SOLIUN SAS	INFORME MENSUAL No.1 – COMPONENTE SST		
	Fecha de emisión: 24/02/2024	PERIODO ENTRE EL 5 DE ENERO AL 31 ENERO DE 2024	
	Versión: 2		

BOGOTÁ

Secretaría Distrital del Hábitat

CONTRATO DE INTERVENTORIA No. 1160 DE 2023
SOLIUN SAS
DIRECCIÓN: CARRERA 70C No. 48 -55
TELÉFONO: 76530168 – 3013942384
Email: proyectos@soliunsas.com

"REALIZAR INTERVENTORÍA INTEGRAL (TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, CONTABLE, SOCIAL Y LEGAL) DE LAS INTERVENCIONES DE ACUPUNTURA URBANA PARA LOS TERRITORIOS PRIORIZADOS POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DEL HÁBITAT"

INFORME MENSUAL No 1 – COMPONENTE SST
PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 5 DE ENERO AL 31 DE ENERO DE 2024

TOMO 1 DE 1

TABLA DE CONTROL

COPIA CONTROLADA	X	COPIA NO CONTROLADA	

	Nombre	Cargo	Firma
ELABORÓ	YINETH CRUZ	Profesional SST	
APROBÓ	EDNA CONSTANZA CEPEDA SANCHEZ	Directora de Interventoría	

FEBRERO DE 2024 / BOGOTA D.C.

TABLA DE CONTENIDO

pág.

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO 5
2. UBICACIÓN DEL PROYECTO 5
PARQUE DESARROLLO SANTA CECILIA PARTE BAJA 5
PARQUE RIVERAS DE OCCIDENTE 5
PARQUE URBANIZACIÓN LA CAMELIA 5
PARQUE PATIO BONITO II SECTOR D 5
PARQUE CHUNIZA I 5
3. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS CONTRATOS 8
CONTRATO DE OBRA 8
4. OBJETIVOS 9
4.1. OBJETIVO GENERAL 9
4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS 9
4.1. INFORME DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 11
4.2. VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES SEGÚN EL SG-SST Y SUS SUB-PROGRAMAS 11
5. DOCUMENTACIÒN DEL PERSONAL 11
5.1. PERSONAL DEL CONTRATO Y VERIFICACION DE APORTES INTERVENTORIA 11
5.2. REGISTRO DE INDUCCIÓN DE LA INTERVENTORÍA 12
5.3. PERSONAL DE OBRA DEL CONTRATISTA 13
6. SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO 13
6.1. EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES 13
7. MATRIZ DE IDENTIFICACION Y VALORACION DE RIESGO 15
7.1. INTERVENTORIA 15
7.2. CONTRATISTA CONSORCIO ARQING 15
8. PROGRAMA DE CAPACITACIONES SST 16
8.1 ACTIVIDADES DE CAPACITACIONES INTERVENTORIA 16
9. COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (COPASST) 16
10. COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL 16
11. INDICADORES DE ACCIDENTALIDAD 17
12. ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL 18
13. PLAN DE EMERGENCIA CONTRATISTA - INTERVENTORIA 18
14. PROTOCOLOS GENERALES DE BIOSEGURIDAD PARA MITIGAR, CONTROLAR Y REALIZAR EL ADECUADOS MANEJO DE LA PANDEMIA DEL CORONAVIRUS CON EL FIN DE EVITAR CONTAGIO COVID 19 19
14.1. MEDIDAS GENERALES 19
15. CONCLUSIONES 20

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Relación personal interventoría 11
Tabla 2. Relación de personal contratista 13
Tabla 3:Relación Capacitacion interventoría 16

LISTADO DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Ubicación Parque Santa Cecilia parte baja 6
Ilustración 2. Ubicación Parque Riveras de occidente 6
Ilustración 3. Ubicación Parque Urbanización la camelia 7
Ilustración 4. Ubicación Parque Patio Bonito II Sector 7
Ilustración 5. Ubicación Parque Chuniza I 8

TABLA DE ANEXOS

ANEXO 1. RELACION DE PERSONAL DE LA INTERVENTORIA/ PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL
ANEXO 2. EXAMENES MEDICOS DEL PERSONAL DE LA INTERVENTORIA
ANEXO 3. INDUCCIONES Y CAPACITACIONES
ANEXO 4. COPASST
ANEXO 5. ÍNDICE DE ACCIDENTALIDAD DE INTERVENTORIA

INTRODUCCIÓN

El presente informe corresponde al seguimiento, verificación y control realizado por esta Interventoría en cumplimiento del contrato No. 1160 de 2023 suscrito entre SOLIUN SAS y la SECRETARIA DISTRITAL DEL HABITAT - SDHT, a las actividades ejecutadas por el Contratista de Obra CONSORCIO ARQING HABITAT de acuerdo con el contrato No. 1164 de 2023.

La revisión se efectuó para el periodo correspondiente al primer mes de ejecución del contrato de obra definido desde el 05 de enero de 2024 hasta el 31 de enero de 2024, donde se tuvieron en cuenta los aspectos técnicos, administrativos, financieros, ambientales, SST y legales, según las condiciones contractuales establecidas; cabe resaltar que el seguimiento se realiza acorde con los lineamientos establecidos en el Anexo Técnico del contrato, respectivamente.

De acuerdo con lo antes mencionado, dentro del presente informe se describen las labores realizadas por el Contratista en el periodo de tiempo enunciado anteriormente; así mismo, se presentan las observaciones, comentarios y recomendaciones a las actividades ejecutadas en el periodo reportado.

Finalmente, se resumen los estados de los Contratos de obra e Interventoría, exponiendo al final del documento las respectivas conclusiones del estado del contrato de obra, a la fecha de entrega de este reporte.

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO

Se realiza la Implementación de acciones de Acupuntura Urbana en Bogotá y para este informe se presenta específicamente con el Contrato de Obra No. 1164 de 2023.

"REALIZAR INTERVENTORÍA INTEGRAL (TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, CONTABLE, SOCIAL Y LEGAL) DE LAS INTERVENCIONES DE ACUPUNTURA URBANA PARA LOS TERRITORIOS PRIORIZADOS POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DEL HÁBITAT".

2. UBICACIÓN DEL PROYECTO

En el presenta periodo, el proyecto se desarrolla en 5 territorios que se describen a continuación:

PARQUE O ESCENARIO	CÓDIGO SEGÚN IDRD	RUPI	LOCALIDAD	DIRECCIÓN
Parque Desarrollo Santa Cecilia parte baja	01-035	293-8	Usaquén	KR 5 A 163 D 46
Parque Riveras de Occidente	08-006	1156-31	Kennedy	CL 34A SUR 91 05
Parque urbanización La Camelia	16-054	2244-18	Puente Aranda	KR 54 1B 30
Parque Patio Bonito II sector D	08-163	1219-10	Kennedy	KR 87 34 31 SUR
Parque Chuniza I	05-051	1660-51	Usme	CL 90 SUR - KR 8

- **PARQUE DESARROLLO SANTA CECILIA PARTE BAJA**

Se encuentra ubicado en la localidad de Usaquén en la KR 5 A 163 D 46; En la imagen 1, se relaciona su ubicación e imágenes del estado inicial de este parque.

IMAGEN 1



Ilustración 1. Ubicación Parque Santa Cecilia parte baja

- **PARQUE RIVERAS DE OCCIDENTE**

Se encuentra ubicado en la localidad de Kennedy en la CL 34A SUR 91 05; En la imagen 2, se relaciona su ubicación e imágenes del estado inicial de este parque.

IMAGEN 2

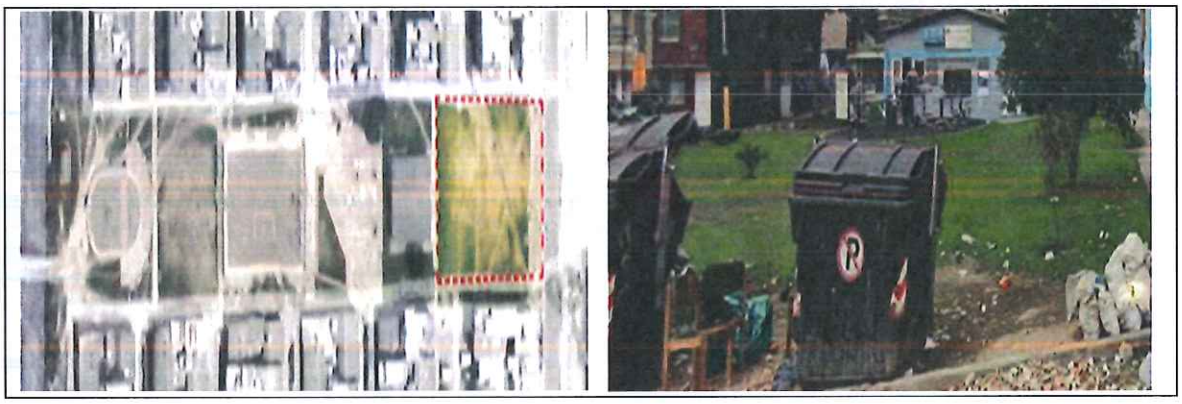


Ilustración 2. Ubicación Parque Riveras de occidente

- **PARQUE URBANIZACIÓN LA CAMELIA**

Se encuentra ubicado en la localidad de Puente Aranda en la KR 54 1B 30; En la imagen 3, se relaciona su ubicación e imágenes del estado inicial de este parque.

IMAGEN 3

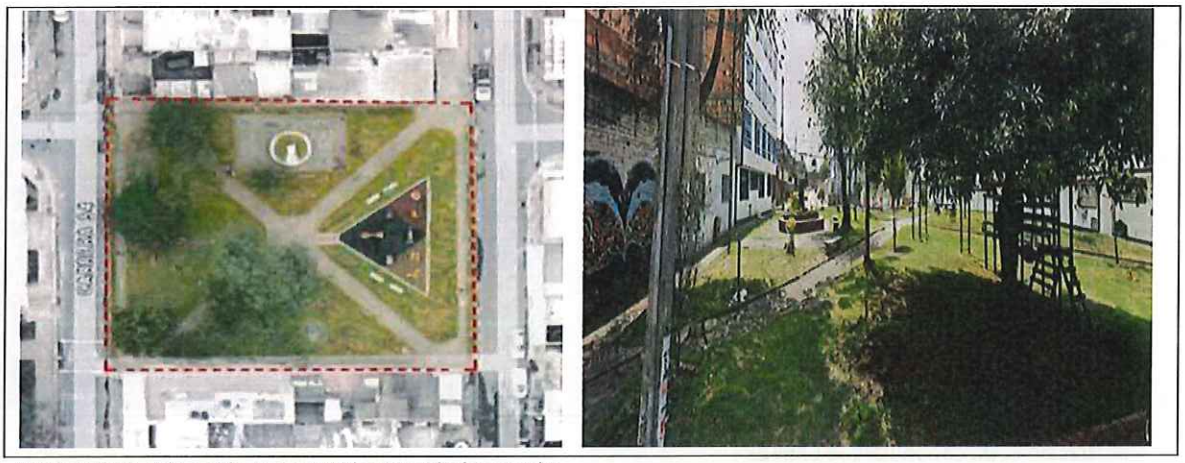


Ilustración 3. Ubicación Parque Urbanización la camelia

- **PARQUE PATIO BONITO II SECTOR D**

Se encuentra ubicado en la localidad de Kennedy en la KR 87 34 31 SUR; En la imagen 4, se relaciona su ubicación e imágenes del estado inicial de este parque.

IMAGEN 4



Ilustración 4. Ubicación Parque Patio Bonito II sector D

- **PARQUE CHUNIZA I**

Se encuentra ubicado en la localidad de Usme en la CL 90 SUR - KR 8; En la imagen 5, se relaciona su ubicación e imágenes del estado inicial de este parque.

IMAGEN 5



Ilustración 5. Ubicación Parque Chuniza I

3. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS CONTRATOS

CONTRATO DE OBRA

No. de contrato	1164 DE 2023
Contratista de obra	CONSORCIO ARQING HABITAT
Objeto	"CONTRATAR LA EJECUCIÓN DE LAS OBRAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ACCIONES DE ACUPUNTURA URBANA EN LOS TERRITORIOS PRIORIZADOS POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DEL HÁBITAT."
Periodo de apropiación de los diseños	QUINCE (15) DÍAS
Periodo de ejecución de obra	TRES (03) MESES Y QUINCE (15) DIAS
Plazo total del contrato	CUATRO (4) MESES
Valor etapa de obra	$ 2.528.960.329,00
Valor total del contrato	$ 2.528.960.329,00
Fecha Inicio	20 de diciembre de 2023
Fecha de Terminación del contrato:	19 de abril de 2024

CONTRATO DE INTERVENTORIA

No. de contrato	1160 DE 2023
Contratista de Interventoría	SOLIUN SAS
Objeto	"REALIZAR LA INTERVENTORÍA INTEGRAL (TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, CONTABLE, SOCIAL, AMBIENTAL Y LEGAL) DE LA EJECUCIÓN DE LAS OBRAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ACCIONES DE ACUPUNTURA URBANA EN LOS TERRITORIOS PRIORIZADOS POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DEL HÁBITAT".
Periodo de apropiación de los diseños	QUINCE (15) DÍAS
Periodo de ejecución de obra	TRES (03) MESES Y QUINCE (15) DIAS
Plazo de liquidación	QUINCE (15) DÍAS
Plazo total del contrato	CUATRO (4) MESES Y QUINCE (15) DÍAS
Valor etapa de obra	$ 291.788.204,00
Valor total del contrato	$ 291.788.204,00
Fecha Inicio	20 de diciembre de 2023
Fecha de Terminación contrato:	04 de mayo de 2024

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Describir las actividades SST, realizadas por el contratista y verificadas por esta interventoría durante el primer periodo de obra, que comprende el periodo del **5 de enero al 31 de enero de 2024,** de acuerdo con los lineamientos SST para el contrato de obra.

4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Presentar a la **SECRETARIA DISTRITAL DEL HABITAT (SDHT)** la adecuada ejecución de los contratos tanto de Obra como de Interventoría.

2. Informar de forma continua y periódica a través de los comités de obra, el avance, problemas y solución.

3. Supervisar la ejecución y desarrollo de las actividades SST en obra

4. Supervisar y controlar el cumplimiento de las obligaciones de pagos de salud, pensión. ARL y aportes a la caja de compensación familiar, ICBF y Sena, teniendo en cuenta la normatividad legal.

5. Llevar el registro de maquinaria que ingresa a la obra.

6. Llevar un estricto control de afiliaciones y pagos de seguridad social del personal que ingresa a la obra del contratista como la interventoría.

7. Verificar el cumplimiento de entrega de dotación y elementos de protección personal al personal que labora en obra al igual el uso de los elementos de protección personal.

5. INFORME GENERAL DE GESTIÓN SST

De acuerdo con el proceso de ejecución de las labores realizadas para el periodo comprendido entre el **5 de enero al 31 de enero de 2024** objeto del presente informe se adjuntan copias de los soportes correspondientes a las gestiones del área SST realizadas.

Siendo una de las obligaciones de la interventoría hacer el registro y control de las labores a cargo del contratista, este informe contiene el seguimiento de las principales tareas adelantadas referente a los aspectos SST que tienen que ver con la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo del contrato en ejecución. Además, se verifican las actividades ejecutadas en el periodo reportado por esta interventoría.

Se presenta el resumen de las actividades realizadas por la interventoría en lo que se refiere al manejo de Seguridad y Salud en el Trabajo en los siguientes aspectos:

- Cuadro de relación de personal vinculado al proyecto.
- Inducciones del personal vinculado en el proyecto
- Afiliaciones y pagos de seguridad social de todo el personal vinculado al proyecto.
- Exámenes médicos ocupacionales de ingreso
- Indicadores de accidentalidad

- COPASST." Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo"
- Cumplimiento de los Protocolos de Bioseguridad

4.1. INFORME DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

La interventoría en cumplimiento de su propósito contractual realizo un seguimiento especifico y permanente a las actividades ejecutadas por parte del contratista en todos sus aspectos SST.

Para este periodo el contratista **CONSORCIO ARQING** las actividades presentadas a la Interventoría fue el Plan de Gestión SST y Protocolo de Bioseguridad, en las cuales se emitieron unas observaciones por parte de la interventoría para ser subsanadas en el menor tiempo posible.

El contratista remite a la interventoría los planes ya subsanados y se radican a la **SECRETARIA DISTRITAL DEL HABITAT (SDHT)** para su respectiva verificación y aprobación.

4.2. VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES SEGÚN EL SG-SST Y SUS SUB-PROGRAMAS

A continuación, se realiza una descripción de cada una de las actividades relacionadas con el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo (SG-SST). Durante el desarrollo del periodo objeto del presente informe se realizó las siguientes actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo.

