.2.4.6.10. Responsabilidades de los trabajadores) Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo

- Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas
- Procurar el cuidado integral de su salud
- Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.
- Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo. Utilizar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST
- Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG–SST.

OTRAS RESPONSABILIDADES:

- Conocer los procedimientos de emergencias, ejecutar simulacros asociados al manejo de dichas emergencias.
- Conocer y aplicar los procedimientos, instructivos, definiendo técnicas de seguridad para la operación
- Asignar espacios y recursos necesarios para realizar capacitaciones e inducciones.
- Proponer mejoras sobre contenidos evaluación de desempeño.
- Conocer y contribuir a la identificación factores de salud pública que puedan afectar a los colaboradores en área para proponer esquemas de control.
- Contribuir a definir estándar para el control de las condiciones de orden y aseo (procedimiento, instructivo, check list).
- Hacer uso de los EPP.
- Mantener buenas condiciones posturales.
- Convocar e involucrar para cualquier cambio o actividad a los profesionales requeridos para el desarrollo de la tarea (Residente, SST, Ambiental, Topógrafo, Mecánico, etc)
- No permitir que el personal a cargo manipule ningún tipo de maquinaria o herramienta si no conoce funcionamiento.
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la cedula de ciudadanía.
- Reporte oportunamente cualquier accidente, incidente de trabajo o condición insegura.

DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO: una vez el personal se retire o se termine el contrato, tiene derecho a examen de egreso.

Belzcon Construcción Proposítiva	NOTIFICACIONES DE RIESGO	BLZC -FR-SST-29 VERSIÓN: 01 PÁG. 1 de 3 01/12/2022

Yo Ruben Dario Tobon C identificado con la C.C. Nº 79.294.479 de Bta conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE DIRECTOR DE OBRA, la cual se firma el día 24/02/23 en la ciudad de Bogotá.

DIRECTOR DE OBRA

COORDINADOR / INSPECTOR SISO

NOMBRE: Ruben Dario Tobon C	CEDULA: 79.294.479	CARGO: Director Obra DU	RH: O+.
DIRECCIÓN: Calle 77 B # 102A-19	TEL/CEL:	LOCALIDAD: Engativa	EDAD:
FECHA DE NACIMIENTO: 24-sep-1963	SUMINISTRO DE MANO DE OBRA:	CORREO: NO rubentobon@hotmail.com	
ARL: SURA	EPS: Salud Total	AFP: Colpensiones.	
FECHA DE EXÁMENES MÉDICOS: 24-02-2023	RESTRICCIONES MÉDICAS: ¿SI	NO X	CUÁL?
NOMBRE Y TEL. DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:	ALERGIAS: ¿SI	NO X.	CUÁL?
FIRMA EMPLEADO:	FECHA: 24-02-2023		

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Belzcon Construcción Propositiva	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	BLZC-FR-SST-09 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 2022/12/01

FECHA: Marzo 6/2023 CIUDAD: Bogotá CEDULA: 79.299.479

NOMBRE: Ruben Dario Tolosa Camargo

CARGO: Director de Obra INDUCCIÓN X REINDUCCIÓN ___

ASIMILACIÓN DEL TEMA

ASOCIE LAS IMÁGENES SEGÚN SU SIGNIFICADO:

1. PELIGRO
2. ENFERMEDAD LABORAL (EL)
3. SALUD, SEGURIDAD, MEDIO AMBIENTE Y CALIDAD
4. ACCIDENTE DE TRABAJO (AT)









309

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Belzcon Construcción Propositiva	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	BLZC-FR-SST-09 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 2022/12/01

5. En la Política de Seguridad y Salud en el trabajo:

a. Encontramos los integrantes del COPASST.
b. Encontramos que la gerencia general no está comprometida.
c. Encontramos los recursos y a quien está dirigida la política.

6. Política no tabaquismo, no alcoholismo, no drogadicción busca:

a. Condiciones de trabajo seguras, sanitarias y eficientes para los empleados.
b. Que tome licor en mi jornada laboral.
c. Estimular actos inseguros.

7. Uno de los objetivos de gestión integral HSEQ es:

a. Prevenir la ocurrencia de incidentes (accidentes) y enfermedades laborales.
b. Revisar los puestos de trabajo y rotar a los trabajadores.
c. Documentar quien no lee los procesemos.

8. Reglamento interno de trabajo de se debe:

a. Publicar en la sala de la casa de los trabajadores.
b. En las oficinas y campamentos de Belzcon SAS
c. En los baños de los hombres.

9. Reglamento de higiene y seguridad y salud en el trabajo me informa sobre;

a. Los peligros a los que estoy expuesto y los EPP que debo usar en mi trabajo.
b. Donde puedo ir a lavarme las manos en la oficina.
c. Donde puedo correr en las instalaciones.

10. Como debo comunicar a BELZCON SAS si tengo una enfermedad común o una enfermedad profesional y las recomendaciones que me hacen al respecto:

a. Por escrito al área de Gestión Humana.
b. De forma verbal a mis compañeros de trabajo.
c. De forma verbal a mi jefe directo.

11. El reporte de todo accidente de trabajo o incidente lo debo realizar de inmediato a la ARL, al responsable en seguridad y salud en el trabajo de obra o gestión humana así no me genere suspensión de actividades:

a. Si
b. No
c. Depende de la ARL

Powered by CamScanner

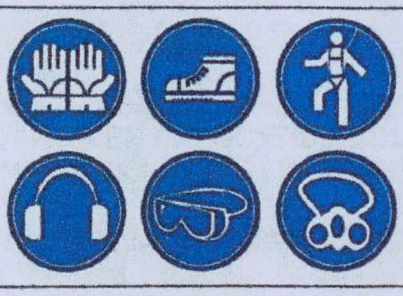
Belzcon Construcción Propositiva	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	BLZC-FR-SST-09 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 2022/12/01

MARQUE CON UNA X FALSO O VERDADERO UE CON UNA X		Falso	Verdadero
12. No importa en qué estado me encuentre, lo importante es trabajar.		X	✓
13. Estos son peligros físicos.		✓	X
14. Estos son peligros de seguridad.		✓	X
MARQUE CON UNA X FALSO O VERDADERO UE CON UNA X FALSO O VERDADERO		**Falso**	**Verdadero**
15. El trabajador en la imagen realiza sus actividades eficientemente.		X	✓

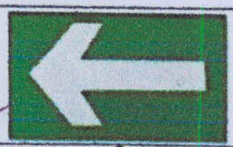
Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Belzcon Construcción Propositiva	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	BLZC-FR-SST-09 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 2022/12/01

16. El mal uso de esta HERRAMIENTA se debe reportar al encargado de SST, COPASST O JEFE DIRECTO.		✓	X
17. Estos no son elementos de protección personal.		X	✓
18. Estos son peligros naturales		✓	X
19. Debo participar en todas las CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES a las cuales sea invitado por BELZCON SAS		✓	X
20. En caso de un accidente de trabajo debo dar aviso lo más pronto posible al jefe inmediato o persona encargada de seguridad y salud en el trabajo.		✓	X

ASOCIE LAS IMÁGENES SEGÚN SU SIGNIFICADO:

21. EQUIPO CONTROL FUEGO	A ✓	
22. PUNTO DE ENCUENTRO	B ✓	

312

Powered by CamScanner

Belzcon Construcción Propositiva	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	BLZC-FR-SST-09 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 2022/12/01

23. RUTA DE EVACUACIÓN	B	✓	
24. ADVERTENCIA	A	✓	

EVALUACIÓN AL MÉTODO, USO Y FACILITADOR

Contesta a continuación:	SI	NO	Observaciones
¿Aprendiste algo?	X		
¿Crees que lo puedes aplicar en tu trabajo?	X		
¿Crees que el facilitador domina el tema?	X		
¿Fue agradable la metodología de la capacitación?	X		
¿Qué se puede mejorar en la próxima capacitación?	Que se genere por grupos mínimos de personas para optimizar el tiempo del profesi. ✓		

Para aprobar el examen la calificación mínima debe ser SUPERIOR A 4.0, de no ser así se deberá realizar nivelación al evaluado hasta tanto apruebe.

Calificación total 4.6 Aeg.

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

Belzcon Construcción Proactiva	NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS	BLZC -FR-SST-05 VERSIÓN: 01 PÁG. 1 de 2 01/12/2022

Bogotá 01 de marzo 2023

Señor(a): TOLOSA CAMARGO RUBEN DARIO
CC.: 79.299.479
Asunto: NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS
La Ciudad

Por medio de la presente la empresa **BELZCON SAS,** se permite notificar las recomendaciones médicas ocupacionales emitidas como resultado de su examen médico de **INGRESO,** realizado el día 24/02/2023, en su **IPS ZONA MEDICA,** como cargo **DIRECTOR DE OBRA,** evidencias necesarias para el seguimiento a dichas recomendaciones.

Agradecemos su colaboración y el estricto cumplimiento de lo anterior solicitado y de la implementación del autocuidado previendo lo mejor para su bienestar.

APTO PARA ALTURAS SI () NO () NO APLICA (X)

RESTRICCIONES: SI () NO (x)

RECOMENDACIONES:

- Hábitos de vida saludable
- Pausas Activas
- Uso de EPP según su actividad
- Control médico ocupacional anual

FIRMA RESPONSABLE SGSST

TRABAJADOR

314

Powered by CamScanner

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MEDICAS LABORALES

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9



ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994

Consecutivo: 79299479 - 553093

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	24/02/2023 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	RUBEN DARIO TOLOSA CAMARGO	**Identificación:**	79299479
Género	MASCULINO **Edad:** 59	**Teléfono**	NA **Móvil:** 3112025613
Fecha Nacimiento:	29/09/1963	**Cargo:**	DIRECTOR DE OBRA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección	CL 77 B # 102 A 17	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	PROFESIONAL	**AFP:**	COLPENSIONES
Empresa	BELZCON SAS		

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MEDICAS LABORALES

Las evaluaciones médicas ocupacionales hacen parte del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, que desarrolla el empleador como parte de la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Por este motivo le hacemos entrega de las recomendaciones, observaciones y/o restricciones laborales según corresponda, de los resultados de su evaluación médica ocupacional:

REMISIONES

NO

RECOMENDACIONES GENERALES

HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.

OBSERVACIONES

NOTA: : Se solicita al trabajador presentar constancia ante el empleador del seguimiento realizado ante la entidad de salud correspondiente para el cumplimiento de las anteriores recomendaciones médicas laborales, en cumplimiento a la Resolución 0312 de Febrero/2019.

BELZCON SAS

Dra. Erika Sierra Blanco
ESP. Salud - Ocupacional
RM 761069
LSO 11596/2018

ERIKA MARIA SIERRA BLANCO 11596/2018 761069
Médico Especialista en Salud Laboral

Fima encargado SG - SST

Fima recibido trabajador

315


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.104.134.008
GUERRERO DOMINGUEZ
JOSE LUIS


29-ABR-1995
PUERTO WILCHES
(SANTANDER)
1.78
O+
M
19-JUL-2013 PUERTO WILCHES

EPS | sura

ARL | sura

Medellín, 23 de Mayo de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000070 CONSTRUCCION		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96%	
C1104134008	GUERRERO DOMINGUEZ JOSE LUIS	03/08/2022		216231C9	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C11041340082314359135

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 23/05/2023 16:25:35 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.142.171.35, 192.230.104.5, 172.16.42.57

317

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Salud Total EPS

Bogotá, Mayo 23 de 2023

Señor:
GUERRERO DOMINGUEZ JOSE LUIS
CC. 1104134008
CL 38 SUR 91C 17 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Octubre 17 de 2019. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
RANGEL PALOMINO DAYIN NOHELI	1065859148	C	Dic-1-2021	52	26	COMPAÑERO(A)	VIGENTE			Ninguna
IERRERO DOMINGUEZ JOSE LUIS	1104134008	C	Oct-17-2019	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
IERRERO RANGEL IAN JOSE	1141373606	R	Oct-26-2020	52	2	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
GUERRERO ARIAS ARIANNY VALENTINA	1233505278	R	Oct-17-2019	54	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CONSTRUCCIONES CIVILES FRR SAS	1104134008	Dependiente	CERRADO
CONSTRUCCIONES DFL SAS	1104134008	Dependiente	VIGENTE
FORTOX S A	1104134008	Dependiente	CERRADO
GRUPO CONSTRUCTOR ARC SAS	1104134008	Dependiente	CERRADO
INTERGLOBAL SEGURIDAD Y VIGILANCIA LTDA	1104134008	Dependiente	CERRADO
SEGURIDAD TECNOCOL LTDA	1104134008	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

ırdialmente,

JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

318

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 23 de Mayo de 2.023

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información:

Tipo de Identificación	CC
No. de Identificación	1104134008
Nombre	JOSE LUIS GUERRERO DOMINGUEZ
Empresa/Contratante	CONSTRUCCIONES DFL SAS
Identificación Empresa	NIT
No. Identificación Empresa	900814668
Fecha de Afiliación a CCF	2022/05/02
Fecha de Ingreso a la empresa	2022/05/02
Estado	Afiliado
Categoría	A

La presente certificación se expide con destino a A QUIEN INTERESE y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario, considerando solo validos el formato de inscripción, modificación a la Caja de Compensación.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

ISO 9001 icontec

IQNet

FOR-PGIE-0044

VIGILADO SuperSubsidio

319

Salud Ocupacional y Medicina General
Carlos Bernal Sierra NIT 80086785-3
Calle 127 # 19a - 44 consultorio 609 - Bogotá
Cel. 312 454 8354



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 10.777

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
10 DÍA	08 MES	2022 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONSTRUCCIONES DFL SAS	CONSTRUCCIONES DFL SAS

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
GUERRERO DOMINGUEZ JOSE LUIS	MASCULINO	27 AÑOS 3 MESES 12 DÍAS	CC (Tipo)	1104134008 (Número)
	Teléfonos			

Cargo
IDANTE DE OBRA

CEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS — SI

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA TAMIZ	✓	PERFIL LIPÍDICO	✓
VISIOMETRÍA	✓	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
CUADRO HEMÁTICO	✓	EVALUACIÓN OCUPACIONAL ÉNFASIS EN ALTURAS	✓
GLICEMIA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERAL PREVENTIVA ANUAL	USO DE EPP : DE ACUERDO A NECESIDAD	HABITOS SALUDABLES
ESPECIALISTA : OPTOMETRIA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	OTROS : SEGUIR MEDIDAS PREVENTIVAS DE CONTAGIO POR COVID 19	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA : 30 MINUTOS DIARIOS
		DIETA BALANCEADA

AS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CUADRO HEMATICO DE CONTROL EN TRES MESES

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

Médico

Diana Marcela Gil R

Firma:

Nombre: GIL RAMIREZ DIANA MARCELA

R. M.: 86114-2010 **L.S.O.:** 0683

Código de Seguridad
Y367E1K10777

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: GUERRERO DOMINGUEZ JOSE LUIS

CC: 1104134008

320

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:

JOSE LUIS GUERRERO DOMINGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.104.134.008**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Mayo del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

321

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	
CARGO:	AYUDANTE DE OBRA

DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos para el cargo en mención. De acuerdo a su actividad se presentan las normas de seguridad que se deben tener en cuenta y los elementos de protección personal que debe utilizar.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL:
Casco – Protector Auditivo – Botas de Seguridad (Material y/o Caucho) – Gafas de Seguridad – Guantes de carnaza – Guantes de Caucho – Overol (Tela /jean) – Respirador y/o Tapabocas – Capa Impermeable.