5. DOCUMENTACIÒN DEL PERSONAL

5.1. PERSONAL DEL CONTRATO Y VERIFICACION DE APORTES INTERVENTORIA

PERSONAL DE INTERVENTORIA SOLIUN SAS

Tabla 1. Relación personal de Interventoría

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO
1	EDNA CONSTANZA CEPEDA	51870499	Directora
2	LUIS ALBERTO MEDRANO	19.331.658	Residente
3	MARIA DEL ROSARIO CARDENAS	35.478.754	Social
4	YINETH CRUZ	28.797.551	Profesional SST
5	SINDY NATALI ESPINOSA	1.024.481.967	Ingeniera Ambiental
6	NATALIA RAMIREZ	1.057.412.941	Apoyo Ambiental

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO
7	JOAN SEBASTIAN RUEDA	1.098.730.430	Apoyo Técnico
8	JEISON DELGADO	1.018.459.148	Presupuesto y Programación
9	CLAUDIA VERGEL	51.857.351	Hidráulico
10	CAMILO ROMERO	79746.462	Geotecnia

5.2. Registro de inducción de la Interventoría

En el presente informe, se adjuntan los soportes de inducción realizada a los trabajadores de la interventoría, en esta inducción se incluyen los siguientes temas:

a. Generalidades
b. Reglamento en Seguridad y Salud en el trabajo
c. Reglamento Interno de Trabajo
d. Responsabilidad y Funciones en SST y Ambiente. (Perfil de Cargo)
e. Plan de Emergencias,
f. Registro de MEDEVAC
g. Vigía de Seguridad/Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo
h. Factores de Riesgos generales de la empresa y sus controles (Notificación de Riesgos)
i. Gestión Ambiental (Aspectos e impactos ambientales: RESPEL, RCD, Puntos Ecológicos)
j. Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo
k. Divulgación de Formato de Reporte de actos y condiciones inseguras
l. Divulgación de Significado de accidente y enfermedad Laboral (Tiempo mínimo de resorte de Accidente de trabajo)

Dentro de los registros que se diligencian a la hora de realizar la inducción en obra se enumeran los siguientes:

- Formato de Autorización de tratamiento de datos personales
- Notificación de Riesgos y Controles
- Notificación de condiciones de salud
- Registro de Evaluación
- Encuesta de Perfil Sociodemográfico
- Notificación de examen de egreso

El anterior personal de la interventoría cuenta con toda la documentación relacionada en el presente informe. **(Ver Anexo 1.)**

5.3. PERSONAL DE OBRA DEL CONTRATISTA

Durante el periodo correspondiente al presente informe el contratista reporta el personal mínimo requerido aprobado para la ejecución del contrato en el proyecto de la Secretaría Distrital del Hábitat para el contrato de obra 1164-2023.

PERSONAL DEL CONTRATISTA CONSORCIO ARQING HABITAT

Tabla 2. Relación personal del Contratista

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	CARGO
1	NIDIA PABON	52.884.074	DIRECTORA
2	GUSTAVO PALACIOS	19.055.241	RESIDENTE
3	PAOLA LEON	53.026.061	SOCIAL
4	MILENA MONRROY	53.114.837	PROFESIONAL SST
5	CARLOS BOTON	80.724.186	PROFESIONAL EN GEOTECNIA
6	SANDRA VIVIANA SANTA MARIA	53.117.481	INGENIERA AMBIENTAL
7	JONATHAN CIFUENTES	1.014.261.904	INSPECTOR DE OBRA
8	DIEGO CORTES	1.022.355.450	TOPOGRAFO
9	NUBIA HURTUA	20.485.497	APOYO

La Interventoría en cabeza del Profesional SST ha velado por el cumplimiento de las normas de seguridad y salud ocupacional, al contratista se les exige el cumplimiento de la normatividad vigente en este aspecto,

6. SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO

El subprograma de medicina preventiva y del trabajo, tiene como finalidad la promoción, prevención y control de la salud de los trabajadores frente a los factores de riesgos ocupacionales.

6.1. EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES

Son aquellos **exámenes médicos** practicados a los trabajadores con el propósito de: Determinar si un trabajador tiene contraindicación o no para desempeñarse en una situación de riesgo.

Las evaluaciones ocupacionales son actos médicos que buscan el bienestar del trabajador de manera individual y que orientan las acciones de gestión para mejorar las condiciones de salud y de trabajo, interviniendo el ambiente laboral y asegurando un adecuado monitoreo de las condiciones de salud de los trabajadores expuestos.

La práctica de exámenes médicos ocupacionales es una de las principales actividades de Medicina Preventiva y del Trabajo y constituye un instrumento importante en la elaboración del

diagnóstico de las condiciones de salud de la población trabajadora, por ende, es información vital para el desarrollo de los diferentes programas de gestión para la prevención y control de la enfermedad relacionada con el trabajo.

OBJETO: Definir un procedimiento aplicable para realizar los exámenes ocupacionales de ingreso, periódicos y de egreso para los trabajadores y una guía para elaborar el profesiograma, en empresas del sector de la construcción, enmarcados en la legislación vigente.

ALCANCE: Aplica a los trabajadores de todas las áreas y procesos de empresas dedicadas a las actividades de construcción.

RESPONSABILIDADES: Es responsabilidad del área de Talento Humano y (SG-SST) de la empresa contratista, subcontratistas difundir y ejecutar las actividades del presente documento. Igualmente deberá revisar anualmente el procedimiento y actualizarlo de acuerdo con los cambios en la legislación aplicable y/o cambios al interior de los procesos de la empresa.

CUMPLIMIENTO ENTREGA DE EXAMENES MEDICOS DE INGRESO

EXAMENES MEDICOS DE INTERVENTORIA. Se adjunta exámenes médicos personal de la interventoría. **Ver anexo 2**

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el examen médico ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías y secuelas de estas que puedan construir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas movimientos repetitivos, cualquier alteración significativa serán tenidas en cuenta para el cuidado de la salud del trabajador y atención de tratamiento si hay lugar.

RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCION COVID 19 REALIZADAS POR EL CENTRO MEDICO

- Lavar las manos regularmente con agua y jabón
- Usar tapabocas de forma permanente en espacios cerrados
- Evitar tocarse la cara, especialmente después de tener contacto con superficies contaminadas o personas enfermas.

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES MEDICOS DE INGRESO

Las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerio de trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones medicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de

determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo.

RECOMENDACIONES DE INTERVENTORIA. Se le recomienda al contratista realizar el debido seguimiento a cada uno de los exámenes médicos de los trabajadores cuando sean presentados, con el fin de llevar los respectivos controles y prevenir alteraciones en la salud de cada uno de ellos a causa de la exposición de los factores de riesgos presentes en el lugar de trabajo cualquier alteración significativa serán tenidas en cuenta para el cuidado de la salud del trabajador y atención de tratamiento si hay lugar. Se solicita realizar la entrega de las recomendaciones médicas a los colaboradores y hacer seguimiento de las mismas.

7. MATRIZ DE IDENTIFICACION Y VALORACION DE RIESGO

7.1. INTERVENTORIA

Se le realiza seguimiento a la matriz de riesgo que se elaboró para el contrato de la interventoría No. 1160-2023 donde se verifica los riesgos existentes con el fin de minimizarlos y tomar los controles necesarios para evitar los accidentes laborales, de acuerdo a lo anterior se realizan las actividades como: inspecciones, capacitaciones y entrega de EPP para cada una de las actividades a ejecutar en el proyecto, se incluye Riesgo Biológico (covid-19). Matriz de riesgo de la Interventoría. **Se adjunto en el plan de SG-SST.**

7.2. CONTRATISTA CONSORCIO ARQING

La matriz de riesgo, también conocida como matriz de probabilidad e impacto, se utiliza durante el análisis de riesgo, es una herramienta visual que le permite ver rápidamente que riesgos deben recibir la mayor atención, lo que hace que sea mucho más fácil para los equipos comprender y participar en el proceso.

Siguiendo los lineamientos establecidos en la GTC 45, la interventoría verifico cumplimiento de las medidas de identificación de peligros, durante el periodo se verifican avance de obra por tal razón el contratista actualiza matriz de riesgo de igual forma se le recomendó capacitar al personal para prevenir accidentes laborales.

Según las actividades constructivas y de Seguridad y Salud en el Trabajo se tienen en cuenta para llevar un control adecuado en la aplicación de la matriz de riesgo, procedimientos de trabajos seguros, programa de señalización, demarcación de áreas, uso de elementos de protección personal, inspecciones y capacitaciones, con el fin prevenir, controlar y evitar accidentes laborales y la implementación de los protocolos de Bioseguridad con el fin de prevenir el contagio del COVID19. Matriz de riesgo del Contratista. **Se adjunta en el plan de SG-SST.**

Una vez se inicie actividades se solicitará al contratista realizar la actualización de la matriz de peligros por los frentes de obra que estén contempladas en el contrato.

8. PROGRAMA DE CAPACITACIONES SST

8.1 ACTIVIDADES DE CAPACITACIONES INTERVENTORIA

Tabla 3. Capacitación de Interventoría

NO.	TEMA	FECHA	PARTICIPANTES
1	Plan de Emergencia.	Enero de 2024	Área operativa-administrativa

Las anteriores capacitaciones y actividades son realizadas con el fin de cumplir con el cronograma de actividades estipuladas en SG-SST, fortalecer el conocimiento de los trabajadores y prevenir accidentes laborales con el uso permanentes de los Elementos de Protección Personal en la obra realizando cada una de las actividades para las que fuimos contratados.

(Ver Anexo 3) del presente Informe.

9. COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (COPASST)

El Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo es un organismo de promoción y vigilancia de las normas y reglamentos de Seguridad y Salud en el Trabajo dentro de la empresa, a través de actividades e promoción, información y divulgación. Es decir, garantiza que los riesgos de enfermedad y accidentes derivados del trabajo se reduzcan al mínimo. Está regido por el Decreto 614 de 1984, Resolución 1016 de 1989, Decreto-Ley 1295 de 1994, Ley 1562 de 2012 y Decreto 1443 de 2014.

Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo. Durante el presente periodo se presenta el Acta de Conformación del COPASST del día **25 de enero del 2024**. El acta es firmada por cada uno de los integrantes **(Ver Anexo 4).**

10. COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL

El Comité de convivencia Laboral es el organismo al que le corresponde velar por la prevención de las situaciones que configuren acoso laboral, forma parte de las estrategias que las empresas adoptan para crear mejores condiciones laborales para sus empleados. Se crea con el objetivo de solucionar los diferentes tipos de conflictos relacionados con el contexto laboral, que se pueda presentar con las personas que trabajan en una empresa.

REPRESENTANTES POR LA EMPRESA

Tabla 4. Relación de Integrantes copasst Interventoría

N0.	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO
1	YANNETH DUARTE	PRINCIPAL
2	RAUL DELGADO	SUPLENTE
REPRESENTANTES POR LOS TRABAJADORES		
N0.	**NOMBRES Y APELLIDOS**	**CARGO**
1	ANDRES CORDOBA	PRINCIPAL
2	JUAN CARLOS RAMIREZ	SUPLENTE

Para el periodo no aplica reunión de Comité de Convivencia Laboral, de acuerdo a la normatividad vigente las reuniones se realizan cada 3 meses, por consiguiente, está programada para el mes de febrero. Durante el periodo no se recibió ninguna queja o reclamo del personal vinculado a la empresa, el personal se muestra satisfechos realizando su trabajo en cada una de las áreas que conforman la empresa.

11. INDICADORES DE ACCIDENTALIDAD

Los indicadores son formulaciones generalmente matemáticas con las que se busca obtener los índices de accidentalidad.

Algunos ejemplos de estos indicadores son la tasa de accidentalidad, índice de frecuencia, índice de severidad, índice de lesión incapacitante, ausentismo, costos del accidente. La tasa de accidentalidad usualmente se presenta en casos / 100 trabajadores expuestos.

CONTRATO No. 1160 de 2023 Fecha			SOLIUN SAS	BOGOTÁ
31	ENERO	24		
DD	MM	AA		

CONTRATO No. 1160 de 2023

OBJETO DEL CONTRATO

REALIZAR LA INTERVENTORIA INTEGRAL(TECNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, CONTABLE, SOCIAL Y LEGAL) DE LAS INTERVENCIONES DE ACUPUNTURA URBANA DE LOS TERRITORIOS PRIORIZADOS POR LA SECRETARIA DISTRITAL DEL HABITAT.

FORMATO No. 23. FORMATO CONSOLIDADO INDICADORES DE ACCIDENTALIDAD E INCIDENTES

PERIODO DEL INFORME **DEL 5 DE ENERO AL 31 DE ENERO DE 2024**

PERIODO	No. DE TRABAJADORES	HHT	No. DE ACCIDENTES	DIAS PERDIDOS O CARGADOS	I.F.	I.S.	I.L.I.	I.D.P.	TASA
Informe N0.1 Periodo Del 5/01/2024 al 31/01/2024	10	900	0	0	0,00	-	-	0	0,00

Durante el periodo la interventoría presenta índice de accidentalidad de (0) accidentes laborales **(Ver Anexo 5)** del presente informe.

Durante el periodo del presente informe el contratista no reporta formato de índice de accidentalidad no aplica.

12. ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

Los elementos de protección personal deben utilizarse como parte del programa de gestión y seguridad industrial de la empresa el cual abarca la evaluación completa de los peligros y el uso correcto de los equipos, su formación y la educación de los empleados que los deben de utilizar de las operaciones de mantenimiento, construcción y el compromiso de las directivas en busca de un resultado, los elementos de protección son esenciales, son elementos esenciales para el control de los riesgos laborales y se pueden utilizar eficazmente si se conocen bien el lugar que ocupan en la parte de seguridad y salud ocupacional.

Los elementos de protección personal (EPP) son equipos de seguridad, de uso individual, que tienen como finalidad proteger al trabajador de los peligros propios o derivados de la labor que se ejecuta. Su función no es eliminar el peligro, sino minimizar la exposición a éste en conjunto con la aplicación de controles.

- Tapabocas
- Gafas de Seguridad
- Guantes de carnaza
- Guantes de Caucho
- Protector Aditivo de inserción
- Protector Auditivo de Copa
- Casco de seguridad

INTERVENTORIA: Durante el periodo la interventoría está en el proceso de la realización de las chaquetas para el presente contrato, realizo la entrega de tapabocas, casco, botas de seguridad punta de acero al personal vinculado y aprobado.

13. PLAN DE EMERGENCIA CONTRATISTA - INTERVENTORIA

Es un grupo de trabajadores organizados debidamente entrenados y capacitados para actuar antes, durante y después de una emergencia en la institución. A los cuales se les denomina brigadistas que se desempeñan como promotores del área preventiva y actúan en caso de una emergencia. Deberán estar conformadas por personas que aseguren el soporte logístico del plan de emergencias, por lo tanto, deben conocer las instalaciones, rutas y alarmas. Estas personas serán entrenadas en extinción de incendios, rescates y salvamentos minimizando sus consecuencias.

QUIENES LA CONFORMAN DEBEN TENER LAS SIGUIENTES CUALIDADES

- Ser voluntarios
- Representar a todas las áreas
- Tener permanencia dentro de la empresa
- Poseer liderazgo que permita la participación de otros integrantes
- Estar en adecuado estado físico y mental
- Conocer la institución y sus procesos
- Estar capacitado y entrenado adecuadamente

La brigada de emergencia es la estructura responsable de coordinar la ejecución de las actividades antes, durante y después de una emergencia o desastre.

Se hace la validación del plan de emergencia del contratista **Consorcio Arqing.**

Una vez inicie las actividades se realiza la actualización y la socialización a los colaboradores por cada frente de trabajo.

14. PROTOCOLOS GENERALES DE BIOSEGURIDAD PARA MITIGAR, CONTROLAR Y REALIZAR EL ADECUADOS MANEJO DE LA PANDEMIA DEL CORONAVIRUS CON EL FIN DE EVITAR CONTAGIO COVID 19.

ANTECEDENTES COVID 19

Es una nueva enfermedad, causada por un nuevo coronavirus que no se había visto antes en seres humanos. El nombre de la enfermedad se escogió siguiendo las mejores prácticas establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para asignar nombres a nuevas enfermedades infecciosas en seres humanos.

14.1. MEDIDAS GENERALES

- Uso obligatorio del Tapa bocas
- Lavado de manos con frecuencia y aplicar técnica de lavado

PROTOCOLOS APLICADOS EN LA OBRA

- Desinfección y Limpieza ingreso a la obra
- Cambio de ropa en el trabajo
- Lavado de manos
- Uso de gel
- Uso de Tapabocas

- Distanciamiento Social

ACTIVIDADES DE PROTOCOLOS

- Desinfección y limpieza general
- Socialización de Protocolos de Bioseguridad
- Demarcación y señalización

La interventoría realiza todos los procedimientos como los formatos inscritos en cada uno de los protocolos de bioseguridad registrados e implementados en el presente contrato, se realizan las condiciones de salud por medio de una aplicación de un formulario google donde de forma diaria en horas de la mañana antes de salir de la vivienda, con el fin de cumplir con la normatividad vigente y minimizar el contagio covid 19. También por medio de mensajes reforzamos el lavado de manos, uso de tapa bocas con el objetivo de proteger la salud de todos y cada uno de los trabajadores vinculados al contrato.

Insumos para cumplimiento de Protocolos de Bioseguridad: Baño, lavamanos, alcohol gel antibacterial y amoniaco, tapa bocas, para reforzar el auto cuidado como responsabilidad de todos dentro y fuera de la empresa con el fin de evitar contagio COVID 19.

El contratista presenta el Protocolo de Bioseguridad para su respectiva aprobación, se aplicará una vez inicien actividades en los frentes de obra. La interventoría hará la respectiva verificación de cumplimiento.

15. CONCLUSIONES

- El contratista cumplió con lo establecido en el anexo técnico de la entrega del programa del SG-SST y protocolo de bioseguridad para la revisión y aprobación por parte de la interventoría.
- Durante el periodo la interventoría realizo las respectivas solicitudes al contratista para el respectivo cumplimiento del componente SST.
- La interventoría da cumplimiento a los requisitos legales referente al SG-SST, según resolución 0312 de 2019 Estándares mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Para el periodo del presente informe, el contrato de obra pública No. 1164- 2023. No se han iniciado las actividades de obra.
- El contratista da cumplimiento a las obligaciones de acuerdo al estado vigente del contrato

11

ANEXO 1.

RELACION DE PERSONAL DE LA INTERVENTORIA/ PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL

SOLIUN SAS

SOLIUN SAS

"REALIZAR INTERVENTORÍA INTEGRAL (TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, CONTABLE, SOCIAL Y LEGAL) DE LAS INTERVENCIONES DE ACUPUNTURA URBANA PARA LOS TERRITORIOS PRIORIZADOS POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DEL HÁBITAT"

PERIODO DEL 5 AL 31 DE ENERO DE 2024
CONTRATO N0. 1160 DE 2023

BOGOTÁ

							ARL		EPS		AFP		FECHAS DE EXAMEN	
RELACION DE PERSONAL DE INTERVENTORIA														
No.	NOMBRE EMPRESA	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	TELEFONO DE LA OFICINA	DIRECCION DE LA OFICINA	ARL	FECHA DE AFILIACIÓN O PAGO	E.P.S	FECHA DE ULTIMO PAGO	A.F.P.	FECHA DE ULTIMO PAGO	EXAMEN DE INGRESO	SI TIENE RESTRICCIÓN ESPECIFICA
PERSONAL NUEVO														
1	SOLIUN SAS	EDNA CONSTANZA CEPEDA	51.870.499	DIRECTORA DE INTERVENTORIA	7653016	Cra 70 C N0- 48-55	SURA	4/01/2024	COMPENSAR	2/01/2024	COLPENSIONES	2/01/2024	22/11/2023	APTO PARA TRABAJAR
2	SOLIUN SAS	LUIS ALBERTO MEDRANO	19.331.658	RESIDENTE DE INTERVENTORIA	7653016	Cra 70 C N0- 48-55	SURA	4/01/2024	SALUD TOTAL	15/01/2024	PENSIONADO	15/01/2024	7/02/2022	APTO PARA TRABAJAR
3	SOLIUN SAS	YINETH CRUZ ARANZALEZ	28.797.551	PROFESIONAL SST	7653016	Cra 70 C N0- 48-55	SURA	4/01/2024	FAMISANAR	4/01/2024	PORVENIR	4/01/2024	20/11/2023	APTO PARA TRABAJAR
4	SOLIUN SAS	ROSARIO CARDENAS JUNCA	35.478.754	PROFESIONAL SOCIAL	7653016	Cra 70 C N0- 48-55	SURA	11/01/2024	COMPENSAR	11/01/2024	COLPENSIONES	11/01/2024	8/03/2023	APTO PARA TRABAJAR
5	SOLIUN SAS	JEISON DELGADO	1.018.459.148	PRESUPUESTO	7653016	Cra 70 C N0- 48-55	SURA	11/01/2024	COMPENSAR	11/01/2024	PORVENIR	11/01/2024	13/03/2023	APTO PARA TRABAJAR
6	SOLIUN SAS	JOAN SEBASTIAN RUEDA	1.098.730.430	APOYO TECNICO	7653016	Cra 70 C N0- 48-55	SURA	11/01/2024	SANITAS	11/01/2024	COLPENSIONES	11/01/2024	16/05/2022	APTO PARA TRABAJAR
7	SOLIUN SAS	NATALIA RAMIREZ	1.057.412.941	APOYO AMBIENTAL	7653016	Cra 70 C N0- 48-55	SURA	11/01/2024	NUEVA EPS	11/01/2024	PORVENIR	11/01/2024	17/08/2023	APTO PARA TRABAJAR
8	SOLIUN SAS	SINDY NATALI ESPINOSA	1.024.481.967	ING. AMBIENTAL	7653016	Cra 70 C N0- 48-55	SURA	11/01/2024	FAMISANAR	10/01/2024	COLPENSIONES	10/01/2024	10/09/2022	APTO PARA TRABAJAR
9	SOLIUN SAS	CLAUDIA VERGEL	51.857.351	HIDRAULICO	7653016	Cra 70 C N0- 48-55	SURA	11/01/2024	SANITAS	11/01/2024	PENSIONADO	11/01/2024	11/01/2024	APTO PARA TRABAJAR
10	SOLIUN SAS	CAMILO ROMERO	79.746.462	GEOTECNIA	7653016	Cra 70 C N0- 48-55	SURA	11/01/2024	SURA	10/01/2024	COLPENSIONES	10/01/2024	8/08/2022	APTO PARA TRABAJAR

12

Bogotá, 02 de enero de 2024

Apreciado usuario,
Le informamos que hemos recibido satisfactoriamente su Planilla Integrada a través de PAGOSIMPLE.

A continuación relacionamos los datos de confirmación:

Información de la empresa:

Razón Social: EDNA CONSTANZA CEPEDA SANCHEZ

Documento de Identidad: CC 51870499

Usuario: EDNA CEPEDA

Teléfono: 3017443572

Número de Planilla: 1059591292

Fecha de Recepción: 02 de enero de 2024

Periodo de Cotización: 2023-12

Información relacionada a Pensiones

Administradora: 25-14 - COLPENSIONES
Número de empleados: 1
Valor: $544.000

Información relacionada a Salud

Administradora: EPS008 - COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Número de empleados: 1
Valor: $425.000

Información relacionada a Cajas de Compensación Familiar

Administradora: CCF24 - CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
Número de empleados: 1
Valor: $20.400

Total Pagado: $989.400

Codialmente,

SERVICIO AL CLIENTE
SIMPLE S.A.
¡Más que fácil, SIMPLE! ®
FonoSIMPLE:Teléfonos Bogotá: 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 6669 - Bucaramanga: 643 8000 - Cartagena: 694 5444 - Pereira: 340 2582 -Barranquilla: 361 88 50 - Resto del país: 018000 971 971Chat www.pagosimple.com/portal/chat;de Lunes a Viernes de 7:00 am a 7:00 pm y sábados de 8:00 am a 1:00 pm.O déjenos su mensaje en nuestro formulario de contacto en www.pagosimple.com/portal/contactenos.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	19331658	LUIS ALBERTO MEDRANO BERMUDEZ	Calle 169#45a-96	3193842183	lois-medrano@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
2023-12	2023-12	I	15/01/2024	73993653	TOTAL A PAGAR	
					$306.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	306.500	0		0		0	0	0	0	306.500	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

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

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	306.500	306.500
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	306.500	306.500

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	19331658	LUIS ALBERTO MEDRANO BERMUDEZ		Calle 169#45a-96	3193842183	lois-medrano@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	
2023-12	2023-12	I	15/01/2024	73993653	$306.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	19331658	MEDRANO BERMUDEZ LUIS ALBERTO	3	5			N																		0	0	0	0	0	0	EPS002	2.452.000	306.500		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1024481967	SINDY NATALI ESPINOSA SIERRA	Cll 53 c bis No 70-03	2047066	espinosa.natali@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-12	I	10/01/2024	73871923	$1.916.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	750.000	0		0		0	0	0	0	750.000	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	960.000	0	0	30.000	30.000	0	0		1.020.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	146.200				146.200	0	0	146.200			1.462	146.200	1

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

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	750.000	750.000
Pensión	1	1.020.000	1.020.000
Riesgos Laborales	1	146.200	146.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.916.200	1.916.200

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1024481967	SINDY NATALI ESPINOSA SIERRA		Cll 53 c bis No 70-03	2047066	espinosa.natali@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-12	I	10/01/2024	73871923	$1.916.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAG	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1024481967	ESPINOSA SIERRA SINDY NATALI	59	0			N																	25-14	6.000.000	960.000	0	0	30.000	30.000	EPS017	6.000.000	750.000	14-23	6.000.000	3	146.200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900768458-0	Soliun S.A.S	Carrera 70 C NO. 48-55	7653016	contacto@soliunsas.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	D – Ley 1429	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				8	0
					TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-12	Y	11/01/2024	73732143	$1.339.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	145.000	0		0		0	0	0	0	145.000	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	145.000	0		0		0	0	0	0	145.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	185.600	0	0	0	0	0	0		185.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	864.100				864.100	0	0	864.100			8.641	864.100	8

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	290.000	290.000
Pensión	1	185.600	185.600
Riesgos Laborales	1	864.100	864.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.339.700	1.339.700

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900768458-0	Soliun S.A.S		Carrera 70 C NO. 48-55	7653016	contacto@soliunsas.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	D – Ley 1429	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 8 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-12	2023-12	Y	11/01/2024	73732143	$1.339.700

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1024481967	ESPINOSA SIERRA SINDY NATALI	59	0			N																		0	0	0	0	0			0	0	14-11	1.160.000	5	80.800		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	51857351	VERGEL JIMENEZ CLAUDIA PATRICIA	59	3			N																		0	0	0	0	0		EPS005	1.160.000	145.000	14-11	1.160.000	5	80.800		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	59662188	ORTIZ ALBAN MARIA DEL CARMEN	59	0			N																		0	0	0	0	0			0	0	14-11	1.160.000	5	80.800		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	79573492	DELGADO CABIATIVA RAUL ORLANDO	59	0			N																		0	0	0	0	0			0	0	14-11	3.248.000	5	226.100		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	79746462	ROMERO PORRAS CAMILO ALEXIS	59	0			N																		25-14	1.160.000	185.600	0	0	0		EPS010	1.160.000	145.000	14-11	1.160.000	5	80.800		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	80010131	ALFONSO GONZALEZ GERMAN CAMILO	59	0			N																		0	0	0	0	0			0	0	14-11	1.160.000	5	80.800		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	79261542	CORTES LORA JAVIER EDUARDO	59	0			N																		0	0	0	0	0			0	0	14-11	1.160.000	5	80.800		0	0	0	0	0	0	0	0
CC	52175315	LEAÑO URREGO NANSLHY VIANNEY	59	0			N	X																	0	0	0	0	0			0	0	14-11	2.200.000	5	153.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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	901114547-5	SOLIUN INGENIERIA SAS	CARRERA 70C # 48-55	7653016	contacto@soliunsas.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		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				18	0
					TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-12	Y	04/01/2024	73733268	$2.346.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	2.346.100				2.346.100	0	0	2.346.100			23.461	2.346.100	18

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	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	2.346.100	2.346.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	2.346.100	2.346.100

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901114547-5	SOLIUN INGENIERIA SAS		CARRERA 70C # 48-55	7653016	contacto@soliunsas.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				18	0
					TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-12	Y	04/01/2024	73733268	$2,346,100	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1098654004	MENDEZ CAVIATIVA JOHANNA ANDREA	59	0			N																		0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.160.000	5	80.800		0	0	0	0	0	0	0
CC	1098666798	PEREZ EUGENIO LARIETH AMPARO	59	0			N																		0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.600.000	5	111.400		0	0	0	0	0	0	0
CC	1098737176	MANTILLA PABON MARLON	59	0			N																		0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.160.000	5	80.800		0	0	0	0	0	0	0
CC	79058365	TORRES PRIETO JAIRO HERNAN	59	0			N																		0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	2.480.000	5	172.700		0	0	0	0	0	0	0
CC	79319140	MONDRAGON CAMACHO LUIS FERNANDO	59	0			N																		0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	2.272.000	5	158.200		0	0	0	0	0	0	0
CC	79352621	CUELLAR SALAMANCA JOHN LIAN	59	0			N																		0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	2.280.000	5	158.700		0	0	0	0	0	0	0
CC	1095813728	TORRES ROJAS JOSUE	59	0			N																		0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.280.000	5	89.100		0	0	0	0	0	0	0
CC	1049619892	CORTES APONTE NELSON JAVIER	59	0			N																		0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	2.160.000	5	150.400		0	0	0	0	0	0	0
CC	1098734114	PLATA RUEDA JULIETH ALEJANDRA	59	0			N																		0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.468.000	5	102.200		0	0	0	0	0	0	0
CC	13871828	BENAVIDES CORZO SERGIO ALBERTO	59	0			N																		0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	2.000.000	5	139.200		0	0	0	0	0	0	0
CC	79485516	FORIGUA HINCAPIE JOHN ANGEL	59	0			N																		0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.160.000	5	80.800		0	0	0	0	0	0	0
CC	19331658	MEDRANO BERMUDEZ LUIS ALBERTO	59	0			N																		0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	2.452.000	5	170.700		0	0	0	0	0	0	0
CC	1098667807	VELASQUEZ ROLON DIANA CAROLINA	59	0			N																		0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.468.000	5	102.200		0	0	0	0	0	0	0
CC	51870499	CEPEDA SANCHEZ EDNA CONSTANZA	59	0			N																		0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	3.400.000	5	236.700		0	0	0	0	0	0	0
CC	79911066	ALAPE OROZCO JHON HAROLD	59	0			N																		0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	2.000.000	5	139.200		0	0	0	0	0	0	0
CC	65782191	ACOSTA AMAYA CLAUDIA MARCELA	59	0			N																		0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.996.000	5	139.000		0	0	0	0	0	0	0
CC	80279180	DELGADO CORREAL JUAN CARLOS	59	0			N																		0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	2.160.000	5	150.400		0	0	0	0	0	0	0
CC	14703191	CHAVARRO TORRES LUIS MIGUEL	59	0			N																		0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.200.000	5	83.600		0	0	0	0	0	0	0

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900768458-0	Soliun S.A.S	Carrera 70 C NO. 48-55	7653016	contacto@soliunsas.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	D – Ley 1429	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				10	0
2024-01	2023-12	E	11/01/2024	73732064	TOTAL A PAGAR	
					$6.710.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	133.400	0		0		0	0	0	0	133.400	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	46.400	0		0		0	0	0	0	46.400	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	539.300	0		0		0	0	0	0	539.300	6
EPS010	EPS Sura	800088702-2	108.900	0		0		0	0	0	0	108.900	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	108.900	0		0		0	0	0	0	108.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	657.800	0	0	0	0	0	0		657.800	2
230301	Porvenir	800224808-8	968.600	0	0	0	0	0	0		968.600	2
231001	Colfondos	800227940-6	435.300	0	0	0	0	0	0		435.300	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.499.200	0	0	0	0	0	0		1.499.200	4

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	1.220.000				1.220.000	0	0	1.220.000			12.200	1.220.000	10

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	992.300	0	0	992.300	10

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900768458-0	Soliun S.A.S		Carrera 70 C NO. 48-55	7653016	contacto@soliunsas.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	D – Lev 1429	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				10	0
					TOTAL A PAGAR	
2024-01	2023-12	E	11/01/2024	73732064	$6.710.100	

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	5	936.900	936.900
Pensión	4	3.560.900	3.560.900
Riesgos Laborales	1	1.220.000	1.220.000
CCF	1	992.300	992.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	11	6.710.100	6.710.100

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900768458-0	Soliun S.A.S		Carrera 70 C NO. 48-55	7653016	contacto@soliunsas.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	D – Ley 1429	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					10	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-01	2023-12	E	11/01/2024	73732064	$6.710.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VST	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1015427454	RAMIREZ SOLANO JUAN CARLOS	1	0			S																	230201	1.904.000	304.700	0	0	0	0	EPS017	1.904.000	76.200	14-11	1.904.000	5	132.600	CCF24	1.904.000	76.200	0	0	0	0	0
CC	1015427454	RAMIREZ SOLANO JUAN CARLOS	1	0			S												X					230201	816.000	130.600	0	0	0	0	EPS017	816.000	32.700	14-11	816.000	5	0	CCF24	1.450.000	58.000	0	0	0	0	0
CC	1032378460	LONDOÑO CARMONA ANGIE XIMENA	1	0			S																	230201	973.000	155.700	0	0	0	0	EPS008	973.000	39.000	14-11	973.000	1	5.100	CCF24	973.000	39.000	0	0	0	0	0
CC	1032378460	LONDOÑO CARMONA ANGIE XIMENA	1	0			S												X					230201	417.000	66.800	0	0	0	0	EPS008	417.000	16.700	14-11	417.000	1	0	CCF24	417.000	16.700	0	0	0	0	0
CC	1032418707	CORDOBA RODRIGUEZ ANDRES GIOVANNY	1	0			S																	231001	2.266.667	362.700	0	0	0	0	EPS010	2.266.667	90.700	14-11	2.266.667	5	157.800	CCF24	2.266.667	90.700	0	0	0	0	0
CC	1032418707	CORDOBA RODRIGUEZ ANDRES GIOVANNY	1	0			S												X					231001	453.334	72.600	0	0	0	0	EPS010	453.334	18.200	14-11	453.334	5	0	CCF24	453.334	18.200	0	0	0	0	0
CC	1072648342	GUATAME RODRIGUEZ RAUL ANDRES	1	0			S																	230301	2.720.000	435.200	0	0	0	0	EPS008	2.720.000	108.800	14-11	2.720.000	5	189.400	CCF24	2.720.000	108.800	0	0	0	0	0
CC	35478754	CARDENAS JUNCA MARIA DEL ROSARIO	1	0			S																	25-14	3.560.000	569.600	0	0	0	0	EPS008	3.560.000	142.400	14-11	3.560.000	5	247.800	CCF24	3.560.000	142.400	0	0	0	0	0
CC	51689755	DELGADO CABIATIVA LILIA SOFIA	1	3			S																		0	0	0	0	0	0	EPS008	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	1	6.100	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
CC	52098232	DUARTE ALMONACID YANNETH	1	0			S																	25-14	3.490.000	558.400	0	0	0	0	EPS008	3.490.000	139.600	14-11	3.490.000	5	243.000	CCF24	3.490.000	139.600	0	0	0	0	0
CC	52273959	DELGADO CABIATIVA NANCY MARITZA	1	0			S	X																25-14	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS005	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	1	6.100	CCF24	1.740.000	69.600	0	0	0	0	0
CC	5470331	LOZANO JIMENEZ RONALD RICARDO	1	0			S	X																230301	3.333.334	533.400	0	0	0	0	EPS001	3.333.334	133.400	14-11	3.333.334	5	232.100	CCF24	4.666.667	186.700	0	0	0	0	0
CC	80206560	AREVALO GOMEZ DEIVIS ALFONSO	1	0			S											X						25-14	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS008	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	0	CCF24	1.160.000	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901114547-5	SOLIUN INGENIERIA SAS		CARRERA 70C # 48-55	7653016	contacto@soliunsas.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME			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				9	0
					TOTAL A PAGAR	
2024-01	2023-12	E	04/01/2024	73733073	$5.997.800	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	109.200	0		0		0	0	0	0	109.200	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	155.200	0		0		0	0	0	0	155.200	2
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	374.400	0		0		0	0	0	0	374.400	4
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	128.400	0		0		0	0	0	0	128.400	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	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	2.076.800	0	0	0	0	0	0		2.076.800	4
25-14	Colpensiones	900336004-7	992.000	0	0	0	0	0	0		992.000	4