RIESGOS EXISTENTES

X	• **FÍSICOS:** Ruido • Equipos, máquinas y herramientas: retroexcavadora, mini cargador, taladro, canguro, martillo, herramientas manuales de impacto, etc. • Confort térmico Desarrollo de actividades a la intemperie (Día o Noche). • Radiaciones no ionizantes (radiación UV, visible, infrarroja, microondas y radiofrecuencia) Generado por trabajos con alta exposición a la radiación solar.	X	• **PSICOSOCIALES:** • GESTIÓN ORGANIZACIONAL, (Estilo de mando, manejo de cambios). • Características de la organización del trabajo (comunicación, demandas cualitativas de la labor). • Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo). • Condiciones de la tarea (carga mental, demandas emocionales, sistemas de control). • Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos).
X	• **CONDICIONES DE SEGURIDAD:** • Tecnológico, Explosión por presiones. • MECÁNICO Elementos o partes de herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos. • Objetos del entorno y manejo diario (herramientas manuales, materiales o elementos de trabajo). • Eléctrico, baja tensión (inferior a 10 KV), incendio, alta carga combustible, • Derrames, superficies de trabajo, defectos del piso (lisos, irregulares, húmedos) • LOCATIVO, ALMACENAMIENTO, ORDEN Y ASEO. • Accidentes de tránsito, delincuencia y	X	• FENÓMENO NATURAL: Inundación • Lluvias Torrenciales ubicación del proyecto geográficamente. • Sismo Por ubicación geográfica. • Tormentas Eléctricas y Lluvias Fuertes (torrenciales, periodos de ola invernal). • Factores climáticos y del medio ambiente. • PUBLICOS: Atracos, robos, atentados, asonadas.

emergencia.

- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (para la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- En caso de trasladar herramienta o materiales, debe hacerse está actividad dentro de la obra para facilitar el paso y el de los peatones del sector, terciar las herramientas (palas, picas, barras, etc.) cuando se requiera de movilizarse por senderos peatonales, para evitar golpear a otros peatones y evitar dejar herramientas en forma descuidada, por tanto, esta se debe ubicar en el lugar correspondiente.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no debe sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra.
- Instalar la tubería dentro de la excavación con la ayuda de maquinaria idónea para tal fin (como la retroexcavadora o la grúa) y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue para esta actividad.
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la cédula de ciudadanía.

Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO: una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen de egreso.

Yo José Luis Cuellar identificado con la C.C. Nº 1104139008 de Pacho Cundinamarca conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE AYUDANTE DE OBRA, la cual se firma el día 05 / 05 / 2023 en la ciudad de Bogotá.

José Luis Cuellar

AYUDANTE DE OBRA

COORDINADOR / INSPECTOR SISO

	desorden público, desplazamientos a zonas de riesgo en donde se encuentran los frentes de obras.		
X	• **BIOLÓGICOS:** Virus, bacterias, uso de baños públicos o baterías.	X	• **QUÍMICOS:** Polvo orgánico e inorgánico (polución por cercanías a carretera)

RESPONSABILIDADES SST: **(Según Decreto 1072 de 2015, Artículo 2.2.4.6.10. Responsabilidades de los trabajadores) Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo**

- Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas
- Procurar el cuidado integral de su salud
- Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.
- Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo. Utilizar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST
- Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG–SST.

OTRAS RESPONSABILIDADES:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de n afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes.
- La operación de los equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento.
- Tanto la herramienta y el quipo debe estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado.
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 mts, y dependiendo de las condiciones del terreno, se debe colocar el entibado correspondiente.
- El personal en excavaciones debe ir acompañado o debe informar la Residente del sector sobre la labor a realizar.
- Retirar a curiosos durante el proceso de excavación, de igual forma se prohíbe que el personal de obra se acerque a la maquina durante la excavación.
- Está prohibido tener combustible en el frente de obra.
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación. Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de

Belzcon Construcción Progresiva	NOTIFICACIONES DE RIESGO	BLZC -FR-SST-29 VERSIÓN 01 PÁG. 1 de 4 01/12/2022

NOMBRE: Jose guerrero	CEDULA: 1104134008	CARGO: Ayudante de obra	RH: O+
DIRECCIÓN: Mz 89 B 15 #90 sur 77	TEL/CEL: 3057904332	LOCALIDAD:	EDAD: 28
FECHA DE NACIMIENTO: 29/09/1995	SUMINISTRO DE MANO DE OBRA:	CORREO: tribiguerrero1021@gmail.com	
ARL: SURA	EPS: Salud Total	AFP: PORVENIR	
FECHA DE EXÁMENES MÉDICOS: 10/08/2022	RESTRICCIONES MÉDICAS: ¿SI	NO X	CUÁL?
NOMBRE Y TEL. DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:	ALERGIAS: ¿SI	NO X	CUÁL?
FIRMA EMPLEADO: Jose Luis Guerrero	FECHA: 05/05/2023		

Belzcon Construcción Propositiva	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	BLZC-FR-SST-09 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 2022/12/01

FECHA: 05/05/2023 CIUDAD: BOGOTA DC CEDULA: CC 1014194008

NOMBRE: HECTOR DOMINGUEZ JOSE LUIS

CARGO: Ayudante de obra INDUCCIÓN X REINDUCCIÓN ____

ASIMILACIÓN DEL TEMA

ASOCIE LAS IMÁGENES SEGÚN SU SIGNIFICADO:

1. PELIGRO

2. ENFERMEDAD LABORAL (EL)

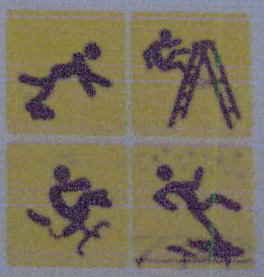
3. SALUD, SEGURIDAD, MEDIO AMBIENTE Y CALIDAD

4. ACCIDENTE DE TRABAJO (AT)









5. En la Política de Seguridad y Salud en el trabajo:

a. Encontramos los integrantes del COPASST.
b. Encontramos que la gerencia general no está comprometida.
x. Encontramos los recursos y a quien está dirigida la política.

6. Política no tabaquismo, no alcoholismo, no drogadicción busca:

x. Condiciones de trabajo seguras, sanitarias y eficientes para los empleados.
b. Que tome licor en mi jornada laboral.
c. Estimular actos inseguros.

7. Uno de los objetivos de gestión integral HSEQ es:

x. Prevenir la ocurrencia de incidentes (accidentes) y enfermedades laborales.
b. Revisar los puestos de trabajo y rotar a los trabajadores.
c. Documentar quien no lee los procesemos.

8. Reglamento interno de trabajo de se debe:

a. Publicar en la sala de la casa de los trabajadores.
x. En las oficinas y campamentos de Belzcon SAS
c. En los baños de los hombres.

9. Reglamento de higiene y seguridad y salud en el trabajo me informa sobre;

x. Los peligros a los que estoy expuesto y los EPP que debo usar en mi trabajo.
b. Donde puedo ir a lavarme las manos en la oficina.
c. Donde puedo correr en las instalaciones.

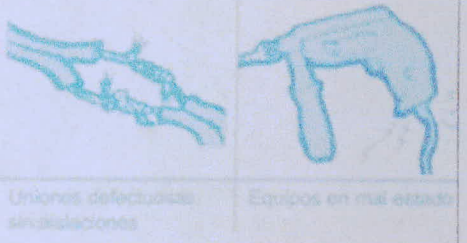
10. Como debo comunicar a BELZCON SAS si tengo una enfermedad común o una enfermedad profesional y las recomendaciones que me hacen al respecto:

a. Por escrito al área de Gestión Humana.
b. De forma verbal a mis compañeros de trabajo.
c. De forma verbal a mi jefe directo.

11. El reporte de todo accidente de trabajo o incidente lo debo realizar de inmediato a la ARL, al responsable en seguridad y salud en el trabajo de obra o gestión humana así no me genere suspensión de actividades:

x. Si
b. No
c. Depende de la ARL

Belzcon Construcción Propositivo	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	BLZC-FR-SST-09 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 2022/12/01

MARQUE CON UNA X FALSO O VERDADERO UE CON UNA X		Falso	Verdadero
12. No importa en qué estado me encuentre, lo importante es trabajar.		X	
13. Estos son peligros físicos.			X
14. Estos son peligros de seguridad.			X
MARQUE CON UNA X FALSO O VERDADERO UE CON UNA X FALSO O VERDADERO		**Falso**	**Verdadero**
15. El trabajador en la imagen realiza sus actividades eficientemente.		X	

Belzcon Construcción Propositiva	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	BLZC-FR-SST-09 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 2022/12/01

16. El mal uso de esta HERRAMIENTA se debe reportar al encargado de SST, COPASST O JEFE DIRECTO.		≠	V
17. Estos no son elementos de protección personal.		X	
18. Estos son peligros naturales			X
19. Debo participar en todas las CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES a las cuales sea invitado por BELZCON SAS			X
20. En caso de un accidente de trabajo debo dar aviso lo más pronto posible al jefe inmediato o persona encargada de seguridad y salud en el trabajo.			X

ASOCIE LAS IMÁGENES SEGÚN SU SIGNIFICADO:

21. EQUIPO CONTROL FUEGO	23	
22. PUNTO DE ENCUENTRO	24	

	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	BLZC-FR-SST-09 VERSION: 01 PAG:1 DE: 1 2022/12/01

23. RUTA DE EVACUACION	22	
24. ADVERTENCIA	21	

EVALUACIÓN AL MÉTODO, USO Y FACILITADOR

Contesta a continuación:	SI	NO	Observaciones
¿Aprendiste algo?	X		
¿Crees que lo puedes aplicar en tu trabajo?	X		
¿Crees que el facilitador domina el tema?	X		
¿Fue agradable la metodología de la capacitación?	X		
¿Que se puede mejorar en la próxima capacitación?			

Para aprobar el examen la calificación mínima debe ser SUPERIOR A 4.0, de no ser así se deberá realizar inducción o inducción hasta lograr aprobar.

Calificación total

	CONSTRUCCIONES DFL S.A.S		
	PROCESO: GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
	RECOMENDACIONES MEDICAS		
Código	Versión	Vigencia	Página
GS-FR-16	3	01/01/2022	Página 1 de 1
Elabora: Johanna Katherine Peña Martin		Revisa: Gerencia	Aprueba: Gerencia

Bogotá, 10 de agosto del 2022

Sr(a): GUERRERO DOMINGUEZ JOSE LUIS

CC. 1104134008

Cargo: AYUDANTE DE OBRA

E.S.M

Apreciado trabajador reciba usted un cordial saludo.

A continuación, le doy a conocer las recomendaciones médicas a seguir después de haberle practicado el examen médico ocupacional el día 10 de agosto del 2022.

RECOMENDACIONES MÉDICAS:

1	VALORACION CON MEDICO GENERAL
2	CONTROL CON ESPECIALISTA DE OPTOMETRIA

El acatar las recomendaciones médicas lo llevará a cuidar su salud y dará cumplimiento al **artículo 22 del decreto 1295/94** y al reglamento interno de trabajo.

Agradezco su valiosa colaboración.

RECIBÍ: _____

(Nombre / Firma/CC)

TRABAJADOR **CONSTRUCCIONES DFL S.A.S.**

ENTREGA: _____

(Nombre / Firma/CC)

RESPONSABLE SST **CONSTRUCCIONES DFL S.A.S.**

ENTREGA DE DOTACIÓN

BLZC-FR-SST-08
VERSIÓN: 01
PAG.1 DE 1
2022/12/01

FECHA			NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	PROYECTO/OBRA
AÑO	MES	DIA			
2023	05	26	José Luis Guerrero Dominguez	Ayudante	

DOTACIÓN

MARQUE CON UNA X TIPO DE DOTACIÓN DE CUERPO A ENTREGAR	CANT	SUPERIOR TALLA	SUPERIOR COLOR	CANT	INFERIOR TALLA	INFERIOR COLOR	OBSERVACIONES	MARQUE CON UNA X TIPO DE DOTACIÓN DE PIES A ENTREGAR	CANT	TAL
CARNAZA (SOLDAR) ☐	1	34	Rojo/Negro					BOTAS DIELÉCTRICAS ☒	1	43
OVEROL ☒								BOTAS DE SOLDADOR ☐		
JEAN ☐								BOTAS CAUCHO ☐		
IMPERMEABLE ☐								OTRO: ☐		
OFICINA/SERV. GENERALES ☐										
CHAQUETA BELZCON /CLIE... ☐										

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

MANOS	CANT	MANOS	CANT	CASCO ☐ BARBUQUEJO ☒ CANT	CASCO COLOR	GAFAS CLARA	GAFAS OSCURA	TAPA OÍDOS INSERCIÓN	TAPA OÍDOS COPA	OBSERVACIONES
VAQUETA		CAUCHO								
CARNAZA (SOLDAR)		NITRILO		1	Amarillo		1	1		

Al firmar el recibo del **elemento de protección personal** como trabajador manifiesto que conozco la forma de uso y me comprometo a portar adecuadamente y reportar a mi jefe directo cualquier daño o deterioro que requiera reposición del elemento de protección personal entregado.

ENTREGA	RECIBE
NOMBRE Gisela Molina	NOMBRE José Luis Guerrero Dominguez
FIRMA	FIRMA Y CEDULA

332

Powered by CamScanner

RF wilver

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. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante: Guerrero Dominguez	Nombre(s) del aspirante: Jose Luis
Fecha de nacimiento: D 29 M 04 A 1995	Lugar de nacimiento: Puerto Wilches Santander
Dirección domicilio / Barrio: Kr 89 B Bis #40 Sur 77 AP 407	Ciudad: Bogotá
Teléfono:	N°. Celular: 3057994332
Correo electrónico: Jrbriguerrero21@gmail.com	Nacionalidad: Colombiano
Profesión, ocupación u oficio: Guarda de Seguridad	(*) Estado civil: Union Libre
	Años de experiencia laboral: 3 años

FOTOGRAFÍA RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cm

DOCUMENTACIÓN

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

Cédula de ciudadanía: X	No. 1104134008	(**) Libreta militar No. 1104134008	Primera clase: X
Extranjería:	Expedida en:	Distrito No.	Segunda clase:
Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo? Si: No: X	Licencia de conducción No.	Categoría

II. PERFIL LABORAL

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

Soy una persona responsable dinamico habituado al trabajo en equipo e individualmente dedicados a mis labores, como mucha responsabilidad asi con alta Vocacion del servicio y atencion al cliente.

III. INFORMACIÓN 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		¿Como tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio: Amigo: Redes Sociales: X Por medio de agencia: Otro: ¿Cual?
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si: No:	Vive en casa: ¿Familiar?: ¿Propia?: ¿Alquilada?: X	Nombre del arrendador: Egberto Jimenez	Teléfono: 3123971563 — ¿Hace cuanto tiempo reside en esta ciudad? 1 mes
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si: No: X	Describalo e indique su valor mensual		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $ 800.000
¿Por qué conceptos?			¿Cuánto es su aspiración salarial? $ 1.200.000
¿Cuál es su principal afición? futbol	¿Practica algún deporte? Si: X No: — ¿Cuál(es)? futbol		

¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si: No: X ¿Cuál(es)?

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

105554502

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañero(a): Dayin Nohely Rangel P.	Profesión, ocupación u oficio: Ama de Casa	Empresa donde trabaja:	
Cargo actual:	Dirección: kr 89 D bis #40 sur 77 AP 401	Teléfono: 3506443149	Ciudad: Bogotá
No. de personas que dependen económicamente de usted: 5	Parentesco: Padres, mujer y hijo	Edades: 64, 56, 27, 1 año	
Nombre(s) padre(s): Beatriz Dominguez	Profesión, ocupación u oficio: Ama de casa	Teléfono(s): 313 801 1960	
Eliecer Guerrero	Discapacitado	313 801 1960	
Nombre(s) hermano(s): Luis Alfonso flores D.	Profesión, ocupación u oficio: Trabaja con cadensa, es oficial	Teléfono(s): 3244810722	
Deimer Caro Dominguez	Trabaja con ellos, es ayudante	3138390142	

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TITULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria	2018	11=		Centro Johann Kepler	Bogotá
Bachillerato Académico [X] Técnico [ ] Comercial [ ] Otro [ ]					
Educación Superior Técnico [ ] Tecnologico [ ] Profesional [ ]					
Posgrados					

	Intensidad horaria	Nombre del programa	Institución
Otros: cursos, diplomados, seminarios.			
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 domino **R-Regular** (50 a 60%) **B-Bueno** (61 a 80%) **MB-Muy Bueno** (81 a 100%)

Sistemas Si [ ] No [ ] ¿Qué 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?	1.	Escucha R	B	MB	Lectura R	B	MB	Escritura R	B	MB	Habla 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: Seguridad 20/20 LTDA	Actividad Económica:	Dirección: Cra 81a #65a06			Teléfono(s): 5493868	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted: Guarda de Seguridad	Área del cargo: Guarda	Fecha Ingreso: 03 01 2017	Fecha Retiro: 05 10 2017		Sueldo Inicial: $1.160.000	Sueldo Final: $1160 000
Funciones realizadas: Recorredor y portero						
Nombre de su jefe inmediato:				Cargo:		
Logros obtenidos:						

Tipo de contrato: Indefinido [X] ¿Cuanto tiempo? 09 meses — Fijo [ ] — Contrato directo con la empresa [ ] — Contrato por medio de agencia [ ] — Otro [ ] ¿Cual?

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

Motivo del retiro: Renuncia

minerva

Nombre de la empresa	Actividad Economica	Dirección	Telefono(s)
Seguridad Tecnocol		Cra 66 #67d-21	3003210

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Area del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Guarda de Seguridad	Guarda	D 29 M 12 A 2018	D 09 M 03 A 2020	$1.150.000	$1150000

Funciones realizadas: Recorredor y portero

Nombre de su jefe inmediato: | Cargo:

Logros obtenidos:

Tipo de contrato: Indefinido [X] ¿Cuánto tiempo? 15 meses Fijo [ ] — Contrato directo con la empresa [ ] Otro [ ] ¿Cuál? — Contrato por medio de agencia [ ]

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

Motivo del retiro: Renuncia

Nombre de la empresa	Actividad Economica	Dirección	Telefono(s)
Intergloba Seguridad Vigilancia LTDA		Carrera 73#49a 10	3205683821

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Area del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Guarda de Seguridad	Guarda	D 29 M 10 A 2020	D 05 M 03 2022	$1.250.000	$1250.000

Funciones realizadas: Atencion al cliente y portero

Nombre de su jefe inmediato: | Cargo:

Logros obtenidos:

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

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

Motivo del retiro: Renuncia

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Juan Alberto Hernandez	Guarda de Seguridad	Bogotá	3142266164
2.	Rosastella Castillo R	Jefa de Enfermeria	Bogotá	3173642252

Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Elver Caro	Independiente	Bogotá	3143522841
2.	Denis Caro	Independiente	Bogotá	3184175472

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 1104134008

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar

NIT 830.003.564-7

9007001358

9007001358

No. de Radicación: 20259545

Fecha de Radicación: 15 09 2020

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. Colectivo		C. Beneficiario	C. Pensionado
	C. Institucional			
	D. De oficio			

Código (a registrar por la EPS):

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

8. Apellidos y nombres			
VELASCO	NEIRA	HAROLD	HUMBERTO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1069720193	Femenino: Masculino: X	21 07 1987

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo: Condición:			SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$1160000				
		Zona: Urbana: Rural:		

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

19. Apellidos y nombres			

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

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

	24. Apellidos y nombres			
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
81				
82				
83				
84				
85				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios 29. Parentesco	30. Etnia
			Femenino / Masculino			
81						
82						
83						
84						
85						

	31. Discapacidad				32. Datos de residencia					33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Tipo		Condición		Municipio / Distrito	Zona		Departamento	Teléfono fijo y/o celular	
	F	N	M	T	P		Urbana	Rural		
81										
82										
83										
84										
85										

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		
81		
82		
83		

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

34. Razón social o apellidos y nombres	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
ESTRUCTURAS MANTENIMIENTO Y	NT	900963334	

39. Ubicación				
CALLE 5B 81A 04 SUR	3203579222		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino: Masculino:		07 04 2023

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. Firma del cotizante, cabeza de familia o representante

55. Si el cotizante, beneficiario o persona responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio no sabe o no puede firmar, imprime su huella dactilar

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: TI: RC: CE: PA: CD: PE: MS:
Cantidad: Total:

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
63. Copia de la autorización del asesino 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 SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del departamento	Número de la ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: OPERADOR DE PLANTA AUXILIAR

71. Firma del funcionario

336

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

Cambio Empleo

INTERNET

ORIGINAL - Cotizante

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO *1.069.720.193

VELASCO NEIRA

APELLIDOS

HAROLD HUMBERTO

NOMBRES

FIRMA



33.7



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-JUL-1987**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.80
ESTATURA

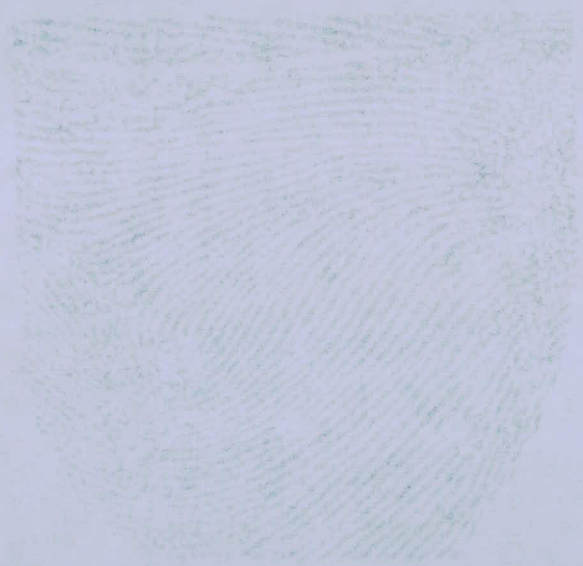
A+
G.S. RH

M
SEXO

29-AGO-2005 FUSAGASUGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1509400-00971372-M-1069720193-20180123 **0059**227073A 1 9902962606



Bogotá, 2 de Mayo de 2023

ARL alfa

seguros de vida alfa s.a
administradora de riesgos Laborales

SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
NIT. 860.503.617-3

CERTIFICA QUE:

HAROLD HUMBERTO VELASCO NEIRA, identificado(a) con CC 1069720193 se encuentra afiliado(a) con esta Administradora, al Sistema General de Seguridad Social en Riesgos Laborales, con la empresa ESTRUMACOL SAS identificada con NIT 900963334, desde el 7 de abril de 2023 a la fecha. Tipo de riesgo CINCO. Tasa. 6.96%

Este certificado se expide a solicitud de la empresa.

Cordialmente.

ARL SEGUROS DE VIDA ALFA S. A.

339

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:

HAROLD HUMBERTO VELASCO NEIRA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.069.720.193**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 2 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.

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el empleado **HAROLD HUMBERTO VELASCO NEIRA.** Identificada con **CC 1069720193,** se encuentra afiliada desde el 07/04/2023 hasta la fecha.

El presente documento se expide a solicitud del interesado, el 02 de Mayo de 2023.

Cordialmente,

Luz Marina Teuta Ríos
Jefe Departamento Subsidio

Av. Cra. 68 No. 90-88 - Sede Administrativa La Floresta
PBX (57)1 646 8000 - cafam.com.co - Bogotá, Colombia

CENTRO MEDICO LABORATORIO CLÍNICO

OLAYA S.A.S

MEDICINA GENERAL
RH. QUÍMICA SANGUÍNEA
PRUEBA DE EMBARAZO
ECOGRAFÍAS - RADIOGRAFÍAS
ORTOPEDIA
MEDICINA ESPECIALIZADA
MAMOGRAFÍA
SALUD OCUPACIONAL
MEDICINA DE TRABAJO

INSCRITO ANTE LA SECRETARIA DE SALUD
CP 1100177 2019102 - NIT. 900172521

IMPORTANTE: no confié su salud a tramitadores ni a la calle, acuda a los centros médicos autorizados por la Secretaría Distrital de Salud.

NOTA: este certificado médico es válido en formato original y con el sello seco.

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

(Según lo dispuesto en las Resoluciones 2346/2007, 1918/2009, 1409/2012 y la NTC 4115)

MOTIVO DE EVALUACIÓN

FECHA: 14/07/22	INGRESO	X	EGRESO		PERIODICO		TRAB. EN ALTURAS		ESPAC. CONFINADOS		MAN. ALIMENTOS
NOMBRE	HAROLD HUMBERTO VELASCO NEIRA								1.069.720.193		

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO	X	AUDIOMETRÍA	X	OPTOMETRIA	X	ESPIROMETRÍA		LABORATORIO CLÍNICO		PRUEBA VESTIBULAR	

INFORMACION DE LA ORGANIZACION

EMPRESA	ESTRUMACOL
CARGO	SOLDADOR

CONCEPTO DE LA VALORACIÓN MEDICA

APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES	X	APTO CON RESTRICCIONES	
APTO CON PATOLOGIA QUE NO INTERFIERE PARA EL CARGO		APLAZADO	
APTO CON PATOLOGIA QUE INTERFIERE PARA EL CARGO		NO APTO	

RESULTADO EXAMENES	MEDICO: NORMAL, OPTOMETRIA: NORMAL, AUDIOMETRIA: NORMAL EN CASO DE REQUERIR ESPIROMETRIA, ESTA NO SE PRACTICA POR REQUERIMIENTO DEL MINISTERIO DE SALUD SOBRE COVID 19. .		
OBSERVACIONES	EXAMEN CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: **HOMBROS:** amplitud de movimiento, rotación interna/externa, prueba del supraespinoso, prueba de despegue, signo de Neer, prueba de O'Brien, prueba de Hawkins-Kennedy: normales; **CODO:** prueba de Cozen, flexión del codo por 60 segundos: normales; **MANO:** prueba de Finkelstein: normal, Tinel, Phanel: normales, **COLUMNA Y MIEMBROS INFERIORES:** Lasague, prueba de Lachman, cajón anterior, prueba de pivote, prueba de Thessaly y modificada de McMurray: normales.		
TIPO DE RESTRICCION	NINGUNA	OBSERVACION	EL(LA) TRABAJADOR/A REFIERE NO PRESENTAR ENFERMEDADES DE RIESGOPARA ADQUIRIR EL COVID-19

RECOMENDACIONES GENERALES EXAMENES REALIZADOS

Inducción al cargo (Art 13 Dec 2646/08). Pautas de control de estrés laboral (Res. 2646) y pautas para prevenir el uso de sustancias psicoactivas en el trabajo (Res 1075, 1016, 7036, 1956, Dec. 1108, Circular 38/2010 y los que apliquen). Pautas para prevenir el acoso laboral y otros hostigamientos (Ley 1010/06, Res 652 de 2012). Capacitar en el uso de los EPP requeridos para el cargo (Ley 9 Titulo III, arts. 85, 122, 123 y 124), según matriz de peligro (GTC 45, Dec 1563, Res 0144, Res 1111 de 2017). Capacitar en manejo de cargas (Res 2400 art. 390, 392 y las que apliquen). Utilizar protección auditiva cuando se superen los 80 dB (Res 627 y NTC 2272). Gestión peligro biomecánico mediante pausas activas- charlas sobre higiene postural-sillas ajustables (Ley 1355/09, GTC 45). Mantener el lugar de trabajo en orden y aseo. Pausas dinámicas cada 2 horas. Se recomienda: Realizar pausas activas cada 2 horas, uso de EPP adecuados para la labor que desempeña, manejo adecuado de cargas físicas, seguir pautas de higiene postural, mantener postura sedente y bipedesta adecuadas

J.M ROGER SANCHEZ BERMUDEZ
RM 026/2019

FIRMA Y LSO PROFESIONAL

1069720193
FIRMA, CEDULA Y HUELLA INDICE DERECHO ASPIRANTE

IMPORTANTE: Para verificar la autenticidad de este certificado, por favor, compruebe que el documento tenga el sello seco de la institución o llame a los teléfonos que aparece al final del certificado para comprobar si el trabador asistió a la hora de los exámenes médicos ocupacionales. **ATENCIÓN. Falsedad en documento privado:** el que falsifique documento privado que puede servir de prueba, incurrirá, si lo usa, en prisión de (1) a seis (6) años. **(Artículo 289 del Código Penal Colombiano).**

Principal: Cra. 21 No. 26 - 52 Sur * Tel. 408 1986 * Sede: Cra. 21 No. 23 - 38 Sur * Tel. 239 7687 * 347 8768 ✆302 545 4106
Barrio Olaya - www.centromedicoolaya.com - centromedicoolaya@gmail.com

CENTRO MEDICO LABORATORIO CLÍNICO OLAYA S.A.S

INSCRITO ANTE LA SECRETARIA DE SALUD
CP 110011775101/02
NIT. 900171517 - 3

VALORACIÓN VISUAL OCUPACIONAL

NOMBRES:	Harold Humberto Velasco	EDAD: 34	FECHA: 14/10/21
IDENTIFICACION:	1069720193	TELÉFONO: 3175355252	
CARGO:	Soldador	EMPRESA: Estrumecol	

Consentimiento: Yo _____ C.C. _____ Certifico que he sido informado(a) con claridad y veracidad, respeto a la valoración física que se me va a realizar; que actúo consecuente, libre y voluntariamente como paciente. Soy conocedor(a) y con la autonomía suficiente para retirarme y oponerme a la valoración física si así lo deseo y asumiré las consecuencias que esto acarrea . Que se respetara la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mi suministrada igualmente certifico que todos los datos que he entregado son totalmente veraces. Y que posteriormente se me hablara de tratamiento(s) o procedimiento(s) que se consideren idóneos para tratar de solucionar las posibles alteraciones encontradas en la valoración. Reconozco que si decido no realizar los exámenes diagnósticos y no cumplo los tratamientos ordenados puedan presentar reacciones adversas para mi salud.

ANTECEDENTES MEDICO OCUPACIONALES

OCUPACIÓN:	Soldador	TIEMPO EN ESTE OFICIO:	6 años
UTILIZA ALGUNA PROTECCIÓN?	SI X NO ___	CUAL?	Lunetas, tapa oidos

EVALUACIÓN DE LA PRUEBA

AGUDEZA VISUAL	SIN CORRECCIÓN	CON CORRECCIÓN
Lejos OD	20/20	
Lejos OI	20/20	
Lejos AO	20/20	
Cerca OD	20/20	
Cerca OI	20/20	
Cerca AO	20/20	

RECOMENDACIONES

OFTALMOLOGÍA DIRECTA	OD: OK	OI: OK	AO:
Necesidad de corrección óptica:	NO		
Cromática:	NORMAL X		ANORMAL
Test Estereopsis:	Normal		
INTERPRETACION:	Normal		
OBSERVACIONES:	Usar EPP USO obl		
RECOMENDACIONES:	Pausas activas.		

FIRMA PROFESIONAL _____ FIRMA TRABAJADOR _____

REPORTE DE ESPIRÓMETRIA

NOMBRES:			
IDENTIFICACIÓN:		EDAD:	FECHA
CARGO:		TELEFONO:	
		EMPRESA:	

ANTECEDENTES MEDICO OCUAPCIONALES

RESULTADOS DE PRUEBA

ITEM	VALOR OBSERVADO		
FUC (L)			
FEV1 (L)			
FEV1 / FUC (%)			
FEF25 - 75% (L/S)			
PEF(L/S)			

INTERPRETACIÓN

RECOMENDACIONES

FIRMA PROFESIONAL _____ FIRMA TRABAJADOR _____

REPORTE DE AUDIOMETRIA

Nombre	Harold Humberto Velasco Ward	Fecha	11.01.22
Documento	1064720143	Edad	31 Sexo M
Empresa	Estructuol	Cargo	Soldador.

Consentimiento: Yo _____ CC _____ Certifico que he sido informado(a) con claridad y veracidad, respeto a la valoración física que se me va a realizar; que actúo consecuente, libre y voluntariamente como paciente. Soy conocedor(a) y con la autonomía suficiente para retirarme y oponerme a la valoración física si así lo deseo y asumiré las consecuencias que esto acarrea. Que se respetara la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mi suministrada igualmente certifico que todos los datos que he entregado son totalmente veraces. Y que posteriormente se me hablara de tratamiento(s) o procedimiento(s) que se consideren idóneos para tratar de solucionar las posibles alteraciones encontradas en la valoración. Reconozco que si decido no realizar los exámenes diagnósticos y no cumplo los tratamientos ordenados puedan presentar reacciones adversas para mi salud.

Ha trabajado en ambiente ruidoso?	SI	/	NO			
Utilizaba protectores auditivos	SI		NO	Copa	Desechables	/ Anatómicos

Ha presentado alguna de las siguientes condiciones?	SI	NO
Otalgia		
Otitis		
Otarrea		
Traumas		
Cirugias		
Acúfenos		
Transtorno equilibrio		
Hipertensión esencial		
Sinusitis		
Otros		

Realiza o practica alguna de las siguientes actividades?	SI	NO
Motocicleta Tel.	—	
Práctica de polígono	—	
Práctica de tejo		—
Escucha música con audífonos /3a.	—	
música alto volumen		
Discotecas		
Instrumentos musicales		
Otros		

Fecha última audiometría realizada

1 año.