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	1.192.200				1.192.200	0	0	1.192.200			11.922	1.192.200	9

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	923.200	0	0	923.200	9

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	5	813.600	813.600
Pensión	2	3.068.800	3.068.800
Riesgos Laborales	1	1.192.200	1.192.200
CCF	1	923.200	923.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	9	5.997.800	5.997.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901114547-5	SOLIUN INGENIERIA SAS	CARRERA 70C # 48-55	7653016	contacto@soliunsas.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		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
					9	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-01	2023-12	E	04/01/2024	73733073	$5.997.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	28797551	CRUZ ARANZALEZ YINETH	1	0			S																	230301	3.210.000	513.600	0	0	0	0	EPS017	3.210.000	128.400	14-11	3.210.000	5	223.500	CCF24	3.210.000	128.400	0	0	0	0	0
CC	52098232	DUARTE ALMONACID YANNETH	1	0			S																	25-14	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS008	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
CC	39534284	CASTRO BOHORQUEZ BEATRIZ	1	3			S																		0	0	0	0	0	0	EPS008	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	1	6.100	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
CC	1049629534	FIGUEROA AYALA CARLOS ANDRES	1	0			S	X																230301	4.320.000	691.200	0	0	0	0	EPS008	4.320.000	172.800	14-11	4.320.000	5	300.700	CCF24	6.480.000	259.200	0	0	0	0	0
CC	52273959	DELGADO CABIATIVA NANCY MARITZA	1	0			S	X																25-14	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS005	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	1	6.100	CCF24	1.740.000	69.600	0	0	0	0	0
CC	1098730430	RUEDA FORERO JOAN SEBASTIAN	1	0			S																	230301	2.730.000	436.800	0	0	0	0	EPS002	2.730.000	109.200	14-11	2.730.000	5	190.100	CCF24	2.730.000	109.200	0	0	0	0	0
CC	1030572128	REYES MORALES JEAN PAUL	1	0			S																	25-14	2.720.000	435.200	0	0	0	0	EPS008	2.720.000	108.800	14-11	2.720.000	5	189.400	CCF24	2.720.000	108.800	0	0	0	0	0
CC	80264805	GOMEZ DUARTE GUILLERMO	1	0			S																	230301	2.720.000	435.200	0	0	0	0	EPS005	2.720.000	108.800	14-11	2.720.000	5	189.400	CCF24	2.720.000	108.800	0	0	0	0	0
CC	19476331	DELGADO CABIATIVA HEYNAR AURELIO	1	0			S	X																25-14	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPSC34	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	1	6.100	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901331295-4	SUSTENTABILIDAD EMPRESARIAL	CRA 78 No. 48 - 55	3017954121	contacto@suemsas.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		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				5	0
					TOTAL A PAGAR	
2024-01	2023-12	E	11/01/2024	73761034	$2.445.300	

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	152.000	0		0		0	0	0	0	152.000	2
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	46.400	0		0		0	0	0	0	46.400	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	82.800	0		0		0	0	0	0	82.800	1
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	56.000	0		0		0	0	0	0	56.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	740.800	0	0	0	0	0	0		740.800	3
25-14	Colpensiones	900336004-7	608.000	0	0	0	0	0	0		608.000	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	422.100				422.100	0	0	422.100			4.221	422.100	5

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	337.200	0	0	337.200	5

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	4	337.200	337.200
Pensión	2	1.348.800	1.348.800
Riesgos Laborales	1	422.100	422.100
CCF	1	337.200	337.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	2.445.300	2.445.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901331295-4	SUSTENTABILIDAD EMPRESARIAL		CRA 78 No. 48 - 55	3017954121	contacto@suemsas.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-01	2023-12	E	11/01/2024	73761034	$2.445.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Extranjero	IRD	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1030673336	FERNANDEZ FLECHAS LAURA SOFIA	1	0			S																	230301	2.070.000	331.200	0	0	0	0	EPS010	2.070.000	82.800	14-11	2.070.000	5	144.100	CCF22	2.070.000	82.800	0	0	0	0	0
CC	52273959	DELGADO CABIATIVA NANCY MARITZA	1	0			S																	25-14	2.300.000	368.000	0	0	0	0	EPS005	2.300.000	92.000	14-11	2.300.000	5	160.100	CCF22	2.300.000	92.000	0	0	0	0	0
CC	1018459148	DELGADO DUARTE JEISON ORLANDO	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS008	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	1	6.100	CCF22	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
CC	1057412941	RAMIREZ USA YEIMY NATALIA	1	0			S																	230301	1.400.000	224.000	0	0	0	0	EPS041	1.400.000	56.000	14-11	1.400.000	1	7.400	CCF22	1.400.000	56.000	0	0	0	0	0
CC	80732983	GARCIA CASALLAS WILVER	1	0			S	X																25-14	1.500.000	240.000	0	0	0	0	EPS005	1.500.000	60.000	14-11	1.500.000	5	104.400	CCF22	1.500.000	60.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901141365-6	4D CONSTRUCTORES SAS		CARRERA 70C # 48-55	7653016	4dconstructores@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				15	0
					TOTAL A PAGAR	
2024-01	2023-12	E	11/01/2024	73797453	$9.591.000	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	120.000	0		0		0	0	0	0	120.000	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	728.600	0		0		0	0	0	0	728.600	8
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	505.600	0		0		0	0	0	0	505.600	5
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	72.000	0		0		0	0	0	0	72.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	1.401.600	0	0	0	0	0	0		1.401.600	3
230301	Porvenir	800224808-8	3.052.900	0	0	0	0	0	0		3.052.900	8
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.249.700	0	0	0	0	0	0		1.249.700	4

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	1.093.600				1.093.600	0	0	1.093.600			10.936	1.093.600	15

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1.367.000	0	0	1.367.000	15

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	4	1.426.200	1.426.200
Pensión	3	5.704.200	5.704.200
Riesgos Laborales	1	1.093.600	1.093.600
CCF	1	1.367.000	1.367.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	9	9.591.000	9.591.000

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901141365-6	4D CONSTRUCTORES SAS	CARRERA 70C # 48-55	7653016	4dconstructores@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		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
					15	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-01	2023-12	E	11/01/2024	73797453	$9.591.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
	CC	1014266409	ALGECIRAS CASTRO KAREN ADRIANA	1	0			S																	230201	3.260.000	521.600	0	0	0	0	EPS008	3.260.000	130.400	14-11	3.260.000	5	226.900	CCF24	3.260.000	130.400	0	0	0	0	0
	CC	1015393327	MARQUEZ ACUÑA RUBEN DARIO	1	0			S																	230301	1.420.000	227.200	0	0	0	0	EPS005	1.420.000	56.800	14-11	1.420.000	5	98.900	CCF24	2.272.000	90.900	0	0	0	0	0
	CC	1018459148	DELGADO DUARTE JEISON ORLANDO	1	0			S																	230301	4.350.000	696.000	0	0	0	0	EPS008	4.350.000	174.000	14-11	4.350.000	1	22.800	CCF24	4.350.000	174.000	0	0	0	0	0
	CC	1019049949	GALE FUERTES DIEGO ANDRES	1	0			S																	25-14	2.001.000	320.200	0	0	0	0	EPS005	2.001.000	80.100	14-11	2.001.000	5	139.300	CCF24	2.001.000	80.100	0	0	0	0	0
	CC	1019049949	GALE FUERTES DIEGO ANDRES	1	0			S												L					25-14	69.000	11.100	0	0	0	0	EPS005	69.000	2.800	14-11	69.000	5	0	CCF24	69.000	2.800	0	0	0	0	0
	CC	1121934579	MAHECHA MARTINEZ MARIA CLAUDIA	1	0			S																	25-14	2.720.000	435.200	0	0	0	0	EPS005	2.720.000	108.800	14-11	2.720.000	5	189.400	CCF24	2.720.000	108.800	0	0	0	0	0
	CC	1193117520	SANABRIA PIÑERES RAFAEL RICARDO	1	0			S																	230201	2.500.000	400.000	0	0	0	0	EPS005	2.500.000	100.000	14-11	2.500.000	1	13.100	CCF24	2.500.000	100.000	0	0	0	0	0
	CC	1033753610	DUQUE CADENA SOLBEY MAYERLY	1	0			S																	230301	300.000	48.000	0	0	0	0	EPS002	300.000	12.000	14-11	300.000	1	1.600	CCF24	300.000	12.000	0	0	0	0	0
	CC	1033753610	DUQUE CADENA SOLBEY MAYERLY	1	0			S												X					230301	2.700.000	432.000	0	0	0	0	EPS002	2.700.000	108.000	14-11	2.700.000	1	0	CCF24	2.700.000	0	0	0	0	0	0
	CC	1022386488	BERNAL DUARTE YENNIFER ALEXANDRA	1	0			S																	230301	1.370.000	219.200	0	0	0	0	EPS008	1.370.000	54.800	14-11	1.370.000	1	7.200	CCF24	1.370.000	54.800	0	0	0	0	0
	CC	1022437241	GOMEZ LINARES LAURA CATALINA	1	0			S																	230301	3.070.000	491.200	0	0	0	0	EPS005	3.070.000	122.800	14-11	3.070.000	5	213.700	CCF24	3.070.000	122.800	0	0	0	0	0
	CC	1000836860	CAICEDO ALBORNOZ ANDRES FELIPE	1	0			S							X										230301	1.800.000	288.000	0	0	0	0	EPS037	1.800.000	72.000	14-11	1.800.000	1	9.400	CCF24	1.800.000	72.000	0	0	0	0	0
	CC	1000851708	BOTERO RODRIGUEZ JULIATH ANDREA	1	0			S																	230301	2.500.000	400.000	0	0	0	0	EPS008	2.500.000	100.000	14-11	2.500.000	1	13.100	CCF24	2.500.000	100.000	0	0	0	0	0
	CC	10289643	ECHEVERRY MARIN JHON WALTER	1	0			S	X																25-14	1.859.384	297.600	0	0	0	0	EPS005	1.859.384	74.400	14-11	1.859.384	5	129.500	CCF24	1.859.384	74.400	0	0	0	0	0
	CC	52098232	DUARTE ALMONACID YANNETH	1	0			S																	25-14	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS008	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	1	6.100	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
	CC	1010210066	RODRIGUEZ PRIETO LUIS	1	0			S																	230201	3.000.000	480.000	0	0	0	0	EPS005	3.000.000	120.000	14-11	3.000.000	1	15.700	CCF24	3.000.000	120.000	0	0	0	0	0
	CC	1022956705	CASTILLO MORA LIZETH ALEIDA	1	0			S																	230301	1.308.334	209.400	0	0	0	0	EPS005	1.308.334	52.400	14-11	1.308.334	1	6.900	CCF24	1.308.334	52.400	0	0	0	0	0
	CC	1022956705	CASTILLO MORA LIZETH ALEIDA	1	0			S													X				230301	261.667	41.900	0	0	0	0	EPS005	261.667	10.500	14-11	261.667	1	0	CCF24	628.000	25.200	0	0	0	0	0

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

ANEXO 2.

EXAMENES MEDICOS DEL PERSONAL DE LA INTERVENTORIA

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO

SEDE: CENDIATRA CAJICÁ
DIRECCIÓN: Carrera 5 #9-26 Sur, Sabana Park torre 5 oficina 209, Alcahorra
CIUDAD DE LA SEDE: CAJICA
TELÉFONO: 6018793655 - 6018793664
EMAIL: citas.cajica@cendiatra.com
FECHA EXAMEN: 2023-11-22

Nombres y apellidos: EDNA CONSTANZA CEPEDA SANCHEZ
Fecha de nacimiento: 16/06/1967
Empresa: SOLIUN INGENIERIA S.A.S
Empresa usuaria:
Cargo: DIRECTORA DE INTERVENTORIA

CC: 51870499
Edad: 56 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2023-11-22 / 09:51:34
Fecha salida: 2023-11-22 / 09:53:08



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- ESPIROMETRIA
- VISIOMETRIA

CONCEPTO DE APTITUD: SATISFACTORIO PUEDE CONTINUAR DESEMPEÑANDO SU LABOR

:

RECOMENDACIONES:
ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: MEDICINA GENERAL
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: ANUAL

INGRESO PROGRAMA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:
CONDICIÓN VISUAL:
PREVENCIÓN DE ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES:

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

LAURA ELIZABETH PULIDO MENESES
RM: 1098745202
Firma y sello del médico

EDNA CONSTANZA CEPEDA SANCHEZ
CC: 51870499
Firma del paciente

Sedes Bogotá:

Sede principal - Sede Centro - Sede Norte 106 - Sede Norte 86 - Sede Norte 83 - Sede Occidente 1 - Sede Occidente 2 - Sede Occidente 3 - Sede Sur - Sede Sur 2 - Sede Zona Franca

Sedes nacionales:

Barranquilla - Buenaventura - Bucaramanga - Cajicá - Cali - Cartagena - Igabué - Medellín La América - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Motería - Manizales - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

Cendiatra

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Telefono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: cendiatra@cendiatra.com

22

SEDE	CENDIATRA NORTE	**DIRECCIÓN**	Autopista Norte 106 - 93
TELÉFONO	704 2164 - 74604725	**EMAIL**	citas.norte1@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-02-07	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	LUIS ALBERTO MEDRANO BERMUDEZ			Identificación CC	Nro 19331658
Fecha de Nacimiento	1956-06-26	**Edad**	65	**Sexo**	M
Empresa	SOLIUN S.A.S.				
Cargo	PRESIDENTE DE INTERVENTORIA				
Fecha Ingreso	2022-02-07 07:54:48	**Fecha Salida**	2022-02-07 08:01:08		

EXAMENES REALIZADOS

AUDIOMETRIA TAMIZ
ESPIROMETRIA
VISIOMETRIA
ENFASIS OSTEOMUSCULAR
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD: APTO (A) CON PATOLOGIAS QUE NO IMPIDEN SU DESEMPEÑO

RECOMENDACIONES

VALORACION EPS: SI
Observaciones:
NEUMOLOGIA+OTORRINOLARINGOLOGIA

OTRAS: NO PRESENTA

INGRESO_PROGRAMA_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

CONDICION AUDITIVA: SI
Observaciones:
USAR PROTECCION AUDITIVA DE ACUERDO AL RIESGO

OTROS: NO PRESENTA

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

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

GERMAN VEGA ROJAS
MÉDICO SALUD OCUPACIONAL
LIC. SST 7595/2019
RM. 7163473

GERMAN ADOLFO VEGA ROJAS
RM: 7163473
Firma y sello del médico

LUIS ALBERTO MEDRANO BERMUDEZ
CC 19331658
Firma del trabajador

Cendiatra

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO

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

SEDE	CENDIATRA CENTRO	**DIRECCIÓN**	Cra. 5 No. 19 - 08 Edificio Los Andes
TELÉFONO	2826429 - 3424934	**EMAIL**	citas.centro@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-03-08	**TIPO DE EXAMEN**	PERIODICO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	MARIA DEL ROSARIO CARDENAS JUNCA			Identificación CC	Nro 35478754
Fecha de Nacimiento	1976-05-19	**Edad**	46	**Sexo**	F
Empresa	SOLIUN S.A.S.				
Cargo	TRABAJADORA SOCIAL				
Fecha Ingreso	2023-03-08 16:03:46	**Fecha Salida**	2023-03-08 16:07:14		

EXAMENES

AUDIOMETRIA TAMIZ
ESPIROMETRIA
VISIOMETRIA
ENFASIS OSTEOMUSCULAR
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO

CONCEPTO_DE_APTITUD
EXAMEN PERIODICO — SATISFACTORIO PUEDE CONTINUAR DESEMPEÑANDO SU LABOR

RECOMENDACIONES
OTRAS: — NO PRESENTA

SE_SUGIERE_CONTROL_PROGRAMAS_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA
OTROS — NO PRESENTA

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

La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constar quien presento la valoración.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

Dra. Valentina Salcedo M.
Esp. en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Lic. No 25-1075 de 2019
R.M 1020770182