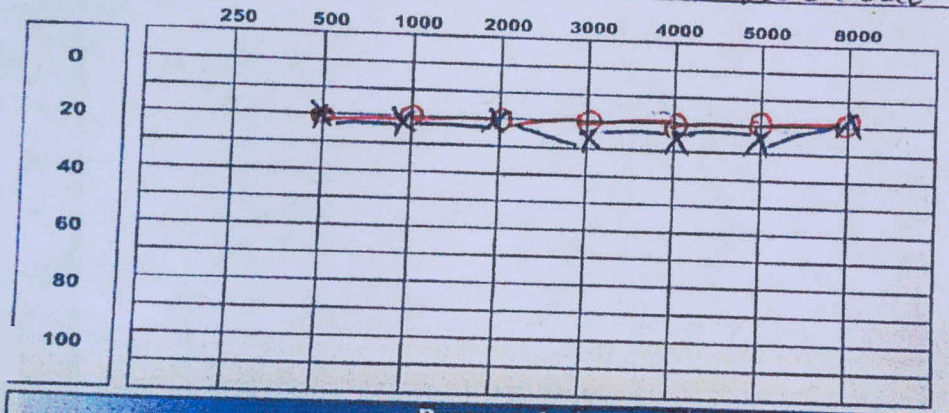
OTOSCOPIA

NORMAL		
OIDO	SI	NO
OD	/	
OI		

OBSERVACIONES - COMENTARIOS

MT contorno bilateral

PA y CAE sin novedad



Diagnóstico

Sensibilidad auditiva conservada bilateral dentro de cuadros de normalidad

Recomendaciones / Observaciones / Remisiones

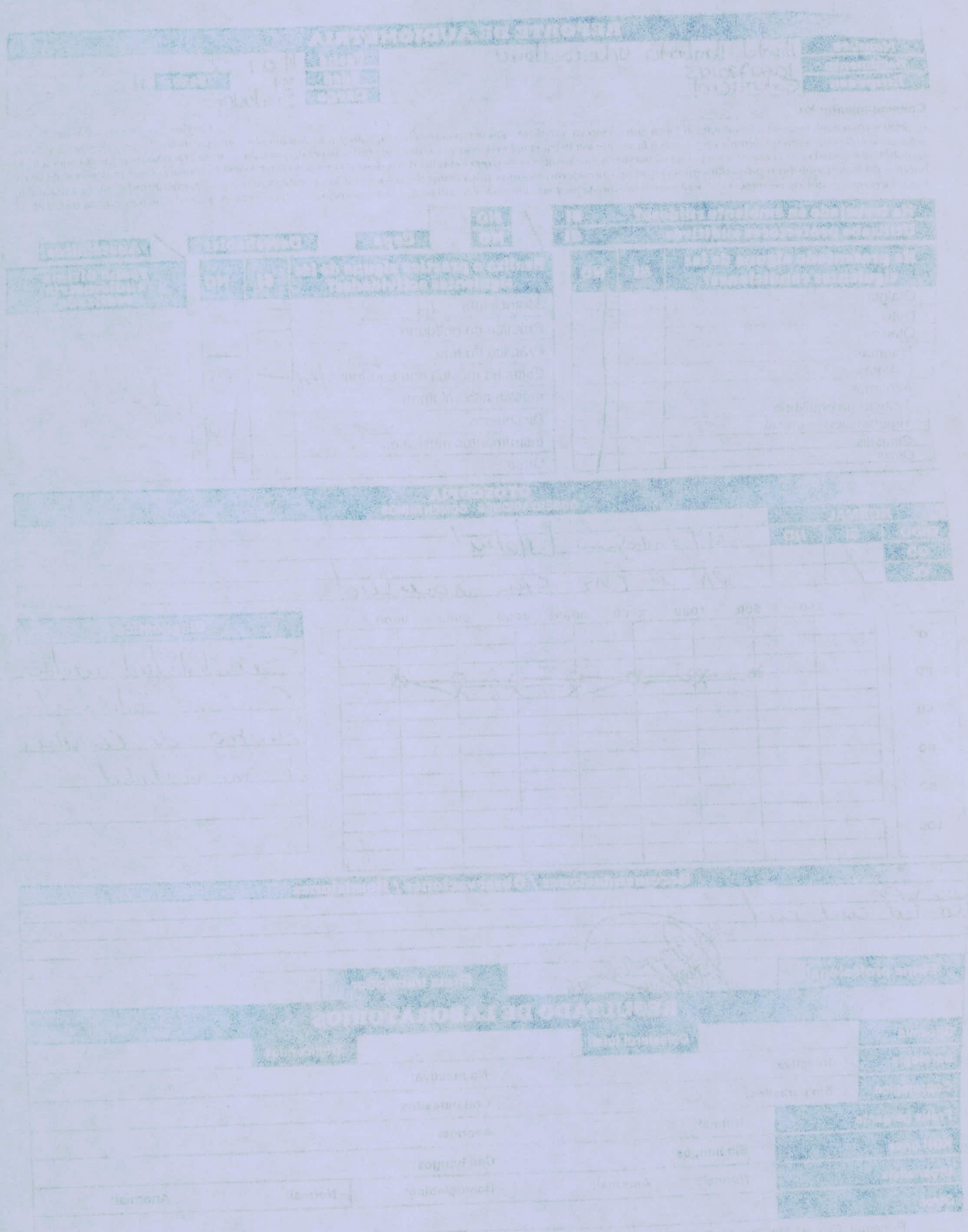
Uso de EPP

Control cual es!

Firma profesional		Firma trabajador	

RESULTADO DE LABORATORIOS

Glicemia		Colesterol total:		Triglicéridos	
Serología	Reactiva:		No reactiva:		
Coprológico	Sin parasitos:		Con parasitos		
Frotis garganta	Normal:		Anormal		
KOH uñas	Sin hongos:		Con hongos:		
Uroanalisis	Normal:	Anormal:	Hemoglobina:	Normal:	Anormal:
Otros					



Belzca	**NOTIFICACIONES DE RIESGO**	BLZC -FR-SST-29 VERSIÓN: 01 PÁG. 1 de 4 01/12/2022

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS			
CARGO:	**AYUDANTE DE OBRA**		
DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos para el cargo en mención. De acuerdo a su actividad se presentan las normas de seguridad que se deben tener en cuenta y los elementos de protección personal que debe utilizar.			
ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: Casco – Protector Auditivo – Botas de Seguridad (Material y/o Caucho) – Gafas de Seguridad – Guantes de carnaza – Guantes de Caucho – Overol (Tela /jean) – Respirador y/o Tapabocas – Capa Impermeable.			
RIESGOS EXISTENTES			
X	• **FÍSICOS:** Ruido • Equipos, máquinas y herramientas: retroexcavadora, mini cargador, taladro, canguro, martillo, herramientas manuales de impacto, etc. • Confort térmico Desarrollo de actividades a la intemperie (Día o Noche). • Radiaciones no ionizantes (radiación UV, visible, infrarroja, microondas y radiofrecuencia) Generado por trabajos con alta exposición a la radiación solar.	X	• **PSICOSOCIALES:** • GESTIÓN ORGANIZACIONAL, (Estilo de mando, manejo de cambios). • Características de la organización del trabajo (comunicación, demandas cualitativas de la labor). • Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo). • Condiciones de la tarea (carga mental, demandas emocionales, sistemas de control). • Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos).
X	• **CONDICIONES DE SEGURIDAD:** • Tecnológico, Explosión por presiones. • MECÁNICO Elementos o partes de herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos. • Objetos del entorno y manejo diario (herramientas manuales, materiales o elementos de trabajo). • Eléctrico, baja tensión (inferior a 10 KV), incendio, alta carga combustible, • Derrames, superficies de trabajo, defectos del piso (lisos, irregulares, húmedos) • LOCATIVO, ALMACENAMIENTO, ORDEN Y ASEO. • Accidentes de tránsito, delincuencia y	X	• FENÓMENO NATURAL: Inundación • Lluvias Torrenciales ubicación del proyecto geográficamente. • Sismo Por ubicación geográfica. • Tormentas Eléctricas y Lluvias Fuertes (torrenciales, periodos de ola invernal). • Factores climáticos y del medio ambiente. • PUBLICOS: Atracos, robos, atentados, asonadas

Powered by CamScanner

	• **Accidentes de tránsito, delincuencia y** desorden publico, desplazamientos a zonas de riesgo en donde se encuentran los frentes de obras.		
X	• **BIOLÓGICOS:** Virus, bacterias uso de baños publicos o baterias.	X	• **QUÍMICOS:** Polvo orgánico e inorganico (polución por cercanias a carretera)

RESPONSABILIDADES SST: (Según Decreto 1072 de 2015, Articulo 2.2.4.6.10. Responsabilidades de los trabajadores) Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo

- Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas
- Procurar el cuidado integral de su salud
- Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la [illegible]
- Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo. Utilizar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST
- Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST

OTRAS RESPONSABILIDADES:

- **Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de asegurar el paso peatonal** y vehicular.
- Mantener el area de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes.
- La operación de los equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal
- **Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 mts, y dependiendo de** las condiciones del terreno, se debe colocar el entibado correspondiente
- El personal en excavaciones debe ir acompañado o debe informar la Residente del sector sobre la labor a realizar.
- Retirar a curiosos durante el proceso de excavación, de igual forma se prohibe que el personal de obra se acerque a la maquina durante la excavación.
- Está prohibido tener combustible en el frente de obra.
- Dar uso adecuado a los elementos de proteccion personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeuntes, etc.)

Powered by CamScanner

Belzc	**NOTIFICACIONES DE RIESGO**	BLZC -FR-SST-29 VERSIÓN: 01 PÁG. 1 de 4 01/12/2022

emergencia.

- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (para la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- En caso de trasladar herramienta o materiales, debe hacerse está actividad dentro de la obra para facilitar el paso y el de los peatones del sector, terciar las herramientas (palas, picas, barras, etc.) cuando se requiera de movilizarse por senderos peatonales, para evitar golpear a otros peatones y evitar dejar herramientas en forma descuidada, por tanto, esta se debe ubicar en el lugar correspondiente.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no debe sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra.
- Instalar la tubería dentro de la excavación con la ayuda de maquinaria idónea para tal fin (como la retroexcavadora o la grúa) y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue para esta actividad.
- Es obligatorio portar dentro de la obra el camé de la ARL, EPS, la cédula de ciudadanía.

Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO: una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen de egreso.

Yo HAROLD VELASCO VIVIRA identificado con la C.C. Nº 1069720193 de FUSAGASUGA conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE AYUDANTE DE OBRA, la cual se firma el día 10/05/23 en la ciudad de Bogotá.

AYUDANTE DE OBRA

COORDINADOR / INSPECTOR SISO

347

Powered by CamScanner

Belzc	NOTIFICACIONES DE RIESGO	BLZC -FR-SST-29 VERSIÓN: 01 PÁG. 1 de 4 01/12/2022

NOMBRE: DIANA RUBIANO	CEDULA:	CARGO:	RH:
DIRECCIÓN:	TEL/CEL: 314 244 9475	LOCALIDAD:	EDAD:
FECHA DE NACIMIENTO:	SUMINISTRO DE MANO DE OBRA:	CORREO:	
ARL:	EPS: E. SANAR	AFP:	
FECHA DE EXÁMENES MÉDICOS:	RESTRICCIONES MÉDICAS: ¿SI NO		CUÁL?
NOMBRE Y TEL. DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:	ALERGIAS: ¿SI NO		CUÁL?
FIRMA EMPLEADO:	FECHA: 10/05/23		

340

Powered by CamScanner

	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	BLZC-FR-SST-09 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 2022/12/01

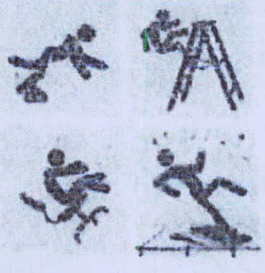
FECHA: 10/05/2023 CIUDAD: BOGOTA CEDULA: 1064770143

NOMBRE: HAROLD VELASCO VEIRA

CARGO: Aydontcobra. INDUCCIÓN X REINDUCCIÓN ____

ASIMILACIÓN DEL TEMA

ASOCIE LAS IMÁGENES SEGÚN SU SIGNIFICADO:

1. PELIGRO		
2. ENFERMEDAD LABORAL (EL)		
3. SALUD, SEGURIDAD, MEDIO AMBIENTE Y CALIDAD		
4. ACCIDENTE DE TRABAJO (AT)		

Powered by CamScanner

5. En la Política de Seguridad y Salud en el trabajo:

a. Encontramos los integrantes del COPASST.
b. Encontramos que la gerencia general no está comprometida.
X. Encontramos los recursos y a quien está dirigida la política.

6. Política no tabaquismo, no alcoholismo, no drogadicción busca:

X Condiciones de trabajo seguras, sanitarias y eficientes para los empleados.
b. Que tome licor en mi jornada laboral.
c. Estimular actos inseguros.

7. Uno de los objetivos de gestión integral HSEQ es:

X Prevenir la ocurrencia de incidentes (accidentes) y enfermedades laborales.
b. Revisar los puestos de trabajo y rotar a los trabajadores.
c. Documentar quien no lee los procesemos.

8. Reglamento interno de trabajo de se debe:

a. Publicar en la sala de la casa de los trabajadores.
X En las oficinas y campamentos de Belzcon SAS
c. En los baños de los hombres.

9. Reglamento de higiene y seguridad y salud en el trabajo me informa sobre;

X Los peligros a los que estoy expuesto y los EPP que debo usar en mi trabajo.
b. Donde puedo ir a lavarme las manos en la oficina.
c. Donde puedo correr en las instalaciones.

10. Como debo comunicar a BELZCON SAS si tengo una enfermedad común o una enfermedad profesional y las recomendaciones que me hacen al respecto:

X Por escrito al área de Gestión Humana.
b. De forma verbal a mis compañeros de trabajo.
c. De forma verbal a mi jefe directo.

11. El reporte de todo accidente de trabajo o incidente lo debo realizar de inmediato a la ARL, al responsable en seguridad y salud en el trabajo de obra o gestión humana así no me genere suspensión de actividades:

X Si
b. No
c. Depende de la ARL

Powered by CamScanner

Belzcon Construcción Propositiva	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	BLZC-FR-SST-09 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 2022/12/01

MARQUE CON UNA X FALSO O VERDADERO UE CON UNA X		Falso	Verdadero
12. No importa en qué estado me encuentre, lo importante es trabajar.		X	✓
13. Estos son peligros físicos.			X ✓
14. Estos son peligros de seguridad.	 Uniones defectuosas sin aislaciones  Equipos en mal estado		✓
MARQUE CON UNA X FALSO O VERDADERO UE CON UNA X FALSO O VERDADERO		**Falso**	**Verdadero** ✓
15. El trabajador en la imagen realiza sus actividades eficientemente.		X	

Powered by CamScanner

Belzcon Construcción Propositiva	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	BLZC-FR-SST-09 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 2022/12/01

		F	V
16. El mal uso de esta HERRAMIENTA se debe reportar al encargado de SST, COPASST O JEFE DIRECTO.			X ✓
17. Estos no son elementos de protección personal.		X	✓
18. Estos son peligros naturales			X ✓
19. Debo participar en todas las CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES a las cuales sea invitado por BELZCON SAS			X ✓
20. En caso de un accidente de trabajo debo dar aviso lo más pronto posible al jefe inmediato o persona encargada de seguridad y salud en el trabajo.			X ✓

ASOCIE LAS IMÁGENES SEGÚN SU SIGNIFICADO:

21. EQUIPO CONTROL FUEGO	23 ✓	
22. PUNTO DE ENCUENTRO	24 ✓	

Powered by CamScanner

Belzcon Construcción Proporcional	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	BLZC-FR-SST-09 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 2022/12/01

23. RUTA DE EVACUACIÓN	22	✓	
24. ADVERTENCIA	21	✓	

EVALUACIÓN AL MÉTODO, USO Y FACILITADOR

Contesta a continuación:	SI	NO	Observaciones
¿Aprendiste algo?			
¿Crees que lo puedes aplicar en tu trabajo?			
¿Crees que el facilitador domina el tema?			
¿Fue agradable la metodología de la capacitación?			
¿Qué se puede mejorar en la próxima capacitación?			