VALENTINA SALCEDO MONROY
RM: 1020770182
Firma y sello del médico

MARIA DEL ROSARIO CARDENAS JUNCA
CC 35478754
Firma del trabajador

Cendiatra

23

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO

SEDE: CENDIATRA SUR 1 | **DIRECCIÓN:**Autopista Sur # 32B-42 Sur, Villa Mayor | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 2039694 | **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2023-11-20

Nombres y apellidos: YINETH CRUZ ARANZALEZ
Fecha de nacimiento: 30/12/1973
Empresa: SOLIUN INGENIERIA S.A.S
Empresa usuaria:
Cargo: PROFESIONAL SST

CC: 28797551
Edad: 49 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2023-11-20 / 07:44:27
Fecha salida: 2023-11-20 / 07:57:52



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- ESPIROMETRIA
- VISIOMETRIA

CONCEPTO DE APTITUD: SATISFACTORIO PUEDE CONTINUAR DESEMPEÑANDO SU LABOR

:

RECOMENDACIONES:
ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: CONTROL DE PESO Y NUTRICION
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: USO DE CORECCION VISUAL

INGRESO PROGRAMA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:
CONDICIÓN VISUAL:
CARDIOVASCULAR:

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

DR. MANUEL SUAREZ
Md. Esp. Sst • Lic 8082-22

MANUEL ALEJANDRO SUAREZ CAMARGO
RM: 2167
Firma y sello del médico

YINETH CRUZ ARANZALEZ
CC: 28797551
Firma del paciente

Sedes Bogotá:

Sede principal - Sede Centro - Sede Norte 106 - Sede Norte 86 - Sede Norte 83 - Sede Occidente 1 - Sede Occidente 2 - Sede Occidente 3 - Sede Sur - Sede Sur 2 - Sede Zona Franca

Sedes nacionales:

Barranquilla - Buenaventura - Bucaramanga - Cajicá - Cali - Cartagena - Igabué - Medellín La América - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Motería - Manizales - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

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

Cendiatra

SEDE	CENDIATRA SUR 2	DIRECCIÓN	Autopista Sur Transv. 35 No. 36 - 40
TELÉFONO	7443001	EMAIL	citas.sur@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-09-10	TIPO DE EXAMEN	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	SINDY NATALI ESPINOSA SIERRA			Identificación CC	Nro 1024481967
Fecha de Nacimiento	1988-06-30	**Edad**	34	**Sexo**	F
Empresa	CLIENTE OCASIONAL				
Cargo	INGENIERA AMBIENTAL				
Fecha Ingreso	2022-09-10 08:53:56	**Fecha Salida**	2022-09-10 10:12:31		

EXAMENES

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

VISIOMETRIA

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO

COLESTEROL TOTAL

TRIGLICERIDOS

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD — APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

VALORACION OPTOMETRICA — SI

Observaciones:
USO DE CORRECCION OPTICA

OTRAS: — NO PRESENTA

SE_SUGIERE_CONTROL_PROGRAMAS_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

CONDICION VISUAL — SI

OTROS — NO PRESENTA

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

La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constar quien presento la valoración.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

Dra. Kimberlyn Medina Sanchez
Especialista en Salud Ocupacional
Universidad del Rosario
Reg. No. 9143 de 06/04/2021

KIMBERLYN MEDINA SANCHEZ
RM: 1026562375
Firma y sello del médico

SINDY NATALI ESPINOSA SIERRA
CC 1024481967
Firma del trabajador

Cendiatra

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha entrega : 2022-09-10

21

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	SINDY NATALI ESPINOSA SIERRA		
Identificación	CC	No. Documento	1024481967
Fecha de Nacimiento	1988-06-30	Edad	34 años 2 meses 10 dias
Sexo	F	Empresa	CLIENTE OCASIONAL
Fecha toma	2022-09-10 08:40:00	Sede	CENDIATRA SUR 2

COLESTEROL TOTAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	145	mg/dl	Valor Referencia: Deseable: < 200 mg/dl, Intermedio alto: 200-239 mg/dl, Alto: Igual o > 240 mg/dl

TRIGLICERIDOS

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	64	mg/dl	Normal:<150mg/, Intermedio:150 - 199mg/dl, Alto:200 - 499mg/dl, Muy alto: Igual o >500mg/dl

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	56	mg/dl	Normal:>40 mg/dl

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	76.2	mg/dl	Óptimo:<100 mg/dl, Cercano al óptimo: 100 -129 mg/dl, Intermedio alto: 130 -159 mg/dl, Alto: 160 -189 mg/dl, Muy alto: Igual o >190 mg/dl

Leidy Viviana Barbosa Padilla
C.C. 1024511026
Bacterio UCMC

LEIDY VIVIANA BARBOSA PADILLA
1024511026
Firma y sello del médico evaluador

Cendiatra

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Telefono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: contactenos@cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA SUR 2	**DIRECCIÓN**	Autopista Sur Transv. 35 No. 36 - 40
TELÉFONO	7443001	**EMAIL**	citas.sur@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-08-17	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	YEIMY NATALIA RAMIREZ USA			Identificación CC	Nro 1057412941
Fecha de Nacimiento	1998-03-16	**Edad**	25	**Sexo**	F
Empresa	SUSTENTABILIDAD EMPRESARIAL SAS				
Cargo	AUXILIAR COMERCIAL				
Fecha Ingreso	2023-08-17 07:52:08	**Fecha Salida**	2023-08-17 08:49:08		

EXAMENES

AUDIOMETRIA TAMIZ	ENFASIS OSTEOMUSCULAR
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO	VISIOMETRIA

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD	APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

VALORACION OPTOMETRICA	SI Observaciones: CONTINUAR CON USO DE CORRECCIÓN VISUAL
OTRAS:	NO PRESENTA

SE_SUGIERE_CONTROL_PROGRAMAS_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

CONDICION VISUAL	SI
OTROS	NO PRESENTA

La presente certificación se expide con base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009 y Resolución 217 de 2014.

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

La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constar quien presento la valoración.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.



Yeimy Ramirez

RICARDO ANDRES MENDOZA PATERNINA
RM: 73188203
Firma y sello del médico

YEIMY NATALIA RAMIREZ USA
CC 1057412941
Firma del trabajador

Cendiatra

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO

Telefono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: contactenos@cendiatra.com

75

SEDE	CENDIATRA PRINCIPAL	**DIRECCIÓN**	Av. Calle 19 No. 3 - 50 Edificio Barichara Torre A Piso 12
TELÉFONO	7443001	**EMAIL**	citas.principal@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-03-13	**TIPO DE EXAMEN**	PERIODICO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	JEISON ORLANDO DELGADO DUARTE			Identificación CC	Nro 1018459148
Fecha de Nacimiento	1993-05-07	**Edad**	29	**Sexo**	M
Empresa	4D CONSTRUCTORES S.A.S				
Cargo	LIDER DE PROYECTOS				
Fecha Ingreso	2023-03-13 11:47:00	**Fecha Salida**	2023-03-13 12:06:40		

EXAMENES

AUDIOMETRIA TAMIZ
ESPIROMETRIA
VISIOMETRIA
ENFASIS OSTEOMUSCULAR
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO

CONCEPTO_DE_APTITUD

EXAMEN PERIODICO — SATISFACTORIO PUEDE CONTINUAR DESEMPEÑANDO SU LABOR

RECOMENDACIONES

NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA — SI
Observaciones:
SOPORTE NUTRICIONAL- ACTIVIDAD FISICA

VALORACION OPTOMETRICA — SI
Observaciones:
USO DE CORRECCION OPTICA - CONTROL ANUAL

OTRAS: — NO PRESENTA

SE_SUGIERE_CONTROL_PROGRAMAS_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

OTROS — NO PRESENTA

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

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

ADRIANA BUTRABI RIVEROS
Médico Esp Salud Ocupacional
Universidad del Rosario
Lic/Res.1640-13-05-2022

ADRIANA GABRIELA BUTRABI RIVEROS
RM: 35264898
Firma y sello del médico

JEISON ORLANDO DELGADO DUARTE
CC 1018459148
Firma del trabajador

Cendiatra

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Telefono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: contactenos@cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA OCCIDENTE	**DIRECCIÓN**	Bogotá D.C. Av. Cra. 68 No. 17 - 82, Zona Industrial Montevideo
TELÉFONO		**EMAIL**	citas.occidente1@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-05-16	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	JOAN SEBASTIAN RUEDA FORERO		Identificación CC	Nro 1098730430	
Fecha de Nacimiento	1992-11-28	**Edad**	29	**Sexo**	M
Empresa	SOLIUN S.A.S.				
Cargo	INGENIERO RESIDENTE				
Fecha Ingreso	2022-05-16 10:50:30	**Fecha Salida**	2022-05-16 11:10:22		

EXAMENES

AUDIOMETRIA TAMIZ	ENFASIS OSTEOMUSCULAR
ESPIROMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
VISIOMETRIA	

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

VALORACION OPTOMETRICA	SI Observaciones: CONTROL ANUAL
OTRAS:	NO PRESENTA

SE_SUGIERE_CONTROL_PROGRAMAS_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

OTROS	NO PRESENTA

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

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.



ELIAS JOSE BEYEH QUINTANA
RM: 1140818202
Firma y sello del médico

JOAN SEBASTIAN RUEDA FORERO
CC 1098730430
Firma del trabajador

Dr. César Augusto Segura Puello

Impreso con MedSystem
Transversal 3 N° 10-59 Local 104, La Vega, Cundinamarca
Tel: 3214691450 - 3214691547
CC: 3182168-1

Certificado de Aptitud Laboral

3182168 - Consultorio Cesar Segura

Paciente	**CLAUDIA PATRICIA VERGEL JIMENEZ**
CC	51857351
Edad	57 años y 9 meses
Ocupación	ASESOR HIDRAULICO
Examen	**Ingreso laboral**
	jue., 11 de ene. 2024
	Osteomuscular

Servicios realizados

Ocupacional

Concepto

Tipo de Concepto

Sin restricción para el cargo

Énfasis del examen: Osteomuscular

Generación: jue., 11 de ene. 2024

Observaciones y/o recomendaciones

CONTROL Y SEGUIMIENTO POR SU EPS. PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR, NUTRICIONAL Y VISUAL, SE RECOMIENDA PAUSAS ACTIVAS Y ERGONOMICA, HABITOS DE VIDA SALUDABLE Y DE BIOSEGURIDAD PROTOCOLO COVID 19. ///TAMIZAJE VISUAL OD. 20/80 OI. 20/60 SIN CORRECCION /// TAMIZAJE ACUMETRICO RINNE Y WEBER NORMAL SIN LATERALIZACION///

DR. CESAR A. SEGURA P.
ESPECIALISTA
SALUD OCUPACIONAL
C.C. 3182168
R.M. No 13094 82

Cesar Augusto Segura Puello
CC: 3182168
Especialista Salud Familiar y Riesgos Laborales
RM Familiar 13094/82 | RM ocupacional 25-2842/15

DR. CESAR A. SEGURA P.
Especialista en Salud Ocupacional
LIC. No 25-28-42/15

CLAUDIA PATRICIA VERGEL JIMENEZ
CC: 51857351
Paciente

Bienestar & Salud Laboral

Nit. 900.844.030-8
Licencia No. 64 del 10-01-2017
Calle 134 # 7-83 cons 233, Bogotá D. C.
www.bsl.com.co



DATOS PERSONALES

Fecha de Atención: 8/8/2022 Tipo de Consulta: Examen Médico Ocupacional Ingreso

Nombres y Apellidos: Camilo Alexis Romero Porras Documento: 79746462

Fecha nacimiento: 29/6/1976 Edad: 46 Género: MASCULINO Ciudad residencia: Bogotá

Empresa: PARTICULAR Cargo:

EXÁMENES REALIZADOS

Examen Médico Osteomuscular

CONCEPTO EVALUACIÓN MÉDICA

ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a Camilo Alexis Romero Porras con documento de identificación No 79746462 se considera que es ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES para desempeñar la ocupación del cargo descrito

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

USUARIO DE LENTES DE PROTECCIÓN.

RECOMENDACIONES GENERALES

1. PAUSAS ACTIVAS
2. HIGIENE POSTURAL
3. MEDIDAS ERGONOMICAS
4. TÉCNICAS DE MANEJO DE ESTRÉS
5. EJERCICIO AEROBICO
6. MANTENER MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD PARA COVID.
DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 1.5 A 2 MTS
EVITAR LOS CONTACTOS ESTRECHOS POR MAS DE 15 MIN SIN TAPABOCAS
USO PERMANENTE DE TAPABOCAS
LIMPIEZA DE PUESTO DE TRABAJO
LAVADO DE MANOS SEGÚN TECNICA DE LA OMS
7. ALIMENTACIÓN BALANCEADA
8. CONTROL DEL PESO
9. CONTROL VISUAL ANUAL
10. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

SALUD FÍSICA Y MENTAL

A no ser que presentes una restricción médica realizar al menos 150 minutos semanales de actividad física de intensidad moderada, o al menos 75 minutos semanales de ejercicio de alta intensidad.
Consume alimentos variados, incluyendo frutas y verduras
Reduce el consumo de sal, grasas saturadas y el azúcar
Mantén una buena hidratación bebiendo suficiente agua
Sigue una rutina y organiza tu tiempo en el trabajo, familia, estudio, cuidado personal y hobbies.
Reduce la exposición a noticias negativas
Mantén el contacto social vía telefónica - virtual o de forma presencial teniendo en cuenta las medidas de bioseguridad
Evita el consumo de alcohol y drogas
Ayuda a los demás
Mantén hábitos de sueño

SIXTA VIVERO CARRASCAL
REGISTRO MÉDICO NO 55300504
LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 583
16 DE FEBRERO DE 2021

Verifica la validez de este certificado

FIRMA TRABAJADOR
Camilo Alexis Romero Porras
79746462

ANEXO 3.

INDUCCIONES Y CAPACITACIONES

PERFIL SOCIODEMOGRAFICO Y MORBILIDAD SENTIDA
SOLIUN SAS

CÒDIGO: SST-FR-001
VERSIÓN: 1
FECHA DE ELABORACIÓN: 17/01/2024

Nombre: EDNA CONSTANZA CEPEDA SANCHEZ
Fecha: 17/01/2024
Cargo: DIRECTORA - INTERVENTORIA
Proyecto/área: HABITAT ACUNPUNTURA

Marque con una X:

1. EDAD
a. 18 – 27 años
b. 28 – 37 años
c. 38 _ 47 años
d. 48 años o más [X]

2. ESTADO CIVIL.
a. Soltero (a)
b. Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado [X]
d. Viudo (a)

3. SEXO
a. Hombre
b. Mujer [X]

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
b. 1 – 3 personas [X]
c. 4 – 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Posgrado [X]

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia [X]
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familias
e. Ninguna

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domésticas
c. Recreación y deporte
d. Estudio [X]
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRES OS (SMMLV)
a. Mínimo Legal (S.M.L.)
b. Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 6 S.M.L. [X]
d. Más de 7 S.M.L.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
a. Menos de 1 año
b. 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años [X]
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años [X]
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

11. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA
a. Vacunación
b. Salud Oral
c. Exámenes de laboratorio y otros
d. Exámenes médicos anuales [X]
e. Ninguna

12. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD
a. Sí
b. No [X]
Cual:
Frecuencia:

13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. Si
b. No [X]
Frecuencia

___Semanal
___Quincenal
___Mensual
___Ocasional

14. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. Si [X]
b. No
Cual YOGA

15. FUMA
a. Si
b. No [X]
Promedio diario:_____

16. CUALES DE LAS SIGUIENTES MOLESTIAS HA SENTIDO CON FRECUENCIA EN LOS ULTIMOS SEIS (6) MESES

SINTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
Dolor de cabeza			
Dolor de cuello, espalda y cintura	X		
Dolores musculares	X		
Dificultad para algún movimiento			
Tos frecuente			
Dificultad respiratoria			
Gastritis, ulcera			
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo			
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)	X		
Dificultad para concentrarse			
Mal genio			
Nerviosismo	X		
Cansancio mental			
Palpitaciones			
Dolor en el pecho (angina)			
Cambios visuales			
Cansancio, fatiga, ardor o disconfor visual	X		
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oídos			
Dificultad para oír			
Sensación permanente de cansancio	X		
Alteraciones en la piel			
Otras alteraciones no anotadas			

7. EN EL DESARROLLO DE SU LABOR ENCUENTRA LAS SIGUIENTES CONDICIONADOS:

NIVEL ADMINISTRATIVO

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL/ OBSERVACIONES
¿Conoce los riesgos a los que está expuesto en su lugar de trabajo?	X		
¿Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?	X		
¿Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada?	X		
¿La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias?		X	
¿En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?		X	
¿Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras, presentan riesgo para su salud?		X	
¿Existen cables sin entubar, empalmes defectuosos, tomas eléctricas sobrecargados, trasformadores defectuosos? X			
¿Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen despacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien apilados?		X	
¿Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?	X		
¿Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?	X		
¿La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza?	X		
¿Tiene espacio suficiente para variar la posición de las piernas y rodillas?	X		
¿La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?	X		
¿En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?	X		
¿Su trabajo le exige mantenerse frente a la pantalla del computador más del 50% de la jornada?	X		
¿Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podría calificarse de "normal"?	X		
¿Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?	X		
¿El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?	X		
¿Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?	X		
¿La empresa cuenta con agua potable?	X		
¿Existe buen manejo de basuras y desechos?	X		

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

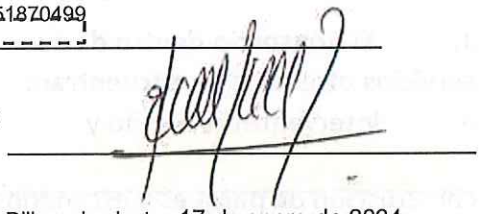
A. SI X

B. NO_____

Nombre: EDNA CONSTANZA CEPEDA SANCHEZ

CC: 51870499

Firma:



Fecha Diligenciamiento 17 de enero de 2024

	EVALUACIÒN DE INDUCCIÒN Y REINDUCCIÒN SST – MA SOLIUN SAS	CÒDIGO: SST-FR-002 VERSIÓN: 1 FECHA DE ELABORACIÓN: 17/01/2024

Nombre:
EDNA CONSTANZA CEPEDA SANCHEZ

Fecha:

17/01/24

Cargo:

DIRECTORA - INTERVENTORIA

Proyecto/área:
HABITAT ACUPUNTURA

1. El Consorcio dentro de sus servicios ofrecidos se encuentran:

a. Interventoría, diseño y construcción de parques y escenarios deportivos.

b. Asesoría comercial y administrativa a empresas industriales.

c. Construcción de viviendas de interés social.