Para aprobar el examen la calificación mínima debe ser SUPERIOR A 4.0, de no ser así se deberá realizar nivelación al evaluado hasta tanto apruebe.

Calificación total 4.8

Powered by CamScanner

ENTREGA DE DOTACIÓN

BLZC-FR-SST-08
VERSIÓN: 01
PAG.1 DE 1
2022/12/01

FECHA AÑO	MES	DÍA	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	PROYECTO/OBRA
23	06	10	MANOLO VELASCO	Ayudante obra	parques IDRD.

MARQUE CON UNA X TIPO DE DOTACIÓN DE CUERPO A ENTREGAR	CANT	SUPERIOR TALLA	SUPERIOR COLOR	CANT	INFERIOR TALLA	INFERIOR COLOR	OBSERVACIONES
DOTACIÓN							
CARNAZA (SOLDAR) ☐	1	41	NEGRO	1	30	AZUL	
OVEROL ☐							
JEAN ☒							
IMPERMEABLE ☐							
OFICINA/SERV. GENERALES ☐							
CHAQUETA BELZCON /CLIE... ☐							

MARQUE CON UNA X TIPO DE DOTACIÓN DE PIES A ENTREGAR	CANT	TALLA
BOTAS DIELÉCTRICAS ☐		
BOTAS DE SOLDADOR ☐		
BOTAS CAUCHO ☐		
OTRO: ☐		

354

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

MANOS	CANT	MANOS	CANT	CASCO ☐ BARBUQUEJO ☐ CANT	CASCO COLOR	GAFAS CLARA	GAFAS OSCURA	TAPA OÍDOS INSERCIÓN	TAPA OÍDOS COPA	OBSERVACIONES
VAQUETA		CAUCHO								
CARNAZA (SOLDAR)		NITRILO								

Al firmar el recibo del **elemento de protección personal** como trabajador manifiesto que conozco la forma de uso y me comprometo a portar adecuadamente y reportar a mi jefe directo cualquier daño o deterioro que requiera reposición del elemento de protección personal entregado

ENTREGA	RECIBE
NOMBRE Gisela Holguín	NOMBRE MANOLO VELASCO VEIRA
FIRMA	FIRMA Y CÉDULA 1069720193

Powered by CamScanner

D.E.M.A. ALTURAS S.A.S.

NIT. 901.335.194-7
LICENCIA DE PRESTACION DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO N°9609 de 11/12/2019
CON VALIDEZ EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL
AUTORIZACION MINISTERIO DE TRABAJO 08SE2020220000000023604

CELAC
Calidad en Educación
NTC 6072
Certificado N° 30.379-1
Codigo de Acreditacion CELAC
18-CPR-002

355

CERTIFICA

QUE EL SEÑOR(A)

HAROLD HUMBERTO VELASCO NEIRA

IDENTIFICADO(A) CON CÉDULA DE CIUDADANIA

1069720193

CURSÓ Y APROBÓ SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA

TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

NIVEL

REENTRENAMIENTO AVANZADO

CON UNA DURACIÓN DE 20 HORAS REALIZADO EN BOGOTA

Fecha de inicio: 09/07/2022 Fecha de finalizacion: 10/07/2022

SE EXPIDE EL DÍA 10/07/2022 EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C., COLOMBIA

Se verifica y ratifica con las siguientes firmas
la emisión y autenticidad de este Certificado

TSA - 28481

CARLOS ALBERTO MARTINEZ PATIÑO
REPRESENTANTE LEGAL

Deicy Yadira Martinez

DEICY YADIRA MARTINEZ ANGULO
RESOLUCION S.O 3018 15/03/2017
ENTRENADOR T.S.A.

La verificación de este certificado puede hacerse en nuestro sitio web www.demalturasas.com.co o solicitar a nuestro correo verificaciondema@gmail.com
Calle 26 Sur # 27-31 - 3213524333 - 6953884
Bogotá, D.C. Colombia

Belzcon Construcción Proactiva	**NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS**	BLZC -FR-SST-05 VERSIÓN: 01 PÁG. 1 de 2 01/12/2022

Bogotá 10 de Mayo2023

Señor(a): VELAZCO HAROL
CC: 1.069.720.193
Asunto: NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS
La Ciudad

Por medio de la presente la empresa **BELZCON SAS,** se permite notificar las recomendaciones médicas ocupacionales emitidas como resultado de su examen médico de **INGRESO**, realizado el día 14/07/2022, en su **OLAYA IPS,** como cargo **AYUDANTE DE OBRA,** se le solicita entregar las evidencias necesarias para el seguimiento a dichas recomendaciones.

Agradecemos su colaboración y el estricto cumplimiento de lo anterior solicitado y de la implementación del autocuidado previendo lo mejor para su bienestar.

APTO PARA ALTURAS SI (x) NO () NO APLICA ()

RESTRICCIONES: SI () NO (x)

RECOMENDACIONES:

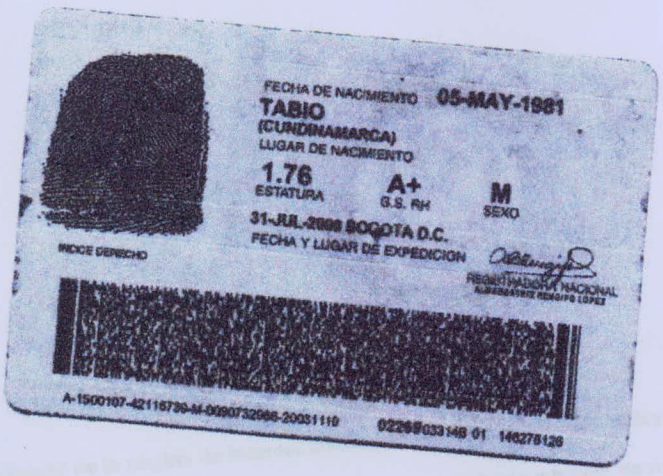
- Hábitos de vida saludable
- Higiene Postural
- Pausas Activas
- Ejercicio por lo menos 3 veces por semana por lo menos una hora al día
- Uso de EPP según su actividad

FIRMA RESPONSABLE SGSST

TRABAJADOR

356





TamSanar
Collondos

358

AXA COLPATRIA


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 80.732.966
ZORRO SANCHEZ
APELLIDOS
ALEXANDER
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 05-MAY-1981
TABIO
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.76 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO
31-JUL-2000 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500107-42116736-M-0090732966-20031119 0226033148 01 1402781126

FamSanar
Colloados

AXA COLPATRIA

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9008095 correspondiente a la empresa Ha Civiles Sas.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
ALEXANDER ZORRO SANCHEZ	C.C.	80,732,966	27/04/2023	RIESGO V	6.960	OPERATIVA

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el Wednesday April 26 2023 a las 5:16:21 PM

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

359

Famisanar

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9009983094

9009983094

No. de Radicación 26096961

Fecha de Radicación 26 04 2023

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite: A. Afiliación; B. Reporte de Novedades: X
2. Tipo de Afiliación: A. Cotizante; B. Cabeza de Familia; C. Independiente; D. Pensionado; E. Dependiente; F. Otro: X
3. Régimen: A. Contributivo; B. Subsidiado; C. Excepción; D. Especial: X
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante; B. Cabeza de familia; C. Beneficiario: X
5. Subtipo de cotizante: A. Dependiente; B. Independiente; C. Pensionado: X
6. Código (a registrar por la EPS)

II. AFILIACIÓN

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

7. Apellidos y nombres: ZORRO SANCHEZ ALEXANDER
8. Tipo de documento de identidad: CC
9. Número del documento de identidad: 80732966
10. Sexo: Femenino; Masculino: X
11. Fecha de nacimiento: 05 05 1981
12. Edad
13. Discapacidad
14. Grupo de población especial
15. Pueblo indígena
16. Ingreso base de cotización
17. Nivel sisbén

DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

18. Administradora de pensiones: AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S A
19. Dirección de residencia: $1.160.000 CRA 25A NUMERO 42A 14 PRIMER PISO
20. Teléfono fijo y celular: 3147348915
21. Correo electrónico: mireya24121982@gmail.com
22. Municipio: BOGOTA
23. Zona: Urbana; Rural
24. Departamento: DISTRITO CAPITAL

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

25. Apellidos y nombres
26. Tipo de documento de identidad
27. Número del documento de identidad
28. Sexo: Femenino; Masculino
29. Fecha de nacimiento

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

30. Apellidos y nombres
31. Tipo de documento de identidad
32. Número del documento de identidad
33. Sexo: Femenino; Masculino
34. Fecha de nacimiento
35. Parentesco
36. Edad
37. Discapacidad
38. Datos de residencia: Tipo; Municipio; Distrito; Zona; Urbana; Rural; Departamento; Teléfono fijo y/o celular
39. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
40. Ocupación
41. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud IPS
42. Código de la IPS (a registrar por la EPS)

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

43. Nombre o razón social: HA CIVILES SAS
44. Tipo de documento de identificación: NT
45. Número de documento de identificación: 901528981
46. Tipo de aportante o pagador de pensiones o régimen de la EPS
47. Dirección: CR 77 C 64 A SUR 06
48. Teléfono fijo y/o celular: 8194933
49. Correo electrónico: hacivilessas@gmail.com
50. Municipio: BOGOTA
51. Departamento: DISTRITO CAPITAL

VI. REPORTE DE NOVEDADES

52. Tipo de Novedad
1. Corrección de datos básicos de identificación
2. Corrección de datos básicos de identificación
3. Actualización de documento de identidad
4. Actualización a cotizante de datos complementarios
5. Novedad en el régimen de la EPS
6. Novedad en el IBC
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9. Inicio de relación laboral o prestación de servicios: X
10. Terminación de la relación laboral o prestación de servicios cuya causa no sea el fallecimiento
11. Suspensión por licencia, sanción o permiso que implique no pago de aportes
12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13. Movilidad A. Régimen Contributivo; B. Régimen Subsidiado
14. Traslado A. Mismo Régimen; B. Diferente Régimen
15. Retiro de fallecimiento
16. Retiro de Madres de protección al cesante
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
18. Reporte de la calidad de Pensionado

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

53. Datos básicos de identificación
Tipo de documento de identidad
Número del documento de identidad
54. Sexo: Femenino; Masculino
55. Fecha de nacimiento
56. EPS anterior
57. Fecha de ingreso: 26 04 2023
58. Código
59. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

60. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales
61. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción: X
62. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
63. Declaración de no estimación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
64. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica de cotizantes o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales: X
65. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas: X
66. 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: X
67. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto: X

IX. FIRMAS

Alexander Zorro

X. ANEXOS

68. Número total de documentos de identidad: CC RC TI CE PA CD SC
Cantidad
Total

69. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
70. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
71. Copia de la escritura pública o sentencias judiciales que declaren 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
72. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
73. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
74. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
75. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
76. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
77. 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

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

78. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio; Código del departamento
79. Datos del RISDCIS: Número de la ficha; Puntaje; Nivel
80. Fecha de radicación
81. Fecha de validación

82. Datos del funcionario que realiza la validación
Tipo de documento de identidad
Número del documento de identidad
OBSERVACIONES:
Firma del funcionario

CARGO: CONDUCTOR - REPARTIDOR

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

360

INTERNET

Fin Complementario

VIGILADO SUPERSALUD

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ALEXANDER ZORRO SANCHEZ con identificación No. 80.732.966 se encuentra afiliado(a) al Pension Obligatoria desde el día 01 de septiembre del 2007

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 26 de abril del 2023.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 018000510000.

Carolina Galvis C.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

361

Bogotá DC. 26 de Abril 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 26/4/2023, 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 80732966
Nombres y Apellidos	ALEXANDER ZORRO SANCHEZ
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NIT 901528981
Razón Social Empleador	HA CIVILES SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	26/4/2023
Fecha de Ingreso a Compensar	26/4/2023
Cargo	conductor
Horas Labor Mes	240
Sueldo básico	$ 1160000

Firma del Trabajador
Identificación

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

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

ISO 9001 icontec SC 5892-14
IQNet
VIGILADO SuperSubsidio

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

Nit: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestacion de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaría de Salud



Nro. 83224

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA : 1/02/2023 HORA:8:11	**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**
NOMBRES: ALEXANDER ZORRO SANCHEZ	DOCUMENTO: 80732966 — EDAD: 41 GENERO: M
Empresa: HA CIVILES S.A.S	Cargo: AYUDANTE DE CONSTRUCCION — Tel: 3104892927 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	Si		Respiratorio	Si	
Espirometria	NA		Dermatología	Si	
Audiometria	NA		Osteomuscular	Si	
Visiometria	NA		Cardiovascular	Si	
Optometria	NA		Prueba de equilibrio	NA	
Electrocardiograma	NA		Prueba Psicometrica	NA	
Psicología Laboral	NA		Radiologia Columna	NA	
Vacunas	NA		Radiologia Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	NA		Parcial de Orina	NA	
Glicemia	NA		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	NA		KOH Uñas	NA	
Triglicéridos	NA		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	NA	**Apto Para Trabajos en espacios Confinados**			NA
Apto Para el cargo sin Restricciones			Si	**Aplazado**	NA
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo			NA	**No Apto Para Este Cargo**	NA
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel			NA		
Examen PERIODICO Satisfactorio	NA	**Examen de EGRESO Satisfactorio**			NA

ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR SATISFACTORIO. APTO PARA ACTIVIDAD LABORAL EN SUPERFICIE.

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	Si	Uso de Doble Protección Auditiva	NA	Evitar Posturas Prolongadas	NA
Pausas Activas	Si	Control Optometrico Periodico	NA	Uso de Medias de Compresión Graduado	NA
Ergonomia del Puesto de trabajo	Si	Uso de Lentes Permanentes	NA	Valoración y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Protección Personal	Si	Uso de Lentes Visión Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Físico	Si
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirómetria	NA
Control Audiometrico	NA	Estilos de Vida Saludable	Si	Control Médico Ocupacional Anual	Si
					NA

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA.tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta.Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

CAMILO ERNESTO VELASQUEZ VELASCO
LICENCIA No. RES.7058 DE 16/08/19
Medico Especialista en Salud Ocupacional

UMED MEDICA DE ESPECIALISTAS EL DIVINO NIÑO JESUS Dr. Camilo Velazquez Velasco Medico Laboral R.M. 4687 Res. 7058 de 16/08/2019

Firma Trabajador

C.C. No

3185

363

Construcción Propositiva	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	BLZC-FR-SST-09 VERSIÓN 01 PAG.1 DE 1 2022/12/01

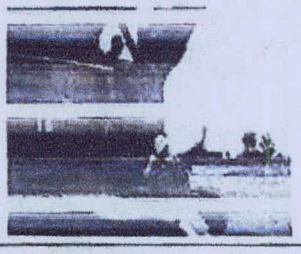
FECHA: 27-04-2023 CIUDAD: BOGOTA CEDULA: 80732966

NOMBRE: Alexander Parra Sanchez

CARGO: Ayudante INDUCCIÓN ___ REINDUCCIÓN X

ASIMILACION DEL TEMA

ASOCIE LAS IMÁGENES SEGÚN SU SIGNIFICADO:

1. PELIGRO	
2. ENFERMEDAD LABORAL (EL)	
3. SALUD, SEGURIDAD, MEDIO AMBIENTE Y CALIDAD	
4. ACCIDENTE DE TRABAJO (AT)	

Powered by CamScanner

MARQUE CO

5. En la Política de Seguridad y Salud en el trabajo:

- Encontramos los integrantes del COPASST

b. Encontramos que la gerencia general no está comprometida.
X c. Encontramos los recursos y a quien está dirigida la política.

d. Política no tabaquismo, no alcoholismo, no drogadicción busca.

X a. Condiciones de trabajo seguras, sanitarias y eficientes para los empleados.
b. Que tome licor en mi jornada laboral.
c. Estimular actos inseguros.

7. Uno de los objetivos de gestión integral HSEQ es:

X a. Prevenir la ocurrencia de incidentes (accidentes) y enfermedades laborales.
b. Revisar los puestos de trabajo y retar a los trabajadores
c. Documentar quien no lee los procesemos.

8. Reglamento interno de trabajo de se debe:

a. Publicar en la sala de la casa de los trabajadores.
X b. En las oficinas y campamentos de Belzcon SAS
c. En los baños de los hombres.