2. Nombre uno de los compromisos frente a seguridad y salud en el trabajo a los que co mpromete la empresa: Entregar EPP Y CUMPLIR LA

3. Marque con una X los elementos de protección personal que debe usar para ingresar a obra:



4. Al frente de cada definición escriba a cuál corresponde cada una, puede ser: Accidente, incidente y Enfermedad Laboral.

1. Contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar: Enfermedad Laboral

2. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, el cual NO produce lesión Incidente

3. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.

Accidente

5 cuandose presente un accidente y/o incidente de trabajo usted debe:

a Llamar al 911 de inmediato
b Comunicarse con sus acudientes
c Informar inmediatamente al residente SST o jefe inmediato.

6 con qué frecuencia se reúne el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST

a. Una vez al mes
b. Al iniciar y/o finalizar cada proyecto
c. Una vez a la semana

7. Que es el comité de convivencia laboral

a. Es el grupo que se encarga de hacer los mantenimientos locativos de la empresa.

b Es el órgano que se encarga de controlar la hora de llegada de los trabajadores

c. Es un grupo que busca contribuir a proteger a los trabajadores, contra los riesgos psicosociales, como estrés ocupacional y el acoso laboral.

8. Nombre dos tipos de brigadas que existen:

a.

Primeros Auxilios

b.

9. Cuál de las siguientes acciones NO es una medida del Plan de Manejo Ambiental en obra:

a. Mantenimiento de baterías sanitarias.

b. Prueba de Concretos

c. Protección de sumideros y árboles.

10. Un residuo de construcción y demolición -RCD es:

a. Residuos de tejidos, órganos, partes y fluidos corporales.

b. Son los que contienen una base mineral o sintética que se generan en labores de mantenimiento.

c. Residuos generados en un proyecto de infraestructura que según sus características pueden ser o no susceptibles de aprovechamiento.

11. ¿Cuál es el porcentaje de aprovechamiento de los materiales?:

R: 25%

5(9,6$'2 < $352%$'2

Nombre: EDNA CONSTANZ ACEPEDA SANCHEZ **Cargo:** DIRECTORA - INTERVENTORIA

N° CC 51870499 **Proyecto/área:** HABITAT ACUPUNTURA

1. **Descripción:** A continuación, se le notifican los riesgos a los cuales se encuentra expuesto relacionados con su cargo, ya sea profesional, ingeniero, inspector, coordinador, residente, director, apoyo, entre otros
2. **Elementos de Protección personal de** acuerdo al cargo: (marque con una "X", según corresponda)



3 **Riesgos Existentes**

Biológico		Físico		Químico		Psicosocial		Biomecánico		De Seguridad		Fenómenos Naturales *	
Virus	X	Ruido (impacto intermitente y continuo)	X	Polvos orgánicos, inorgánicos		Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	X	Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacionés		Mecánico (elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos		Sismo	X
Bacterias		Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia)	X	Fibras		Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor	X	Esfuerzo		Eléctrico (alta y baja tensión, estática)		Tenamoto	X
Hongos		Vibración (cuerpo entero, segmentaria)		Líquidos (nieblas y rocíos)		Características del grupo social del trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)	X	Movimiento repetitivo		Locativo (sistemas y medios de almacenamiento, superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel) condiciones de orden y aseo, (caídas de objeto)	X	Vendaval	
Ricketsias		Temperaturas extremas (calor y frío)	X	Gases y vapores		Características de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía etc)	X	Manipulación manual de cargas		Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)		Inundación	X
Parásitos		Presión atmosférica (normal y ajustada)		Humos metálicos, no metálicos		Interfase persona tarea (conocimientos, habilidades con relación a la demanda de la tarea, motivación, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización				Accidentes de tránsito	X	Derrumbe	
Picaduras		Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y				Jornada de trabajo, (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)				Público (Robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público, etc)	X	Precipitaciones (lluvias granizadas, heladas)	X
Mordeduras		Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta		Material particulado	X					Trabajo en Alturas			
Fluidos o excrementos		Disconfort Térmico								Trabajo en Espacios Confinados			

* Tener en cuenta únicamente los peligros de fenómenos naturales que afectan la seguridad y bienestar de las personas en el desarrollo de una actividad. En el plan de emergencias de cada empresa, se consideraran todos los fenómenos naturales que puedan ocurrir.

EDNA CONSTANZA CEPEDA 51.870.49

Yo_____identificado(a) con Cedula de ciudadanía_____. declaro que he sido notificado de todos los riesgos a los cuales puedo estar expuesto durante la jornada laboral y me comprometo a cumplir las normas de seguridad y otras disposiciones establecidas, por la empresa para prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades laborales, de conformidad firmo este documento.

Firma del trabajador

01/02/2023

Fecha

RECOMENDACIONES EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES
SOLIUN SAS

CÒDIGO: SST-FR-004
VERSIÓN: 1
FECHA DE ELABORACIÓN:17/01/2024

Proyecto: HABITAT ACUPUNTURA

Fecha de elaboración:

Yo EDNA CONSTANZA CEPEDA identificado (o) con C.C 51.870.499 de BOGOT quien desempeña el cargo de DIRECTORA aceptó haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral

TIPO DE EXAMEN							
Ingreso		Periódico	X	Alturas		Retiro	
Fecha		Fecha	27/02/2020	Fecha		Fecha	

CONCEPTO MÉDICO			
Apto	X	Apto con restricción	
No Apto		Apto para trabajo en altura	

Recomendación médica para el trabajador	Diagnostico Si	No	N/A	Observaciones
Requiere corrección visual permanente	x			Valoraciòn Anual
Control Optométrico periódico		X		
Higiene postural y de columna		X		
Estilo de vida saludable		X		
Control por EPS por hiperlipidemia		X		
Control por EPS por nutricionista		X		
Control por EPS por Ortopedia		X		
Dieta y ejercicio		X		
Control Semestral		X		
Valoración por medicina general		X		
Alimentación Sana		X		
Ejercicio frecuente		X		
Dieta balanceada		X		
Control Anual por EPS		X		

Recomendación médica para el área de trabajo	Diagnostico Si	No	N/A	Observaciones
Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad		X		
Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB		X		
Pausas activas durante la jornada laboral		X		
Ergonomía en el puesto de trabajo		X		
Capacitación en higiene postural y manejo de columna		X		
Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo		X		
Cumplir normas de higiene y seguridad industrial		X		
Debe laborar con gafas de corrección óptica		X		
Programa de vigilancia epidemiológica				
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico		X		
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual	x			
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica auditivo				
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio		X		
OTRAS RECOMENDACIONES				
Uso de lentes				

RESTRICCIÓN ESPECIFICA				

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud

Elaborado por: Jose Alfredo Cargo: Recurso Humano Firma:

AUTORIZACIÒN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES
SOLIUN SAS

CÒDIGO: SST-FR-005
VERSIÓN: 1
FECHA DE ELABORACIÓN: 17/01/2024

Dando cumplimiento a las disposiciones de la ley 1581 de 2012, al decreto 1377 de 2013 y demás normas que lo sustituyan o modifiquen, por la cual se dictan normas generales para la protección de datos personales y teniendo en cuenta que dicha ley tiene por objeto desarrollar el derecho constitucional que tienen las personas a conocer, actualizar y rectificar la información que se haya recogido sobre ellas en bases de datos o archivos, **SOLIUN SAS** hace entrega del presente documento con el objetivo que nos sea autorizado el tratamiento de la información aquí depositada, en los siguientes términos:
Por medio de la presente declaro expresamente:

Yo (Titular de los datos personales) EDNA CONSTANZA CEPEDA SANCHEZ identificado con cédula de ciudadanía No. 51870499, expedida en BOGOTA, actuando en nombre propio por

medio del presente escrito autorizo y acepto que **SOLIUN SAS**, así como a sus compañías filiales o subsidiarias trate mis datos públicos, privados, semiprivados o sensibles, derivados ocon ocasión de la relación laboral que tuve, tuviere o llegare a tener con la Compañía, de conformidad con lo previsto en la Ley 1581 de 2012, y en la Política de Tratamiento de Datos Personales, disponible en las instalaciones de la compañía.

Finalidades para el tratamiento General de Información de los empleados, trabajadores retirados, pensionados y candidatos a ocupar vacantes:

- ✔ Para fines pertinentes a la relación laboral (EPS, ARL, fondos de pensiones y cesantías, cajas de compensación familiar, etc.)
- ✔ En el caso de los empleados con la suscripción del contrato laboral se entiende autorización expresa para darle Tratamiento a la información.
- ✔ En el caso de requerimientos judiciales y legales.
- ✔ Contabilización y pago de nómina.
- ✔ Reclutar y seleccionar personal que ocuparán las vacantes.
- ✔ Procesar, confirmar y cumplir con las obligaciones laborales legales y extralegales derivadas del contrato laboral.
- ✔ Realizar transacciones.
- ✔ Pago de beneficios extralegales.
- ✔ Auditorías.
- ✔ Análisis estadísticos.
- ✔ Mantener base de datos de candidatos.
- ✔ Capacitación y formación.
- ✔ Compartir los datos personales con entidades bancarias, empresas que ofrezcan beneficios a nuestros trabajadores activos, entre otros.
- ✔ Programas de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Autorizo a que dicha información sea compartida con terceros para los efectos propios de la labor que desarrollé, desarrolló o llegare a desarrollar. Los datos sensibles y/o personales podrán ser alojados fuera del territorio colombiano en herramientas tecnológicas, software y bases de datos adquiridas o licenciadas por la Compañía, empresas matrices, sociedades controlantes, filiales o subsidiarias de estas. Conozco que, como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre mí, así como presentar consultas y reclamos; revocar la autorización o solicitar la supresión de los datos, en los casos en que sea procedente.

Firma Titular: _____
C.C.: 51870499

Ciudad y Fecha: 17/02/2

NOTIFICACIÒN DE EXAMEN DE EGRESO
SOLIUN SAS

CÒDIGO: SST-FR-006
VERSIÓN: 1
FECHA DE ELABORACIÓN:17/01/2024

Bogotá,

Fecha:enero 17 de 2024:

Señor:

_____

Por medio de la presente, se notifica que, una vez finalizado el contrato laboral, debe realizarse el examen de egreso, dentro de los ocho (8) días hábiles siguientes. Este examen. tiene como objeto evaluar su estado de salud al momento de finalizar la relación laboral y/o contractual con SOLIUN SAS

En el momento del retiro, la empresa le notificará la dirección y los horarios de atención del Centro Médico en donde deberá realizarse el examen en mención.

Por lo anterior, le solicitamos que diligencie el siguiente cuadro, en el cual usted acepta que fue notificado y que acepta la información suministrada.

Yo EDNA CONSTANZA CEPEDA SANCHEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía N° 51.870.49 de BOGOT , me desempeño en SOLIUN SAS _____informó que SI x DIRECTORA NO_____, acepto realizarme el examen de egreso.	
Firma:	Fecha: 17/01/2024

LISTA DE CHEQUEO DE INDUCCIÒN AL CARGO
SOLIUN SAS

CÒDIGO: SST-FR-007
VERSIÓN: 1
FECHA DE ELABORACIÓN: 17/01/2024

Proyecto/ área: HABITAT ACUPUNTURA	Fecha: 17/01/24

N°	ITEM	VERIFICACIÓN (Marque con X)		
	Documentos del trabajador	**Registro**	**SI**	**N/A**
1	Copia de la Cédula	x		
2	Examen de ingreso periódico	x		
3	Afiliaciones al sistema de seguridad y salud en el trabajo (EPS, ARL, AFP, Caja de Compensación)	x		
4	Certificado de trabajo en alturas (administrativo, coordinador, avanzado o reentrenamiento)			x
5	Consulta de antecedente			x
	Temas de la inducción			
6	Generalidades de la empresa (políticas, misión y visión)		x	
7	Reglamento interno de trabajo		x	
8	Responsabilidad y funciones en SST y Ambiente		x	
9	Plan de emergencias (Ruta de evacuación, alarma y punto de encuentro)		x	
10	Divulgación del personal de brigada		x	
11	Registro de Evacuación Medica - MEDEVAC			
12	Divulgación de participantes del COPASST		x	
13	Divulgación de participantes del Comité de convivencia laboral			
14	Factores de riesgo de la empresa y sus controles		x	
15	Aspectos e impactos ambientales (Respel, RCD y puntos ecológicos)		x	
16	Divulgación de formato de reporte de actos y condiciones inseguras		x	
17	Divulgación de significado de accidente, incidente y enfermedad laboral			
	Registros			
18	Formato de autorización de datos personales	x		
19	Formato perfil de cargo	x		
20	Notificación de riesgos	x		
21	Notificación de condiciones de salud			
22	Registro de evaluación SST-MA	x		
23	Perfil Sociodemográfico			
24	Notificación examen de egreso	x		
25	Registro de entrega de dotación			
26	Otros:			

Certifico que he recibido y entendido la inducción al cargo, incluyendo la descripción y explicación de los ítems citados en este documento

Nombre:	**Firma:**	**C.C.**
EDNA CONSTANZA CEPEDA S.		51.87049

Responsable del proceso de inducción

Nombre:	**Firma:**	**C.C.**
Jose Alfredo Sanabria		101546106

Nombre: Natali Espinosa
Fecha: 17/01/2024
Cargo: Profesional Ambiental
Proyecto/área: HABITAT ACUPUNTURA

Marque con una X:

1. EDAD
a. 18 – 27 años
b. 28 – 37 años
c. 38 _ 47 años
d. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL.
a. Soltero (a)
b. Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO
a. Hombre
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
b. 1 – 3 personas
c. 4 – 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Posgrado

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familias
e. Ninguna

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domésticas
c. Recreación y deporte
d. Estudio
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRES OS (SMMLV)
a. Mínimo Legal (S.M.L.)
b. Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 6 S.M.L.
d. Más de 7 S.M.L.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
a. Menos de 1 año
b. 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

11. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA
a. Vacunación
b. Salud Oral
c. Exámenes de laboratorio y otros
d. Exámenes médicos anuales
e. Ninguna

12. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD
a. Sí
b. No
Cual:
Frecuencia:

13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. Si
b. No
Frecuencia

___Semanal
___Quincenal
___Mensual
___Ocasional

14. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. Si
b. No
Cual_____

15. FUMA
a. Si
b. No
Promedio diario:_____

16. CUALES DE LAS SIGUIENTES MOLESTIAS HA SENTIDO CON FRECUENCIA EN LOS ULTIMOS SEIS (6) MESES

SINTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
Dolor de cabeza		X	
Dolor de cuello, espalda y cintura		X	
Dolores musculares		X	
Dificultad para algún movimiento		X	
Tos frecuente		X	
Dificultad respiratoria		X	
Gastritis, ulcera		X	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		X	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		X	
Dificultad para concentrarse		X	
Mal genio		X	
Nerviosismo		X	
Cansancio mental		X	
Palpitaciones		X	
Dolor en el pecho (angina)		X	
Cambios visuales		X	
Cansancio, fatiga, ardor o disconfor visual		X	
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oídos		X	
Dificultad para oír		X	
Sensación permanente de cansancio		X	
Alteraciones en la piel		X	
Otras alteraciones no anotadas		X	

7. EN EL DESARROLLO DE SU LABOR ENCUENTRA LAS SIGUIENTES CONDICIONADOS:
NIVEL ADMINISTRATIVO

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL/ OBSERVACIONES
¿Conoce los riesgos a los que está expuesto en su lugar de trabajo?	X		
¿Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?	X		
¿Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada?	X		
¿La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias?		X	
¿En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?		X	
¿Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras, presentan riesgo para su salud?		X	
¿Existen cables sin entubar, empalmes defectuosos, tomas eléctricas sobrecargados, trasformadores defectuosos?		X	
¿Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen despacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien apilados?	X		
¿Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?		X	
¿Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?		X	
¿La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza?		X	
¿Tiene espacio suficiente para variar la posición de las piernas y rodillas?		X	
¿La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?		X	
¿En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?		X	
¿Su trabajo le exige mantenerse frente a la pantalla del computador más del 50% de la jornada?		X	
¿Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podría calificarse de "normal"?	X		
¿Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?	X		
¿El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?	X		
¿Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?	X		
¿La empresa cuenta con agua potable?	X		
¿Existe buen manejo de basuras y desechos?	X		

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

A. SI X
B. NO

Nombre: NATALI ESPINOSA

CC: 1024481967



Firma:

Fecha Diligenciamiento 17 de Enero de 2024

EVALUACIÒN DE INDUCCIÒN Y REINDUCCIÒN SST – MA
SOLIUN SAS

CÒDIGO: SST-FR-002
VERSIÓN: 1
FECHA DE ELABORACIÓN: 24/01/2024

Nombre:
NATALI ESPINOSA

Fecha:
17/02/2022

Cargo:
PROFESIONAL AMBIENTAL

Proyecto/área:
HABITAT

1. El Consorcio dentro de sus servicios ofrecidos se encuentran:

a. Interventoría, diseño y construcción de parques y escenarios deportivos.

b. Asesoría comercial y administrativa a empresas industriales.

c. Construcción de viviendas de interés social.

2. Nor
frente a se
los que
empresa: entregar los

3. Marque con una X los elementos de protección personal que debe usar para ingresar a obra:



4. Al frente de cada definición escriba a cuál corresponde cada una, puede ser: Accidente, incidente y Enfermedad Laboral.

1. Contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar: Enfermedad Laboral

2. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, el cual NO produce lesión Incidente

3. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la

5(9,6$'2 < $352%$'2

5 cuando se presente un accidente y/o incidente de trabajo usted debe:

a Llamar al 911 de inmediato
b Comunicarse con sus acudientes
c Informar inmediatamente al residente SST o jefe inmediato.

6 con qué frecuencia se reúne el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST

a. Una vez al mes
b. Al iniciar y/o finalizar cada proyecto
c. Una vez a la semana

7. Que es el comité de convivencia laboral

a. Es el grupo que se encarga de hacer los mantenimientos locativos de la empresa.

b Es el órgano que se encarga de controlar trabajado

c proteger a los trabajadores, contra los riesgos psicosociales, como estrés ocupacional y el acoso laboral.

8. Nombre dos tipos de brigadas que existen:

a.

Primeros Auxilios

b.

9. Cuál de las siguientes acciones NO es una medida del Plan de Manejo Ambiental en obra:

a. Mantenimiento de baterías sanitarias.

b. Prueba de Concretos

c. Protección de sumideros y árboles.

10. Un residuo de construcción y demolición -RCD es:

a. Residuos de tejidos, órganos, partes y fluidos corporales.

b. Son los que contienen una base mineral o sintética que se generan en labores de mantenimiento.

c infraestructura que según sus características pueden ser o no susceptibles de aprovechamiento.

11. ¿Cuál es el porcentaje de aprovechamiento de los materiales?:

R: 25%

SST-FR-003
VERSIÓN: 1
FECHA DE ELABORACIÓN: 24/01/2024

Nombre: Natali Espinosa **Cargo:** -Profesional

N° CC 1024481967 **Proyecto/área:** .hábitat

1. **Descripción:** A continuación, se le notifican los riesgos a los cuales se encuentra expuesto relacionados con su cargo, ya sea profesional, ingeniero, inspector, coordinador, residente, director, apoyo, entre otros
2. **Elementos de Protección personal de** acuerdo al cargo: (marque con una "X", según corresponda)



3 **Riesgos Existentes**

Biológico		Físico		Químico		Psicosocial		Biomecánico		De Seguridad		Fenómenos Naturales *	
Virus	X	Ruido (impacto intermitente y continuo)	X	Polvos orgánicos, inorgánicos		Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	X	Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacionales		Mecánico (elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos		Sismo	X
Bacterias		Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia)	X	Fibras		Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor	X	Esfuerzo		Eléctrico (alta y baja tensión, estática)		Terremoto	X
Hongos		Vibración (cuerpo entero, segmentaria)		Líquidos (nieblas y rocíos)		Características del grupo social del trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)	X	Movimiento repetitivo		Locativo (sistemas y medios de almacenamiento, superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel) condiciones de orden y aseo, (caídas de objeto)	X	Vendaval	
Rickettsias		Temperaturas externas (calor y frío)	X	Gases y vapores		Características de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc)	X	Manipulación manual de cargas		Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)		Inundación	X
Parásitos		Presión atmosférica (normal y ajustada)		Humos metálicos, no metálicos		Interfase persona tarea (conocimientos, habilidades con relación a la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización.				Accidentes de tránsito	X	Derrumbe	
Picaduras		Radiaciones Ionizantes (rayos x, gama, beta y				Jornada de trabajo, (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)				Público (Robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público, etc)	X	Precipitaciones, (lluvias, granizadas, heladas)	X
Mordeduras		Radiaciones no Ionizantes (láser, ultravioleta		Material particulado	X					Trabajo en Alturas			
Fluidos o excrementos		Disconfort Térmico								Trabajo en Espacios Confinados			

* Tener en cuenta únicamente los peligros de fenómenos naturales que afectan la seguridad y bienestar de las personas en el desarrollo de una actividad. En el plan de emergencias de cada empresa, se consideraran todos los fenómenos naturales que pudieran afectarla.

Yo Natali Espinosa identificado(a) con Cedula de ciudadanía 1024481967. declaro que he sido notificado de todos los riesgos a los cuales puedo estar expuesto durante la jornada laboral y me comprometo a cumplir las normas de seguridad y otras disposiciones establecidas, por la empresa para prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades laborales, de conformidad firmo este documento.

Natali Espinosa

Firma del trabajador

17/01/24

Fecha

RECOMENDACIONES EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES
SOLIUN SAS

CÒDIGO: SST-FR-004
VERSIÓN: 1
FECHA DE ELABORACIÓN: 24/01/2024

Proyecto: Habitat

Fecha de elaboración: 17/02/22

Yo Natali Espinosa identificado (o) con C.C 1024481967 de Bogota quien desempeña el cargo de Prof. aceptó haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral

TIPO DE EXAMEN							
Ingreso		Periódico	X	Alturas		Retiro	
Fecha		Fecha	18/05/2020	Fecha		Fecha	

CONCEPTO MÉDICO			
Apto	X	Apto con restricción	
No Apto		Apto para trabajo en altura	

Recomendación médica para el trabajador	Diagnostico			Observaciones
	Si	No	N/A	
Requiere corrección visual permanente	X			Valoración Anual
Control Optométrico periódico		X		
Higiene postural y de columna		X		
Estilo de vida saludable		X		
Control por EPS por hiperlipidemia		X		
Control por EPS por nutricionista		X		
Control por EPS por Ortopedia		X		
Dieta y ejercicio		X		
Control Semestral		X		
Valoración por medicina general		X		
Alimentación Sana		X		
Ejercicio frecuente		X		
Dieta balanceada		X		
Control Anual por EPS		X		

Recomendación médica para el área de trabajo	Diagnostico			Observaciones
	Si	No	N/A	
Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad		X		
Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB		X		
Pausas activas durante la jornada laboral		X		
Ergonomía en el puesto de trabajo		X		
Capacitación en higiene postural y manejo de columna		X		
Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo		X		
Cumplir normas de higiene y seguridad industrial		X		
Debe laborar con gafas de corrección óptica		X		
Programa de vigilancia epidemiológica				
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico		X		
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual	X			
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica auditivo		X		
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio		X		
OTRAS RECOMENDACIONES				
Uso de lentes				
RESTRICCIÓN ESPECIFICA				

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud

Elaborado por: Jose Alfredo Sanabria Cargo: Recurso Humano Firma:

AUTORIZACIÒN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES
SOLIUN SAS

CÒDIGO: SST-FR-005
VERSIÓN: 1
FECHA DE ELABORACIÓN: 24/01/2024

Dando cumplimiento a las disposiciones de la ley 1581 de 2012, al decreto 1377 de 2013 y demás normas que lo sustituyan o modifiquen, por la cual se dictan normas generales para la protección de datos personales y teniendo en cuenta que dicha ley tiene por objeto desarrollar el derecho constitucional que tienen las personas a conocer, actualizar y rectificar la información que se haya recogido sobre ellas en bases de datos o archivos, **SOLIUN SAS** hace entrega del presente documento con el objetivo que nos sea autorizado el tratamiento de la información aquí depositada, en los siguientes términos:
Por medio de la presente declaro expresamente:

Yo (Titular de los datos personales) Natali Espinosa identificado con cédula de ciudadanía No. 1024481967, expedida en Bogotà, actuando en nombre propio por medio del presente escrito autorizo y acepto que **SOLIUN SAS**, así como a sus compañías filiales o subsidiarias trate mis datos públicos, privados, semiprivados o sensibles, derivados ocon ocasión de la relación laboral que tuve, tuviere o llegare a tener con la Compañía, de conformidad con lo previsto en la Ley 1581 de 2012, y en la Política de Tratamiento de Datos Personales, disponible en las instalaciones de la compañía.

Finalidades para el tratamiento General de Información de los empleados, trabajadores retirados, pensionados y candidatos a ocupar vacantes:

- ✔ Para fines pertinentes a la relación laboral (EPS, ARL, fondos de pensiones y cesantías, cajas de compensación familiar, etc.)
- ✔ En el caso de los empleados con la suscripción del contrato laboral se entiende autorización expresa para darle Tratamiento a la información.
- ✔ En el caso de requerimientos judiciales y legales.
- ✔ Contabilización y pago de nómina.
- ✔ Reclutar y seleccionar personal que ocuparán las vacantes.
- ✔ Procesar, confirmar y cumplir con las obligaciones laborales legales y extralegales derivadas del contrato laboral.
- ✔ Realizar transacciones.
- ✔ Pago de beneficios extralegales.
- ✔ Auditorías.
- ✔ Análisis estadísticos.
- ✔ Mantener base de datos de candidatos.
- ✔ Capacitación y formación.
- ✔ Compartir los datos personales con entidades bancarias, empresas que ofrezcan beneficios a nuestros trabajadores activos, entre otros.
- ✔ Programas de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Autorizo a que dicha información sea compartida con terceros para los efectos propios de la labor que desarrollé, desarrolló o llegare a desarrollar. Los datos sensibles y/o personales podrán ser alojados fuera del territorio colombiano en herramientas tecnológicas, software y bases de datos adquiridas o licenciadas por la Compañía, empresas matrices, sociedades controlantes, filiales o subsidiarias de estas. Conozco que, como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre mí, así como presentar consultas y reclamos; revocar la autorización o solicitar la supresión de los datos, en los casos en que sea procedente.

Firma Titular: _____
C.C.: 1024481967
Ciudad y Fecha: 17/01/24

NOTIFICACIÒN DE EXAMEN DE EGRESO
SOLIUN SAS

Bogotá,

_____

Señor:
NATALI ESPINOSA

Por medio de la presente, se notifica que, una vez finalizado el contrato laboral, debe realizarse el examen de egreso, dentro de los ocho (8) días hábiles siguientes. Este examen. tiene como objeto evaluar su estado de salud al momento de finalizar la relación laboral y/o contractual con SOLIUN SAS

En el momento del retiro, la empresa le notificará la dirección y los horarios de atención del Centro Médico en donde deberá realizarse el examen en mención.

Por lo anterior, le solicitamos que diligencie el siguiente cuadro, en el cual usted acepta que fue notificado y que acepta la información suministrada.

Yo NATALI ESPINOSA identificado(a) con Cédula de ciudadanía N° 1024481967 de _____, me desempeño en SOLIUN SAS como Profesional informó que SI _____ NO X, acepto realizarme el examen de egreso.	
Firma:	Fecha: 17/02/2024

LISTA DE CHEQUEO DE INDUCCIÒN AL CARGO
SOLIUN SAS

CÒDIGO: SST-FR-007
VERSIÓN: 1
FECHA DE ELABORACIÓN: 24/01/2024

Proyecto/ área:	Fecha: 17/01/2024

N°	ITEM	VERIFICACIÓN (Marque con X)		
	Documentos del trabajador	**Registro**	**SI**	**N/A**
1	Copia de la Cédula	x		
2	Examen de ingreso periódico	x		
3	Afiliaciones al sistema de seguridad y salud en el trabajo (EPS, ARL, AFP, Caja de Compensación)	x		
4	Certificado de trabajo en alturas (administrativo, coordinador, avanzado o reentrenamiento)			x
5	Consulta de antecedente			x
	Temas de la inducción			
6	Generalidades de la empresa (políticas, misión y visión)		x	
7	Reglamento interno de trabajo		x	
8	Responsabilidad y funciones en SST y Ambiente		x	
9	Plan de emergencias (Ruta de evacuación, alarma y punto de encuentro)		x	
10	Divulgación del personal de brigada		x	
11	Registro de Evacuación Medica - MEDEVAC		x	
12	Divulgación de participantes del COPASST		x	
13	Divulgación de participantes del Comité de convivencia laboral		x	
14	Factores de riesgo de la empresa y sus controles		x	
15	Aspectos e impactos ambientales (Respel, RCD y puntos ecológicos)		x	
16	Divulgación de formato de reporte de actos y condiciones inseguras		x	
17	Divulgación de significado de accidente, incidente y enfermedad laboral		x	
	Registros			
18	Formato de autorización de datos personales	x		
19	Formato perfil de cargo	x		
20	Notificación de riesgos	x		
21	Notificación de condiciones de salud	x		
22	Registro de evaluación SST-MA	x		
23	Perfil Sociodemográfico	x		
24	Notificación examen de egreso	x		
25	Registro de entrega de dotación	x		
26	Otros:			

Certifico que he recibido y entendido la inducción al cargo, incluyendo la descripción y explicación de los ítems citados en este documento

Nombre: Natali Espinosa	**Firma:**	**C.C.** 1024481967
Responsable del proceso de inducción		
Nombre: Jose Alfredo Sanabria	**Firma:**	**C.C.** 1015461063

Nombre: Maria del Rosario Cardenas Junca
Fecha: 17/01/2024
Cargo: Trabajadora Social
Proyecto/área: HABITAT ACUPUNTURA

Marque con una X:

1. EDAD
a. 18 – 27 años
b. 28 – 37 años
c. 38 _ 47 años
d. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL.
a. Soltero (a)
b. Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO
a. Hombre
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
b. 1 – 3 personas
c. 4 – 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Posgrado

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familias
e. Ninguna

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domésticas
c. Recreación y deporte
d. Estudio
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRES OS (SMMLV)
a. Mínimo Legal (S.M.L.)
b. Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 6 S.M.L.
d. Más de 7 S.M.L.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
a. Menos de 1 año
b. 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

11. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA
a. Vacunación
b. Salud Oral
c. Exámenes de laboratorio y otros
d. Exámenes médicos anuales
e. Ninguna

12. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD
a. Sí
b. No
Cual:
Frecuencia:

13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. Si
b. No
Frecuencia

___Semanal
___Quincenal
___Mensual
___Ocasional

14. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. Si
b. No
Cual bicicleta

15. FUMA
a. Si
b. No
Promedio diario:

16. CUALES DE LAS SIGUIENTES MOLESTIAS HA SENTIDO CON FRECUENCIA EN LOS ULTIMOS SEIS (6) MESES

SINTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
Dolor de cabeza	X		
Dolor de cuello, espalda y cintura	X		
Dolores musculares		X	
Dificultad para algún movimiento		X	
Tos frecuente	X		
Dificultad respiratoria		X	
Gastritis, ulcera		X	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		X	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		X	
Dificultad para concentrarse		X	
Mal genio		X	
Nerviosismo		X	
Cansancio mental		X	
Palpitaciones		X	
Dolor en el pecho (angina)		X	
Cambios visuales		X	
Cansancio, fatiga, ardor o disconfor visual		X	
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oídos		X	
Dificultad para oír		X	
Sensación permanente de cansancio		X	
Alteraciones en la piel		X	
Otras alteraciones no anotadas		X	

7. EN EL DESARROLLO DE SU LABOR ENCUENTRA LAS SIGUIENTES CONDICIONADOS:
NIVEL ADMINISTRATIVO

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL/ OBSERVACIONES
¿Conoce los riesgos a los que está expuesto en su lugar de trabajo?			
¿Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?			
¿Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada?			
¿La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias?			
¿En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?			
¿Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras, presentan riesgo para su salud?			
¿Existen cables sin entubar, empalmes defectuosos, tomas eléctricas sobrecargados, trasformadores defectuosos?			
¿Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen despacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien apilados?			
¿Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?			
¿Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?			
¿La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza?			
¿Tiene espacio suficiente para variar la posición de las piernas y rodillas?			
¿La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?			
¿En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?			
¿Su trabajo le exige mantenerse frente a la pantalla del computadormás del 50% de la jornada?			
¿Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podría calificarse de "normal"?			
¿Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?			
¿El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?			
¿Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?			
¿La empresa cuenta con agua potable?			
¿Existe buen manejo de basuras y desechos?			

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

A. SI X
B. NO_____

Nombre: Maria del Rosario Cardenas J

CC: 35.478.75

Firma: _____

Fecha Diligenciamiento 17de Eneroo de 24

Nombre:

Maria Del Rosario Cardenas J.

Fecha:

17/01/24

Cargo:

Trabajadora

Proyecto/área:

HABITAT ACUPUNTURA

1. El Consorcio dentro de sus servicios ofrecidos se encuentran:

a. Interventoría, diseño y cconstrucción de parques y escenarios deportivos.

b. Asesoría comercial y administrativa a empresas industriales.

c. Construcción de viviendas de interés social.

2. **Nor**
frente a se
los que s

3. Marque con una X los elementos de protección personal que debe usar para ingresar a obra:



4. Al frente de cada definición escriba a cuál corresponde cada una, puede ser: Accidente, incidente y Enfermedad Laboral.

1. Contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar: Enfermedad Laboral

2. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, el cual NO produce lesión Incidente

3. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la

lente

:

a Llamar al 911 de inmediato
b Comunicarse con sus acudientes
c Informar inmediatamente al residente SST o jefe inmediato.