9. Reglamento de higiene y seguridad y salud en el trabajo me informa sobre:

X a. Los peligros a los que estoy expuesto y los EPP que debo usar en mi trabajo.
b. Donde puedo ir a lavarme las manos en la oficina.
c. Donde puedo correr en las instalaciones.

10. Como debo comunicar a BELZCON SAS si tengo una enfermedad común o una enfermedad profesional y las recomendaciones que me hacen al respecto.

X a. Por escrito al área de Gestión Humana.
b. De forma verbal a mis compañeros de trabajo.
c. De forma verbal a mi jefe directo.

11. El reporte de todo accidente de trabajo o incidente lo debo realizar de inmediato a la ARL, al responsable en seguridad y salud en el trabajo de obra o gestión humana así no me genere suspensión de actividades:

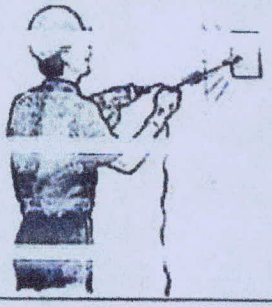
X a. Si
b. No

- Responsable de la ARL

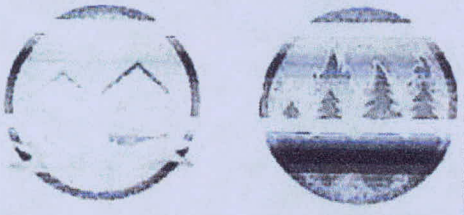
Powered by CamScanner

Construcción Propositiva	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCION	BLZC-FR-SST-09 VERSIÓN 01 PAG.1 DE 1 2022/12/01

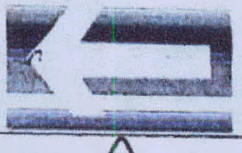
MARQUE CON UNA X FALSO O VERDADERO UE CON UNA X		Falso	Verdadero
12. No importa en que estado me encuentre lo importante es trabajar.		X	✓
13. Estos son peligros físicos.			✓ X
14. Estos son peligros de seguridad			✓ X

MARQUE CON UNA X FALSO O VERDADERO UE CON UNA X FALSO O VERDADERO		Falso	Verdadero
15. El trabajador en la imagen realiza sus actividades eficientemente.		X	✓

Powered by CamScanner

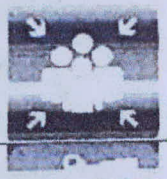
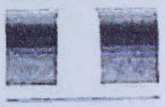
16. El mal uso de esta HERRAMIENTA se [illegible] encargado de SST, COPASST O JEFE DIRECTO			✓
17. Estos no son elementos de protección personal.		X	✓
18. Estos son peligros naturales			✓ X
19. Debo participar en todas las CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES a las cuales sea invitado por BELZCON SAS			
20. En caso de un accidente de trabajo debo dar aviso lo más pronto posible al jefe inmediato o persona encargada de seguridad y salud en el trabajo.			X

ASOCIE LAS IMÁGENES SEGÚN SU SIGNIFICADO:

21. EQUIPO CONTROL FUEGO	23	✓	
22. PUNTO DE ENCUENTRO	24	✓	

Powered by CamScanner

Construcción Propositiva	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCION	BLZC-FR-SST-09 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 2022/12/01

23. RUTA DE EVACUACIÓN		22	
24. ADVERTENCIA		24	

EVALUACIÓN AL MÉTODO, USO Y FACILITADOR

Contesta a continuación:	SI	NO	Observaciones
¿Aprendiste algo?			
¿Crees que lo puedes aplicar en tu trabajo?	X		
¿Crees que el facilitador domina el tema?	X		
¿Fue agradable la metodología de la capacitación?	X		
¿Qué se puede mejorar en la próxima capacitación?			

Para aprobar el examen la calificación mínima debe ser SUPERIOR A 4.0, de no ser así se deberá realizar nivelación al evaluado hasta tanto apruebe.

Calificación total: 48

Powered by CamScanner

Belzc	**NOTIFICACIONES DE RIESGO**	BLZC -FR-SST-29 VERSIÓN: 01 PÁG. 1 de 4 01/12/2022

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS			
CARGO:	**AYUDANTE DE OBRA**		
DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos para el cargo en mención. De acuerdo a su actividad se presentan las normas de seguridad que se deben tener en cuenta y los elementos de protección personal que debe utilizar.			
ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: Casco – Protector Auditivo – Botas de Seguridad (Material y/o Caucho) – Gafas de Seguridad – Guantes de carnaza – Guantes de Caucho – Overol (Tela /jean) – Respirador y/o Tapabocas – Capa Impermeable.			
RIESGOS EXISTENTES			
X	• **FÍSICOS:** Ruido • Equipos, máquinas y herramientas: retroexcavadora, mini cargador, taladro, canguro, martillo, herramientas manuales de impacto, etc. • Confort térmico Desarrollo de actividades a la intemperie (Día o Noche). • Radiaciones no ionizantes (radiación UV, visible, infrarroja, microondas y radiofrecuencia) Generado por trabajos con alta exposición a la radiación solar.	X	• **PSICOSOCIALES:** • GESTIÓN ORGANIZACIONAL, (Estilo de mando, manejo de cambios). • Características de la organización del trabajo (comunicación, demandas cualitativas de la labor). • Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo). • Condiciones de la tarea (carga mental, demandas emocionales, sistemas de control). • Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos).
X	• **CONDICIONES DE SEGURIDAD:** • Tecnológico, Explosión por presiones. • MECÁNICO Elementos o partes de herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos. • Objetos del entorno y manejo diario (herramientas manuales, materiales o elementos de trabajo). • Eléctrico, baja tensión (inferior a 10 KV), incendio, alta carga combustible, • Derrames, superficies de trabajo, defectos del piso (lisos, irregulares, húmedos) • LOCATIVO, ALMACENAMIENTO, ORDEN Y ASEO. • Accidentes de tránsito, delincuencia y	X	• FENÓMENO NATURAL: Inundación • Lluvias Torrenciales ubicación del proyecto geográficamente. • Sismo Por ubicación geográfica. • Tormentas Eléctricas y Lluvias Fuertes (torrenciales, periodos de ola invernal). • Factores climáticos y del medio ambiente. • PUBLICOS: Atracos, robos, atentados, asonadas.

Powered by CamScanner

	desorden público, desplazamientos a zonas de riesgo en donde se encuentran los frentes de obras.		
X	• **BIOLÓGICOS:** Virus, bacterias, uso de baños públicos o baterías.	X	• **QUÍMICOS:** Polvo orgánico e inorgánico (polución por cercanías a carretera)

RESPONSABILIDADES SST: **(Según Decreto 1072 de 2015, Artículo 2.2.4.6.10. Responsabilidades de los trabajadores) Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo**

- Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas
- Procurar el cuidado integral de su salud
- Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.
- Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo. Utilizar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST
- Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG–SST.

OTRAS RESPONSABILIDADES:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de n afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes.
- La operación de los equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento.
- Tanto la herramienta y el quipo debe estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado.
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 mts, y dependiendo de las condiciones del terreno, se debe colocar el entibado correspondiente.
- El personal en excavaciones debe ir acompañado o debe informar la Residente del sector sobre la labor a realizar.
- Retirar a curiosos durante el proceso de excavación, de igual forma se prohíbe que el personal de obra se acerque a la maquina durante la excavación.
- Está prohibido tener combustible en el frente de obra.
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación. Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de

Powered by CamScanner

emergencia.

- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (para la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- En caso de trasladar herramienta o materiales, debe hacerse está actividad dentro de la obra para facilitar el paso y el de los peatones del sector, terciar las herramientas (palas, picas, barras, etc.) cuando se requiera de movilizarse por senderos peatonales, para evitar golpear a otros peatones y evitar dejar herramientas en forma descuidada, por tanto, esta se debe ubicar en el lugar correspondiente.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no debe sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra.
- Instalar la tubería dentro de la excavación con la ayuda de maquinaria idónea para tal fin (como la retroexcavadora o la grúa) y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue para esta actividad.
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la cédula de ciudadanía.

Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO: una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen de egreso.

Yo Alexander Zorro Sánchez identificado con la C.C. Nº 80732966 de Bogota conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE AYUDANTE DE OBRA, la cual se firma el día 27/01/23 en la ciudad de Bogotá.

AYUDANTE DE OBRA

COORDINADOR / INSPECTOR SISO

371

Powered by CamScanner

Belzcon Construcción Productiva	**NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS**	BLZC -FR-SST-05 VERSIÓN: 01 PÁG. 1 de 4 01/12/2022

Bogotá 2 de febrero 2023

Señor(a): ZORRO SANCHEZ ALEX
CC.: 80.732.966
Asunto: NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS
La Ciudad

Por medio de la presente la empresa **HA CIVIL,** se permite notificar las recomendaciones médicas ocupacionales emitidas como resultado de su examen médico de **INGRESO,** realizado el día 1/02/2023, en su IPS **EL DIVINO NIÑO JESUS,** como cargo **AYUDANTE DE CONSTRUCCIÒN,** evidencias necesarias para el seguimiento a dichas recomendaciones.

Agradecemos su colaboración y el estricto cumplimiento de lo anterior solicitado y de la implementación del autocuidado previendo lo mejor para su bienestar.

APTO PARA ALTURAS SI () NO () NO APLICA (x)

RESTRICCIONES: SI () NO (x)

RECOMENDACIONES:

- Hábitos de vida saludable
- Pausas Activas
- Higiene postural
- Ergonomía del puesto de trabajo
- Uso de EPP según su actividad
- Estilos de vida saludable
- Dieta ejercicio físico

FIRMA RESPONSABLE SGSST

EL TRABAJADOR 80732 9(

372

Powered by CamScanner

ENTREGA DE DOTACIÓN

BLZC-FR-SST-08
VERSIÓN: 01
PAG.1 DE 1
2022/12/01

FECHA			NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	PROYECTO/OBRA
AÑO	MES	DÍA			
2023	04	27	Alexander Zorro Sanchez	Ayudante	Parque IDRD

DOTACIÓN

MARQUE CON UNA X TIPO DE DOTACIÓN DE CUERPO A ENTREGAR	CANT	SUPERIOR TALLA	SUPERIOR COLOR	CANT	INFERIOR TALLA	INFERIOR COLOR	OBSERVACIONES	MARQUE CON UNA X TIPO DE DOTACIÓN DE PIES A ENTREGAR	CANT	TAL
CHALECO REFLECTIVO ☐								BOTAS DIELÉCTRICAS ☒	1	42
OVEROL ☒		L						BOTAS DE SOLDADOR ☐		
JEAN ☐								BOTAS CAUCHO ☐		
IMPERMEABLE ☐								OTRO: ☐		
OFICINA/SERV. GENERALES ☐										
CHAQUETA BELZCON/CLIENTE ☐										

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

MANOS	CANT	MANOS	CANT	CASCO ☐ BARBUQUEJO ☐ CANT	CASCO COLOR	GAFAS CLARA	GAFAS OSCURA	TAPA OÍDOS INSERCIÓN	TAPA OÍDOS COPA	OBSERVACIONES
VAQUETA		CAUCHO								
CARNAZA (SOLDAR)		NITRILO								

Al firmar el recibo del **elemento de protección personal** como trabajador manifiesto que conozco la forma de uso y me comprometo a portar adecuadamente y reportar a mi jefe directo cualquier daño o deterioro que requiera reposición del elemento de protección personal entregado.

ENTREGA	RECIBE
NOMBRE Gisella Ortiz	NOMBRE Alexander Zorro Sanchez
FIRMA	FIRMA Y CEDULA 80732966

Powered by CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901252880
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			BELZCON SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 105 46Z 6	TELÉFONO:	6052552
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de otras obras de ingeniería civil.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7879997749			TIPO DE PLANILLA:			Y-INDEPENDIENTES EMPRESAS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril	AÑO 2023
DÍAS DE MORA:	1						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2023/05/16			NÚMERO AUTORIZACIÓN:			208395568

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	2		$ 0	$ 0		$ 0	$ 108.300	$ 108.300	$ 200	$ 0	$ 108.500
SUBTOTALES:									**$ 108.300**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 108.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES							
																												PENSIÓN								SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 41944859	CARDONA CHICA CLAUDIA LILIANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 2.500.000			NO	R-17, R-30																		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	14-11 - ARL SURA	14	$ 1.166.667	7	$ 61.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 52716913	SORRO TRUJILLO TRINIDAD MERCEDES	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.160.500			NO	R-21																		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	14-11 - ARL SURA	14	$ 386.667	5	$ 27.900		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 108.500

Planilla Pagada
ach SOI
Planilla Pagada

3 de 9

compensar | miplanilla.com

PLAN__A INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	94532542	JOHNN EDILBERTO PORTILLA HERNANDEZ	Carrera 16 # 134A 40 apto 405	7583076	JHONPORTILLA@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2023-04	2023-04	I	08/05/2023	67646730	$1.681.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	700.000	0		0		0	0	0	0	700.000	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	896.000	0	0	28.000	28.000	0	0		952.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	29.300				29.300	0	0	29.300			293	29.300	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	700.000	700.000
Pensión	1	952.000	952.000
Riesgos Laborales	1	29.300	29.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.681.300	1.681.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLAN___A INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIO_ DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	94532542	JOHNN EDILBERTO PORTILLA HERNANDEZ	Carrera 16 # 134A 40 apto 405	7583076	JHONPORTILLA@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	
2023-04	2023-04	I	08/05/2023	67648730	$1.681.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	94532542	PORTILLA HERNANDEZ JOHNN EDILBERTO	57	0			N																	25-14	5,600,000	896,000	0	0	28,000	28,000	EPS002	5,600,000	700,000	14-11	5,600,000	1	29,300		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 AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900963334-1	ESTRUMACOL SAS	CALLE 5B No. 81A-04 SUR	3203579222	estrumacok@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 14 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-05	2023-04	E	31/05/2023	67788818	$4.669.800

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	139.200	0		0		0	22	3.700	0	142.900	3
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	44.900	0		0		0	22	1.200	0	46.100	2
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	171.700	0		0		0	22	4.500	0	176.200	4
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	92.800	0		0		0	22	2.500	0	95.300	2
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	46.400	0		0		0	22	1.300	0	47.700	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	46.400	0		0		0	22	1.300	0	47.700	1
ESSC07	EPS-S Mutual Ser	806008394-7	46.400	0		0		0	22	1.300	0	47.700	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	736.300	0	0	0	0	22	19.300	0	755.600	5
230301	Porvenir	800224808-8	1.058.000	0	0	0	0	22	27.700	0	1.085.700	6
231001	Colfondos	800227940-6	185.600	0	0	0	0	22	4.900	0	190.500	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	371.200	0	0	0	0	22	9.700	0	380.900	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-17	Seg Vida Alfa S.A.	860503617-3	1.023.500				1.023.500	22	26.800	1.050.300			10.235	1.050.300	14

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	587.800	22	15.400	603.200	14

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

compensar | miplanilla.com

PLAN___A INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900963334-1	ESTRUMACOL SAS		CALLE 5B No. 81A-04 SUR	3203579222	estrumacol@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 14 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-05	2023-04	E	31/05/2023	67788618	$4.669.800

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	7	587.800	603.600
Pensión	4	2.351.100	2.412.700
Riesgos Laborales	1	1.023.500	1.050.300
CCF	1	587.800	603.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	13	4.550.200	4.669.800

PAGADA

379

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

compensar | miplanilla.com

PLAN___A INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIO_ DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900963334-1	ESTRUMACOL SAS	CALLE 5B No. 81A-04 SUR	3203579222	estrumacol@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					14	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-04	E	31/05/2023	67788618	$4.659.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1066122608	DE LA ROSA MONTERO LUIS CARLOS	1	0			S																	230201	1,160,000	185,600	0	0	0	0	EPS017	1,160,000	46,400	14-17	1,160,000	5	80,800	CCF21	1,160,000	46,400	0	0	0	0	0
2	CC	1079915991	VILLA VILLA JOE JOSE	1	0			S																	231001	1,160,000	185,600	0	0	0	0	EPS005	1,160,000	46,400	14-17	1,160,000	5	80,800	CCF21	1,160,000	46,400	0	0	0	0	0
3	CC	1079939043	VILLA MUÑOZ MANUEL ARTURO	1	0			S																	230301	1,160,000	185,600	0	0	0	0	ESSC07	1,160,000	46,400	14-17	1,160,000	5	80,800	CCF21	1,160,000	46,400	0	0	0	0	0
4	CC	1129578460	VILLA MUÑOZ MAURO ANDRES	1	0			S																	230301	1,160,000	185,600	0	0	0	0	EPS037	1,160,000	46,400	14-17	1,160,000	5	80,800	CCF21	1,160,000	46,400	0	0	0	0	0
5	CC	52312123	MOLINA SANDRA PATRICIA	1	0			S	X																230201	580,000	92,800	0	0	0	0	EPS008	580,000	23,200	14-17	580,000	5	40,400	CCF21	580,000	23,200	0	0	0	0	0
6	CC	57309254	TERNERA SERPA MARGARITA ESTELA	1	0			S																	230201	1,160,000	185,600	0	0	0	0	EPS037	1,160,000	46,400	14-17	1,160,000	5	80,800	CCF21	1,160,000	46,400	0	0	0	0	0
7	CC	1069720193	VELASCO NEIRA HAROLD HUMBERTO	1	0			S	X																230301	812,000	130,000	0	0	0	0	EPS017	812,000	32,500	14-17	812,000	5	56,600	CCF21	812,000	32,500	0	0	0	0	0
8	CC	1030644523	ORTIZ YOPASA ANYY CATHERINE	1	0			S	X																230201	541,334	86,700	0	0	0	0	EPS008	541,334	21,700	14-17	541,334	5	37,700	CCF21	541,334	21,700	0	0	0	0	0
9	CC	9876107	MOSCOTE RAMBAL LUIFER RAFAEL	1	0			S																	25-14	1,160,000	185,600	0	0	0	0	EPS017	1,160,000	46,400	14-17	1,160,000	5	80,800	CCF21	1,160,000	46,400	0	0	0	0	0
10	CC	9877060	PALLARES GARCIA IVAN JOSE	1	0			S																	230201	1,160,000	185,600	0	0	0	0	EPS034	1,160,000	46,400	14-17	1,160,000	5	80,800	CCF21	1,160,000	46,400	0	0	0	0	0
11	PT	3386383	MARTINEZ VASQUEZ JOSE JESUS	1	0			S																	230301	1,160,000	185,600	0	0	0	0	EPS005	1,160,000	46,400	14-17	1,160,000	5	80,800	CCF21	1,160,000	46,400	0	0	0	0	0
12	CC	1065812688	ALMANZA BERMUDEZ JESUS ALBERTO	1	0			S																	230301	1,160,000	185,600	0	0	0	0	EPS005	1,160,000	46,400	14-17	1,160,000	5	80,800	CCF21	1,160,000	46,400	0	0	0	0	0
13	CC	19589587	MEZA PERTUZ ANTONIO RAFAEL	1	0			S	X																25-14	1,160,000	185,600	0	0	0	0	EPS017	1,160,000	46,400	14-17	1,160,000	5	80,800	CCF21	1,160,000	46,400	0	0	0	0	0
14	CC	1031161021	FONTECHA GARZON EDWIN ALEXANDER	1	0			S	X																230301	1,160,000	185,600	0	0	0	0	EPS041	1,160,000	46,400	14-17	1,160,000	5	80,800	CCF21	1,160,000	46,400	0	0	0	0	0

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901252980
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			BELZCON SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 105 462 6	TELÉFONO:	8052552
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de otras obras de ingeniería civil.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7879993158	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO	2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	mayo AÑO	2023
DÍAS DE MORA:			1				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2023/05/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			2063899211

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	7	$ 2.448.100	$ 0	$ 0	$ 40.000	$ 40.000	$ 3.000	$ 200	$ 2.526.100	$ 3.200	$ 2.531.300
230301	230301-PORVENIR	12	$ 3.217.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.900	$ 0	$ 3.217.500	$ 3.900	$ 3.221.400
230201	230201- PROTECCION	5	$ 1.175.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.400	$ 0	$ 1.175.400	$ 1.400	$ 1.176.800
SUBTOTALES:										**$ 6.921.000**	**$ 8.500**	**$ 6.929.500**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	5		$ 0		$ 0		$ 0	$ 345.700	$ 0	$ 500	$ 0	$ 345.700	$ 500	$ 0	$ 346.200
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 320.000	$ 0	$ 400	$ 0	$ 320.000	$ 400	$ 0	$ 320.400
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 72.200	$ 0	$ 100	$ 0	$ 72.200	$ 100	$ 0	$ 72.300
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	12		$ 0		$ 0		$ 0	$ 797.600	$ 0	$ 1.000	$ 0	$ 797.600	$ 1.000	$ 0	$ 798.600
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 60.000	$ 0	$ 100	$ 0	$ 60.000	$ 100	$ 0	$ 60.100
EPS017	EPS017-FAMISANAR	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 195.200	$ 0	$ 300	$ 0	$ 195.200	$ 300	$ 0	$ 195.500
SUBTOTALES:													**$ 1.790.700**	**$ 2.400**	**$ 0**	**$ 1.793.100**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	25		$ 0	$ 0		$ 0	$ 2.465.900	$ 2.465.900	$ 3.000	$ 0	$ 2.468.900
SUBTOTALES:									**$ 2.465.900**	**$ 3.000**	**$ 0**	**$ 2.468.900**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF43	CCF43-COMFENALCO QUINDIO	3	$ 187.000	$ 300	$ 187.300
CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	22	$ 1.575.600	$ 1.900	$ 1.577.500
SUBTOTALES:			**$ 1.762.600**	**$ 2.200**	**$ 1.764.800**

383

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

Nº	DATOS DEL COTIZANTE IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1001113770	MORENO GARCES NANCY YUDITH	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO		SI																	
2	CC 1012423111	ORTIZ RABADAN DAVID RICARDO	DEPEND		$ 1.400.000	FIJO		SI																	
3	CC 1012429637	GIRON CABALLAS DIANA PAOLA	DEPEND		$ 1.182.828	FIJO		SI																	
4	CC 1014186335	NIETO AREVALO JOSE OLIVER	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO		SI																	
5	CC 1022384958	TOLOZA AVILA DAYANA	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO		SI	24																
6	CC 1026289349	SILVA CASTAÑEDA CRISTHIAN HENRY	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO		SI		05															
7	CC 1030661958	RODRIGUEZ LLANOS JUAN SEBASTIAN	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO		SI																	
8	CC 1079854567	GALEANO ANDRADE SERGIO JAIR	DEPEND		$ 3.480.000	FIJO		SI																	
9	CC 1081818022	TORCEL AREVALO JORGE BERNARDO	DEPEND		$ 3.800.000	FIJO		SI																	
10	CC 1081818022	TORCEL AREVALO JORGE BERNARDO	DEPEND		$ 3.600.000	FIJO		SI												20-24					

Nº	SEGURIDAD SOCIAL PENSIÓN ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	2	$ 13.900	30	$ 1.300.000	SCCF22-COLSUBSIDIO	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	230301-PORVENIR	30	$ 1.400.000	$ 224.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 224.000	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.400.000	$ 56.000	$ 0	$ 56.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.400.000	5	$ 97.600	30	$ 1.400.000	SCCF22-COLSUBSIDIO	$ 56.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	230201-PROTECCION	30	$ 1.182.828	$ 189.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 189.300	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.182.828	$ 47.400	$ 0	$ 47.400	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.162.828	2	$ 12.400	30	$ 1.182.826	SCCF22-COLSUBSIDIO	$ 47.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	230201-PROTECCION	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.160.000	8	$ 60.600	30	$ 1.160.000	SCCF22-COLSUBSIDIO	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	230301-PORVENIR	17	$ 270.667	$ 43.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 43.400	EPS005-SANITAS S.A.	7	$ 270.667	$ 10.900	$ 0	$ 10.900	14-11 - ARL SURA	7	$ 270.667	5	$ 18.900	7	$ 270.667	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 10.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	230301-PORVENIR	5	$ 193.334	$ 31.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 31.000	EPS037-NUEVA EPS	5	$ 193.334	$ 7.800	$ 0	$ 7.800	14-11 - ARL SURA	5	$ 193.334	5	$ 13.500	5	$ 193.334	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 7.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
7	230301-PORVENIR	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.160.000	5	$ 80.800	30	$ 1.160.000	SCCF22-COLSUBSIDIO	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
8	230301-PORVENIR	30	$ 3.480.000	$ 556.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 556.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 3.480.000	$ 139.200	$ 0	$ 139.200	14-11 - ARL SURA	30	$ 3.480.000	5	$ 242.300	30	$ 3.480.000	SCCF22-COLSUBSIDIO	$ 139.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
9	230301-PORVENIR	25	$ 2.916.667	$ 466.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 466.700	EPS037-NUEVA EPS	25	$ 2.916.667	$ 116.700	$ 0	$ 116.700	14-11 - ARL SURA	25	$ 2.916.667	5	$ 203.100	25	$ 2.916.667	SCCF22-COLSUBSIDIO	$ 116.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
10	230301-PORVENIR	5	$ 583.334	$ 93.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 93.400	EPS037-NUEVA EPS	5	$ 583.334	$ 23.400	$ 0	$ 23.400	14-11 - ARL SURA	5	$ 583.334	5	$ 0	5	$ 583.334	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901252860
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			BELZCON SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 105 462 6	TELÉFONO:	8052562
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Construcción de otras obras de ingeniería civil.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7879993158	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES abril AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES mayo	AÑO	2023
DÍAS DE MORA:	1				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2023/05/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			2063899211

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP								CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
11	CC 1105884823	MOLINA MOGOLLON SANDRA ISABELA	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO		SI	11																	230301-PORVENIR	20	$ 773.334	$ 123.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 123.800	EPS037-NUEVA EPS	20	$ 773.334	$ 31.000	$ 0	$ 31.000	14-11 - ARL SURA	20	$ 773.334	5	$ 63.900	20	$ 773.334	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 31.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
12	CC 1114400986	NIETA AGUDELO MARIA ALEJANDRA	DEPEND		$ 2.700.000	FIJO		SI	18																	230301-PORVENIR	13	$ 1.170.000	$ 187.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 187.200	EPS037-NUEVA EPS	13	$ 1.170.000	$ 46.800	$ 0	$ 46.800	14-11 - ARL SURA	13	$ 1.170.000	7	$ 61.500	13	$ 1.170.000	CCF43-COMFENALCO QUINDIO	$ 46.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
13	CC 11303226	TINOCOARELLO SILVA CARLOS AUGUSTO	DEPEND	NO OBLIG COT PENS EDAD	$ 2.000.000	FIJO		SI	30																		0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.000.000	$ 80.000	$ 0	$ 80.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.000.000	02	$ 20.900	30	$ 2.000.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 80.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
14	CC 18396380	CHACON ANGEL ANDRES MAURICIO	DEPEND		$ 3.000.000	FIJO		SI																		230201-PROTECCION	30	$ 3.000.000	$ 480.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 480.000	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 3.000.000	$ 120.000	$ 0	$ 120.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 3.000.000	7	$ 296.800	30	$ 3.000.000	CCF43-COMFENALCO QUINDIO	$ 120.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
15	CC 39777930	GALLO SERRANO BELARMINA	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO		SI																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.160.000	2	$ 12.200	30	$ 1.160.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
16	CC 31774749	CASTAÑEDA BOLIVAR RUBINA	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO		SI																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.160.000	2	$ 12.200	30	$ 1.160.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
17	CC 52010581	PARDO NANCY SOFIA	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO		SI														L-03-05				25-14 COLPENSIONES	3	$ 116.000	$ 18.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 18.600	EPS005-SANITAS S.A.	3	$ 116.000	$ 4.700	$ 0	$ 4.700	14-11 - ARL SURA	3	$ 116.000	2	$ 0	3	$ 116.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
18	CC 52010581	PARDO NANCY SOFIA	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO		SI																		25-14 COLPENSIONES	27	$ 1.044.000	$ 167.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 167.100	EPS005-SANITAS S.A.	27	$ 1.044.000	$ 41.800	$ 0	$ 41.800	14-11 - ARL SURA	27	$ 1.044.000	2	$ 10.900	27	$ 1.044.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 41.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
19	CC 52834631	RICAURTE RODRIGUEZ JOHANNA MARCELA	DEPEND		$ 1.500.000	FIJO		SI																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.500.000	$ 240.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 240.000	EPS005-COMPENSAR	30	$ 1.500.000	$ 60.000	$ 0	$ 60.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.500.000	5	$ 104.400	30	$ 1.500.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 60.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
20	CC 52901081	CUERVO GIL ANGELICA MARIA	DEPEND		$ 1.500.000	FIJO		SI																		230201-PROTECCION	30	$ 1.500.000	$ 240.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 240.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.500.000	$ 60.000	$ 0	$ 60.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.500.000	5	$ 104.400	30	$ 1.500.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 60.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
21	CC 52980636	GARCIA MANCIPE VIVIANA PAULINA	DEPEND		$ 1.200.000	FIJO		SI																		230301-PORVENIR	30	$ 1.200.000	$ 192.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 192.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.200.000	$ 48.000	$ 0	$ 48.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.200.000	5	$ 63.600	30	$ 1.200.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 48.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
22	CC 79249755	BELZNER SALAZAR WILLY PATRICK	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO		SI																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.160.000	2	$ 12.200	30	$ 1.160.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
23	CC 79279044	SANCHEZ CASTRO OMAR URIEL	DEPEND		$ 4.500.000	FIJO		SI																		230301-PORVENIR	30	$ 4.500.000	$ 720.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 720.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 4.500.000	$ 180.000	$ 0	$ 180.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 4.500.000	5	$ 313.200	30	$ 4.500.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
24	CC 79299479	TOLOSA CAMARGO RUBEN DARIO	DEPEND		$ 8.000.000	FIJO		SI																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 8.000.000	$ 1.280.000	$ 40.000	$ 40.000	$ 0	$ 0	Normal	$ 1.360.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 8.000.000	$ 320.000	$ 0	$ 320.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 8.000.000	5	$ 556.800	30	$ 8.000.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
25	CC 80090732	BELZNER SALAZAR JORGE MARIO	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO		SI																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.160.000	2	$ 12.200	30	$ 1.160.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
26	CC 80190955	BAUTISTA CASTELLANOS NESTOR ORLANDO	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO		SI																		230301-PORVENIR	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.160.000	5	$ 60.600	30	$ 1.160.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
27	CC 88880765	VASQUEZ COLORADO CARLOS ANDRES	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO		SI	16																	230201-PROTECCION	13	$ 502.667	$ 80.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 80.500	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	13	$ 502.667	$ 20.200	$ 0	$ 20.200	14-11 - ARL SURA	13	$ 502.667	7	$ 35.000	13	$ 502.667	CCF43-COMFENALCO QUINDIO	$ 20.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 12.956.300

Planilla Pagada SOI

compensar | miplanilla.com

PLA[illegible]A INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900814868-8	CONSTRUCCIONES DFL S.A.S.	CR 71 C 53 A 10 SUR	6042704	admonconctruccionesdfl@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 58 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-05	2023-04	E	17/05/2023	87887320	$16.455.300

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	489.000	0		0		0	1	600	0	489.600	15
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	241.300	0		0		0	1	300	0	241.600	7
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	241.300	0		0		0	1	300	0	241.600	6
EPS010	EPS Sura	800088702-2	46.400	0		0		0	1	100	0	46.500	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	700.800	0		0		0	1	900	0	701.700	16
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	301.700	0		0		0	1	400	0	302.100	8
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	46.400	0		0		0	1	100	0	46.500	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	97.500	0		0		0	1	200	0	97.700	3
ESSC62	ASMET SALUD EPS SAS	900935126-7	6.200	0		0		0	1	100	0	6.300	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	1.187.900	0	0	0	0	1	1.500	0	1.189.400	7
230301	Porvenir	800224808-8	5.581.000	0	0	0	0	1	6.700	0	5.587.700	38
231001	Colfondos	800227940-6	872.400	0	0	0	0	1	1.100	0	873.500	5
25-14	Colpensiones	900336004-7	761.000	0	0	0	0	1	1.000	0	762.000	5

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	3.696.200				3.696.200	1	4.400	3.700.600			36.962	3.700.600	58

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	2.165.900	1	2.600	2.168.500	58

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

compensar | miplanilla.com

PLAN .A INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900814668-8	CONSTRUCCIONES DFL S.A.S.		CR 71 C 53 A 10 SUR	6042704	admonconctruccionesdfl@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					58	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-04	E	17/05/2023	67887320	$16.455.300	

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	9	2.170.600	2.173.600
Pensión	4	8.402.300	8.412.600
Riesgos Laborales	1	3.696.200	3.700.600
CCF	1	2.165.900	2.168.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	15	16.435.000	16.455.300

PAGADA

p33

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

compensar | miplanilla.com

PLAI A INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIO.. DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900814668-8	CONSTRUCCIONES DFL S.A.S.		CR 71 C 53 A 10 SUR	6042704	admonconctruccionesdfl@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					58	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-04	E	17/05/2023	67887320	$16.455.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1000622679	BELLO HERRERA JORGE ESTEBAN	1	0			S	X																230301	580.000	92.800	0	0	0	0	EPS002	580.000	23.200	14-11	580.000	5	40.400	CCF24	580.000	23.200	0	0	0	0	0
2	CC	1000810330	BRAND RIGUEROS DILAN YAMITH	1	0			S	X	X															230301	232.000	37.200	0	0	0	0	EPS008	232.000	9.300	14-11	232.000	5	16.200	CCF24	232.000	9.300	0	0	0	0	0
3	CC	1000857445	MUÑOZ GARAVITO JONATHAN ANDREY	1	0			S	X																230301	464.000	74.300	0	0	0	0	EPSC34	464.000	18.600	14-11	464.000	5	32.300	CCF24	464.000	18.600	0	0	0	0	0
4	CC	1002965604	VIDAL COLLAZOS JOSE MANUEL	1	0			S	X																230301	154.667	24.800	0	0	0	0	ESSC62	154.667	6.200	14-11	154.667	5	10.800	CCF24	154.667	6.200	0	0	0	0	0
5	CC	1005699425	TRUJILLO MUÑOZ BRAYAN STIVEN	1	0			S	X																230201	464.000	74.300	0	0	0	0	EPS037	464.000	18.600	14-11	464.000	5	32.300	CCF24	464.000	18.600	0	0	0	0	0
6	CC	10176203	RODRIGUEZ HERRERA JOSE HERNAN	1	0			S		X															230301	116.000	18.600	0	0	0	0	EPS037	116.000	4.700	14-11	116.000	5	8.100	CCF24	116.000	4.700	0	0	0	0	0
7	CC	1024497692	MARROQUIN OVALLE YEISON	1	0			S	X	X															230301	232.000	37.200	0	0	0	0	EPS005	232.000	9.300	14-11	232.000	5	16.200	CCF24	232.000	9.300	0	0	0	0	0
8	CC	1024502586	ANTOLINEZ CESAR ANTONIO	1	0			S																	230201	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS008	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
9	CC	1024524338	VELOZA PARRA FABIAN	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS017	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
10	CC	1024555958	GONZALEZ RODRIGUEZ IVAN YESID	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS037	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
11	CC	1024594293	PINZON RODRIGUEZ DANIELA ALEXANDRA	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS005	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
12	CC	1030537549	PEREZ ROMERO OSCAR ANDRES	1	0			S																	25-14	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS017	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
13	CC	1030676522	BUITRAGO HERNANDEZ JOAN JESUBRAN JOSUE	1	0			S										X							230301	116.000	18.600	0	0	0	0	EPS017	116.000	4.700	14-11	116.000	5	0	CCF24	116.000	0	0	0	0	0	0
14	CC	1030676522	BUITRAGO HERNANDEZ JOAN JESUBRAN JOSUE	1	0			S																	230301	1.044.000	167.100	0	0	0	0	EPS017	1.044.000	41.800	14-11	1.044.000	5	72.700	CCF24	1.044.000	41.800	0	0	0	0	0
15	CC	1032419520	ALONSO PIRACOCA JAIR DAVID	1	0			S																	25-14	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS017	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
16	CC	1032421397	VELOZA PARRA DIEGO	1	0			S		X															230301	116.000	18.600	0	0	0	0	EPS002	116.000	4.700	14-11	116.000	5	8.100	CCF24	116.000	4.700	0	0	0	0	0
17	CC	1032467597	GONZALEZ LUQUE ANGIE LIZETH	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS010	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	1	6.100	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
18	CC	1032496865	VANEGAS OLAVE JONATHAN ANDREY	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS008	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
19	CC	1032508762	RIOS CHIQUIZA SANTIAGO	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS008	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
20	CC	1063290263	CASTILLO ACOSTA AURELIO ANDRES	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS017	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
21	CC	1065866660	CARRASCAL CHAVEZ CARLOS ANDRES	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS005	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
22	CC	1065873982	SARAVIA VASQUEZ EUGENIO	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS037	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
23	CC	1065878167	MEZA SARABIA ESTIVEN	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS017	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
24	CC	1065887579	ALBAO MORENO WILVER	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS017	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
25	CC	1065907958	CASTRO SARABIA DAGO JUNIOR	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS017	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
26	CC	1077968207	LUQUE CASTRO CAMILO ALBERTO	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS017	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
27	CC	1077968735	MORA CASTILLO LUIS ERNESTO	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS017	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
28	CC	1077975089	LUQUE CASTRO DUVAN FELIPE	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS002	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
29	CC	1083917804	ANGEL MENDEZ JEISON JACOB	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS017	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
30	CC	1085180424	FLORIAN PEDROZO LUIS GERARDO	1	0			S		X															230301	116.000	18.600	0	0	0	0	EPS017	116.000	4.700	14-11	116.000	5	8.100	CCF24	116.000	4.700	0	0	0	0	0
31	CC	1090185956	PARRA GOMEZ JEAN CARLOS	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS002	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
32	CC	1090383309	RODRIGUEZ CONTRERAS JAVIER	1	0			S																	230201	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS002	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
33	CC	1090410670	GONZALEZ LOPEZ EDER JAVIER	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS037	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
34	CC	1093787101	RODRIGUEZ GUILLEN YEIZON ANDRES	1	0			S																	230201	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS005	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
35	CC	1104134008	GUERRERO DOMINGUEZ JOSE LUIS	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS002	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
36	CC	1106392184	ARIAS JOHANNA PAOLA	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS008	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
37	CC	11259402	BENAVIDES PINZON JUAN CARLOS	1	0			S		X															25-14	116.000	18.600	0	0	0	0	EPS002	116.000	4.700	14-11	116.000	5	8.100	CCF24	116.000	4.700	0	0	0	0	0
38	CC	1126423417	GUILLEN GONZALEZ YAIR ALFONSO	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS002	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
39	CC	11407378	SALDAÑA PABON JAIME ORLANDO	1	0			S																	231001	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS017	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900814668-8	CONSTRUCCIONES DFL S.A.S.	CR 71 C 53 A 10 SUR	6042704	admonconctruccionesdfl@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 58 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-05	2023-04	E	17/05/2023	87887320	$16.455.300

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	INS	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntaria Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
40	CC	1193311210	ROJAS RICO JEISON JAVIER	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS002	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
41	PT	1286964	BRICEÑO FERNANDEZ JOSE GERVACIO	1	0	X		S	X																0	0	0	0	0	0	0	EPS002	580.000	23.200	14-11	580.000	5	40.400	CCF24	580.000	23.200	0	0	0	0	0
42	CC	35198755	RAMOS NINI JOHANA	1	0			S																	230201	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS037	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
43	CC	396853	SEGURA HERNANDEZ LUIS ANTONIO	1	5			S																		0	0	0	0	0	0	EPS037	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
44	PT	5251703	RIVERO PEREZ CARLOS ENRIQUE	1	0			S	X																230301	193.334	31.000	0	0	0	0	EPS002	193.334	7.800	14-11	193.334	5	13.500	CCF24	193.334	7.800	0	0	0	0	0
45	PT	5812983	PARRA CARLIS IVAN JOSE	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS002	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
46	PT	5989832	HIDALGO PINTO FREDDY ALEXANDER	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS017	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
47	PT	6556026	PINTO RIVERO LORENZO JOSE	1	0	X		S																		0	0	0	0	0	0	EPSC34	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
48	PT	6836899	MAITA MEDINA RICARDO JOSE	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS041	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
49	CC	79582213	SARTA GONZALEZ ERIC ANTONIO	1	0			S	X																230301	193.334	31.000	0	0	0	0	EPS002	193.334	7.800	14-11	193.334	5	13.500	CCF24	193.334	7.800	0	0	0	0	0
50	CC	79587138	PEÑUELA ROJAS GERMAN ANTONIO	1	0			S																	25-14	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS002	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
51	CC	79620359	MONTOYA MORALES GUILLERMO	1	0			S																	231001	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS017	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
52	CC	79632136	GONZALEZ DUCON RAFAEL	1	0			S																	25-14	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS017	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
53	CC	79770757	CARVAJAL GOMEZ ALBERTO	1	0			S																	231001	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS008	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
54	CC	79832500	NIETO BARRAGAN AIMER	1	0			S																	230201	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS002	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
55	CC	80018393	PINZON LUQUE EDIMER	1	0			S																	231001	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS005	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
56	CC	80281909	LUQUE ILDER ANTONIO	1	0			S									X							230201	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS005	1.160.000	0	14-11	1.160.000	5	0	CCF24	1.160.000	0	0	0	0	0	0
57	CC	80283807	LUQUE BENAVIDES DIEGO FERNANDO	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS037	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
58	CC	80411056	ALONSO HERNANDEZ JOSE MAURICIO	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS005	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
59	CC	80778105	CASTAÑEDA TIBAVISCO JOSE EDICSON	1	0			S	X																231001	812.000	130.000	0	0	0	0	EPSC34	812.000	32.500	14-11	812.000	5	56.800	CCF24	812.000	32.500	0	0	0	0	0

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900297019-9	LEANT INGENIERIA SAS	CR 3 A 20 A 27	3107803926	LEANTINGENIERIALTDA@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	A – Más de 200 cot		CUNDINAMARCA	SOACHA		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				8	0
					TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-04	E	04/05/2023	67508354	$2.371.300	

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	92.800	0		0		0	0	0	0	92.800	2
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	123.800	0		0		0	0	0	0	123.800	3
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	89.800	0		0		0	0	0	0	89.800	3

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	123.800	0	0	0	0	0	0		123.800	1
230301	Porvenir	800224808-8	618.700	0	0	0	0	0	0		618.700	4
231001	Colfondos	800227940-6	482.600	0	0	0	0	0	0		482.600	3

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	533.400				533.400	0	0	533.400			5.334	533.400	8

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	306.400	0	0	306.400	8

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	3	306.400	306.400
Pensión	3	1.225.100	1.225.100
Riesgos Laborales	1	533.400	533.400
CCF	1	306.400	306.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	2.371.300	2.371.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLAN A INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900297019-9	LEANT INGENIERIA SAS	CR 3 A 20 A 27	3107803926	LEANTINGENIERIALTDA@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	A – Más de 200 cot			CUNDINAMARCA	SOACHA	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-04	E	04/05/2023	87508354	$2.371.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1032439886	PATIÑO FRAGOZO JEISON BRAYAM	1	0			S																	230301	1,160,000	185,600	0	0	0	0	EPS008	1,160,000	46,400	14-11	1,160,000	5	80,800	CCF22	1,160,000	46,400	0	0	0	0	0
2	CC	3120488	GARZON ORTIZ NORMAN ORLANDO	1	0			S																	230301	1,160,000	185,600	0	0	0	0	EPS005	1,160,000	46,400	14-11	1,160,000	5	80,800	CCF22	1,160,000	46,400	0	0	0	0	0
3	CC	79213540	GONZALEZ LOPEZ WILLAM YESSID	1	0			S	X																230201	773,334	123,800	0	0	0	0	EPS008	773,334	31,000	14-11	773,334	5	53,900	CCF22	773,334	31,000	0	0	0	0	0
4	CC	79217856	GONZALEZ LOPEZ MIGUEL ANGEL	1	0			S																	230301	1,160,000	185,600	0	0	0	0	EPS008	1,160,000	46,400	14-11	1,160,000	5	80,800	CCF22	1,160,000	46,400	0	0	0	0	0
5	CC	80059037	GALARZA GONZALEZ JAIRO LEONEL	1	0			S																	231001	1,160,000	185,600	0	0	0	0	EPS005	1,160,000	46,400	14-11	1,160,000	5	80,800	CCF22	1,160,000	46,400	0	0	0	0	0
6	CC	1022974479	ALDANA BARRERA YILBER DANILO	1	0			S																	231001	1,160,000	185,600	0	0	0	0	EPS017	1,160,000	46,400	14-11	1,160,000	5	80,800	CCF22	1,160,000	46,400	0	0	0	0	0
7	CC	1025142172	BALLESTEROS FERNANDEZ JOHN FREDY	1	0			S	X																231001	696,000	111,400	0	0	0	0	EPS017	696,000	27,900	14-11	696,000	5	48,500	CCF22	696,000	27,900	0	0	0	0	0
8	CC	1025141723	BALLESTEROS FERNANDEZ ELMER	1	0			S	X	X															230301	386,667	61,900	0	0	0	0	EPS017	386,667	15,500	14-11	386,667	5	27,000	CCF22	386,667	15,500	0	0	0	0	0

PAGADA

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901634239	2	CONSORCIO PROSPERAR BETHEL	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	BOGOTA (COMPENSAR)	CARRERA 57 # 99A - 65 OFC 1110 BAQ	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3434123	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-04	2023-05	2084983687	9450456360	E	2023/05/10	2023/05/16	BANCOLOMBIA	6	$362,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	52716913	ZORRO TRINIDAD																		230201	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-7	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	SI	$359,200
Total	**Afiliados(1)**																						$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$46,400			$1,160,000	$46,400			$1,160,000	$80,800		$0	$0		$359,200

2023/05/30 02:35 PM

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901634239	2	CONSORCIO PROSPERAR BETHEL	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	BOGOTA (COMPENSAR)	CARRERA 57 # 99A - 65 OFC 1110 BAQ	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3434123	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-04	2023-05	2084983687	9450456360	E	2023/05/10	2023/05/16	BANCOLOMBIA	6	$362,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$1,400	$0	$187,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$185,600	$1,400	$0	$187,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$80,800	$600	$0	$81,400
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$80,800	$600	$0	$81,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$46,400	$400	$0	$46,800
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$46,400	$400	$0	$46,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$46,400	$400	$0	$46,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$46,400	$400	$0	$46,800
TOTAL				1	$359,200	$2,800	$0	$362,000

2023/05/30 02:35 PM

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	900983334-1	ESTRUMACOL SAS	CALLE 5B No. 81A-04 SUR	3203579222	estrumacol@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL / PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				2	0
2023-04	2023-03	E	31/05/2023	98187771	TOTAL A PAGAR	
					$632.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombiano	Vallenpio	Extranjero	Varios Aportes	Estudiante	RET	IGE	SLN	INC	LMA	VAC	VST	SUS	IRL	DIA	VCT	AVP	VIP	VAS	FAL	SUSPENSIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. 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	13286964	Gallardo Santiago Gustavo	1	S			S																			0	0	0	0	0	EPS017	1.160.000	46.400	14-17	1.160.000	3	80.600	CCF21	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
2	CC	1127619328	BERRIO BELLO JULIO	1	O			S																			23030	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS001	1.160.000	46.400	14-17	1.160.000	3	80.600	CCF21	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0

PAGADA

165

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	900963334-1	ESTRUMACOL SAS	CALLE 5B No. 61A-04 SUR	3203579222	estrumacol@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL / PPAL	BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				2	0
2023-04	2023-05	E	31/05/2023	88187771	TOTAL A PAGAR	
					$532.000	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	46.400	0		0		0	0	0	0	46.400	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	46.400	0		0		0	0	0	0	46.400	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
230301	Porvenir	800224808-8	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										
14-17	Seg Vida Alfa S.A.	860503617-3	161.800				161.800	0	0	161.800			1.618	161.800	2

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	92.800	0	0	92.800	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	92.800	92.800
Pensión	1	185.600	185.600
Riesgos Laborales	1	161.800	161.800
CCF	1	92.800	92.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	5	532.800	532.800

392

PAGADA

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