6 con qué frecuencia se reúne el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST

a. Una vez al mes
b. Al iniciar y/o finalizar cada proyecto
c. Una vez a la semana

Entregar EPP

7. Que es el comité de convivencia laboral

a. Es el grupo que se encarga de hacer los mantenimientos locativos de la empresa.

b Es el órgano que se encarga de controlar trabajad

c. Es un grupo que busca contribuir a proteger a los trabajadores, contra los riesgos psicosociales, como estrés ocupacional y el acoso laboral.

8. Nombre dos tipos de brigadas que existen:

a. Evacuación

b. Incendio

9. Cuál de las siguientes acciones NO es una medida del Plan de Manejo Ambiental en obra:

a. Mantenimiento de baterías sanitarias.
b. Prueba de Concretos
c. Protección de sumideros y árboles.

10. Un residuo de construcción y demolición -RCD es:

a. Residuos de tejidos, órganos, partes y fluidos corporales.
b. Son los que contienen una base mineral o sintética que se generan en labores de mantenimiento.
c. Residuos generados en un proyecto de infraestructura que según sus características pueden ser o no susceptibles de aprovechamiento.

11. ¿Cuál es el porcentaje de aprovechamiento de los materiales?:

R: 25

5(9,6$'2 < $352%$'2

Nombre: Maria del Rosario CardenasJ **Cargo:** Profesional
N° CC 35.478.75 **Proyecto/área:** HABITAT ACUPUNTURA

1. **Descripción:** A continuación, se le notifican los riesgos a los cuales se encuentra expuesto relacionados con su cargo, ya sea profesional, ingeniero, inspector, coordinador, residente, director, apoyo, entre otros
2. **Elementos de Protección personal de** acuerdo al cargo: (marque con una "X", según corresponda)



3 **Riesgos Existentes**

Biológico		Físico		Químico		Psicosocial		Biomecánico		De Seguridad		Fenómenos Naturales *	
Virus	X	Ruido (impacto intermitente y continuo)	X	Polvos orgánicos, inorgánicos		Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	X	Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacionales		Mecánico (elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos		Sismo	X
Bacterias		Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia)	X	Fibras		Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor	X	Esfuerzo		Eléctrico (alta y baja tensión, estática)		Terremoto	X
Hongos		Vibración (cuerpo entero, segmentaria)		Líquidos (nieblas y rocíos)		Características del grupo social del trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)	X	Movimiento repetitivo		Locativo (sistemas y medios de almacenamiento, superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel) condiciones de orden y aseo, (caídas de objeto)	X	Vendaval	
Ricketsias		Temperaturas extremas (calor y frío)	X	Gases y vapores		Características de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc)	X	Manipulación manual de cargas		Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)		Inundación	X
Parásitos		Presión atmosférica (normal y ajustada)		Humos metálicos, no metálicos		Interfase persona tarea (conocimientos, habilidades con relación a la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización.				Accidentes de tránsito	X	Derrumbe	
Picaduras		Radiaciones Ionizantes (rayos x, gama, beta y				Jornada de trabajo, (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)				Público (Robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público, etc)	X	Precipitaciones, (lluvias, granizadas, heladas)	X
Mordeduras		Radiaciones no Ionizantes (láser, ultravioleta		Material particulado	X					Trabajo en Alturas			
Fluidos o excrementos		Disconfort Térmico								Trabajo en Espacios Confinados			

* Tener en cuenta únicamente los peligros de fenómenos naturales que afectan la seguridad y bienestar de las personas en el desarrollo de una actividad. En el plan de emergencias de cada empresa, se consideraran todos los fenómenos naturales que pudieran afectarla.

Yo_____identificado(a) con Cedula de ciudadanía_____. declaro que he sido notificado de todos los riesgos a los cuales puedo estar expuesto durante la jornada laboral y me comprometo a cumplir las normas de seguridad y otras disposiciones establecidas, por la empresa para prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades laborales, de conformidad firmo este documento.

_____ 17/02/202
Firma del trabajador *Fecha*

RECOMENDACIONES EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES
SOLIUN SAS

CÒDIGO: SST-FR-004
VERSIÓN: 1
FECHA DE ELABORACIÓN: 24/01/2024

Proyecto: Habitat

Fecha de elaboración: 17/02/2024

Yo Maria del Rosario rdenas identificado (o) con C.C 35475.8754 de Chi quien desempeña el cargo de Trabajadora aceptó haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral

TIPO DE EXAMEN							
Ingreso		Periódico	X	Alturas		Retiro	
Fecha		Fecha	19/10/2	Fecha		Fecha	

CONCEPTO MÉDICO			
Apto	X	Apto con restricción	
No Apto		Apto para trabajo en altura	

Recomendación médica para el trabajador	Diagnostico Si	Diagnostico No	Diagnostico N/A	Observaciones
Requiere corrección visual permanente		X		
Control Optométrico periódico		X		
Higiene postural y de columna		X		
Estilo de vida saludable		X		
Control por EPS por hiperlipidemia		X		
Control por EPS por nutricionista		X		
Control por EPS por Ortopedia		X		
Dieta y ejercicio		X		
Control Semestral		X		
Valoración por medicina general		X		
Alimentación Sana		X		
Ejercicio frecuente		X		
Dieta balanceada		X		
Control Anual por EPS	X			Por Patologia Neurologica

Recomendación médica para el área de trabajo	Diagnostico Si	Diagnostico No	Diagnostico N/A	Observaciones
Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad		X		
Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB		X		
Pausas activas durante la jornada laboral		X		
Ergonomía en el puesto de trabajo		X		
Capacitación en higiene postural y manejo de columna		X		
Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo		X		
Cumplir normas de higiene y seguridad industrial		X		
Debe laborar con gafas de corrección óptica		X		
Programa de vigilancia epidemiológica				
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico	X			
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual		X		
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica auditivo		X		
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio		X		
OTRAS RECOMENDACIONES				
RESTRICCIÓN ESPECIFICA				

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud

Elaborado por: Jose Alfredo Cargo: Recurso Humano Firma:

AUTORIZACIÒN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES
SOLIUN SAS

CÒDIGO: SST-FR-005
VERSIÓN: 1
FECHA DE ELABORACIÓN: 24/01/2024

Dando cumplimiento a las disposiciones de la ley 1581 de 2012, al decreto 1377 de 2013 y demás normas que lo sustituyan o modifiquen, por la cual se dictan normas generales para la protección de datos personales y teniendo en cuenta que dicha ley tiene por objeto desarrollar el derecho constitucional que tienen las personas a conocer, actualizar y rectificar la información que se haya recogido sobre ellas en bases de datos o archivos, **SOLIUN SAS** hace entrega del presente documento con el objetivo que nos sea autorizado el tratamiento de la información aquí depositada, en los siguientes términos:
Por medio de la presente declaro expresamente:

Yo (Titular de los datos personales) Maria del Rosario Cardenas J. identificado con cédula de ciudadanía No. 35478754 Chi, expedida en _____, actuando en nombre propio por medio del presente escrito autorizo y acepto que **SOLIUN SAS**, así como a sus compañías filiales o subsidiarias trate mis datos públicos, privados, semiprivados o sensibles, derivados o conocasión de la relación laboral que tuve, tuviere o llegare a tener con la Compañía, de conformidad con lo previsto en la Ley 1581 de 2012, y en la Política de Tratamiento de Datos Personales, disponible en las instalaciones de la compañía.

Finalidades para el tratamiento General de Información de los empleados, trabajadores retirados, pensionados y candidatos a ocupar vacantes:

- ✔ Para fines pertinentes a la relación laboral (EPS, ARL, fondos de pensiones y cesantías, cajas de compensación familiar, etc.)
- ✔ En el caso de los empleados con la suscripción del contrato laboral se entiende autorización expresa para darle Tratamiento a la información.
- ✔ En el caso de requerimientos judiciales y legales.
- ✔ Contabilización y pago de nómina.
- ✔ Reclutar y seleccionar personal que ocuparán las vacantes.
- ✔ Procesar, confirmar y cumplir con las obligaciones laborales legales y extralegales derivadas del contrato laboral.
- ✔ Realizar transacciones.
- ✔ Pago de beneficios extralegales.
- ✔ Auditorías.
- ✔ Análisis estadísticos.
- ✔ Mantener base de datos de candidatos.
- ✔ Capacitación y formación.
- ✔ Compartir los datos personales con entidades bancarias, empresas que ofrezcan beneficios a nuestros trabajadores activos, entre otros.
- ✔ Programas de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Autorizo a que dicha información sea compartida con terceros para los efectos propios de la labor que desarrollé, desarrolló o llegare a desarrollar. Los datos sensibles y/o personales podrán ser alojados fuera del territorio colombiano en herramientas tecnológicas, software y bases de datos adquiridas o licenciadas por la Compañía, empresas matrices, sociedades controlantes, filiales o subsidiarias de estas. Conozco que, como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre mí, así como presentar consultas y reclamos; revocar la autorización o solicitar la supresión de los datos, en los casos en que sea procedente.

Firma Titular: _____
C.C.: 35.478.75
Ciudad y Fecha: 17/02/22

NOTIFICACIÒN DE EXAMEN DE EGRESO
SOLIUN SAS

CÒDIGO: SST-FR-006
VERSIÓN: 1
FECHA DE ELABORACIÓN: 24/01/2024

Bogotá,

Fecha: 24/01/2024 :

Señor:
María del Rosario Cárdenas J.

Por medio de la presente, se notifica que, una vez finalizado el contrato laboral, debe realizarse el examen de egreso, dentro de los ocho (8) días hábiles siguientes. Este examen. tiene como objeto evaluar su estado de salud al momento de finalizar la relación laboral y/o contractual con SOLIUN SAS

En el momento del retiro, la empresa le notificará la dirección y los horarios de atención del Centro Médico en donde deberá realizarse el examen en mención.

Por lo anterior, le solicitamos que diligencie el siguiente cuadro, en el cual usted acepta que fue notificado y que acepta la información suministrada.

Yo Maria del Rosario Cardenas J. identificado(a) con Cédula de ciudadanía N° 35.478.75 de Chia , me desempeño en SOLIUN SAS 057 como Trabajadora informó que SI NO x , acepto realizarme el examen de egreso.	
Firma:	Fecha: 24/01/2024

LISTA DE CHEQUEO DE INDUCCIÒN AL CARGO
SOLIUN SAS

CÒDIGO: SST-FR-007
VERSIÓN: 1
FECHA DE ELABORACIÓN: 24/01/2024

Proyecto/ área: HABITAT ACUPUNTURA	Fecha: 24/01/2024

N°	ITEM	VERIFICACIÓN (Marque con X)		
	Documentos del trabajador	**Registro**	**SI**	**N/A**
1	Copia de la Cédula	X		
2	Examen de ingreso periódico	X		
3	Afiliaciones al sistema de seguridad y salud en el trabajo (EPS, ARL, AFP, Caja de Compensación)	X		
4	Certificado de trabajo en alturas (administrativo, coordinador, avanzado o reentrenamiento)			N/A
5	Consulta de antecedente			N/A
	Temas de la inducción			
6	Generalidades de la empresa (políticas, misión y visión)		X	
7	Reglamento interno de trabajo		X	
8	Responsabilidad y funciones en SST y Ambiente		X	
9	Plan de emergencias (Ruta de evacuación, alarma y punto de encuentro)		X	
10	Divulgación del personal de brigada		X	
11	Registro de Evacuación Medica - MEDEVAC		X	
12	Divulgación de participantes del COPASST		X	
13	Divulgación de participantes del Comité de convivencia laboral		X	
14	Factores de riesgo de la empresa y sus controles		X	
15	Aspectos e impactos ambientales (Respel, RCD y puntos ecológicos)		X	
16	Divulgación de formato de reporte de actos y condiciones inseguras		X	
17	Divulgación de significado de accidente, incidente y enfermedad laboral		X	
	Registros			
18	Formato de autorización de datos personales	X		
19	Formato perfil de cargo	X		
20	Notificación de riesgos	X		
21	Notificación de condiciones de salud	X		
22	Registro de evaluación SST-MA	X		
23	Perfil Sociodemográfico	X		
24	Notificación examen de egreso	X		
25	Registro de entrega de dotación	X		
26	Otros:			

Certifico que he recibido y entendido la inducción al cargo, incluyendo la descripción y explicación de los ítems citados en este documento

Nombre:	**Firma:**	**C.C.**
Maria del Rosario Cardenas J.		35.478.75
Responsable del proceso de inducción		
Nombre: Jose Alfredo Sanabria	**Firma:**	**C.C.** 101546106

Nombre: YINETH CRUZ
Fecha: 24/01/2024
Cargo: SST
Proyecto/área: Hábitat

Marque con una X:

1. EDAD
a. 18 – 27 años
b. 28 – 37 años
c. 38 _ 47 años
d. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL.
a. Soltero (a)
b. Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO
a. Hombre
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
b. 1 – 3 personas
c. 4 – 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Posgrado

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familias
e. Ninguna

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domésticas
c. Recreación y deporte
d. Estudio
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRES OS (SMMLV)
a. Mínimo Legal (S.M.L.)
b. Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 6 S.M.L.
d. Más de 7 S.M.L.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
a. Menos de 1 año
b. 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

11. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA
a. Vacunación
b. Salud Oral
c. Exámenes de laboratorio y otros
d. Exámenes médicos anuales
e. Ninguna

12. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD
a. Sí
b. No
Cual:
Frecuencia:

13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. Si
b. No
Frecuencia

___ Semanal
___ Quincenal
___ Mensual
___ Ocasional

14. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. Si
b. No
Cual_____

15. FUMA
a. Si
b. No
Promedio diario: _____

16. CUALES DE LAS SIGUIENTES MOLESTIAS HA SENTIDO CON FRECUENCIA EN LOS ULTIMOS SEIS (6) MESES

SINTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
Dolor de cabeza		X	
Dolor de cuello, espalda y cintura		X	
Dolores musculares		X	
Dificultad para algún movimiento		X	
Tos frecuente		X	
Dificultad respiratoria		X	
Gastritis, ulcera		X	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		X	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		X	
Dificultad para concentrarse		X	
Mal genio			
Nerviosismo		X	
Cansancio mental		X	
Palpitaciones		X	
Dolor en el pecho (angina)		X	
Cambios visuales		X	
Cansancio, fatiga, ardor o disconfor visual		X	
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oídos		X	
Dificultad para oír		X	
Sensación permanente de cansancio		X	
Alteraciones en la piel		X	
Otras alteraciones no anotadas		X	

7. EN EL DESARROLLO DE SU LABOR ENCUENTRA LAS SIGUIENTES CONDICIONADOS:

NIVEL ADMINISTRATIVO

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL/ OBSERVACIONES
¿Conoce los riesgos a los que está expuesto en su lugar de trabajo?	X		
¿Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?	X		
¿Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada?			
¿La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias?		X	
¿En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?		X	
¿Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras, presentan riesgo para su salud?		X	
¿Existen cables sin entubar, empalmes defectuosos, tomas eléctricas sobrecargados, trasformadores defectuosos?		X	
¿Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen despacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien apilados?	X		
¿Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?	X		
¿Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?	X		
¿La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza?	X		
¿Tiene espacio suficiente para variar la posición de las piernas y rodillas?	X		
¿La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?	X		
¿En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?	X		
¿Su trabajo le exige mantenerse frente a la pantalla del computador más del 50% de la jornada?	X		
¿Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podría calificarse de "normal"?	X		
¿Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?	X		
¿El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?	X		
¿Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?	X		
¿La empresa cuenta con agua potable?	X		
¿Existe buen manejo de basuras y desechos?	X		

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

A. SI x
B. NO_____

Nombre: _____

CC: 28797551

Firma: _____

Fecha Diligenciamiento 24/01/2024

SOLIUN

EVALUACIÒN DE INDUCCIÒN Y REINDUCCIÒN SST – MA

CÒDIGO: SST-FR-002
VERSIÓN: 1
FECHA DE ELABORACIÓN: 24/01/2024

Nombre:
YINETH CRUZ

Fecha:
20/01/2024

Cargo:
SST

Proyecto/área:
HABITAT

1. El Consorcio dentro de sus servicios ofrecidos se encuentran:

a. Interventoría, diseño y construcción de parques y escenarios deportivos.
b. Asesoría comercial y administrativa a empresas industriales.
c. Construcción de viviendas de interés social.

2. **Nombre uno de los compromisos frente a seguridad y salud en el trabajo a los que se compromete la empresa:** Entregar EPP`S

3. Marque con una X los elementos de protección personal que debe usar para ingresar a obra:



4. Al frente de cada definición escriba a cuál corresponde cada una, puede ser: Accidente, incidente y Enfermedad Laboral.

1. Contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar: Enfermedad Laboral
2. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, el cual NO produce lesión Incidente
3. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte. Accidente

5 cuando se presente un accidente y/o incidente de trabajo usted debe:

a Llamar al 911 de inmediato
b Comunicarse con sus acudientes
c Informar inmediatamente al residente SST o jefe inmediato.

6 con qué frecuencia se reúne el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST

a. Una vez al mes
b. Al iniciar y/o finalizar cada proyecto
c. Una vez a la semana

REVISADO Y APROBADO

7. Que es el comité de convivencia laboral

a. Es el grupo que se encarga de hacer los mantenimientos locativos de la empresa.

b Es el órgano que se encarga de controlar la hora de llegada de los trabajadores

c. Es un grupo que busca contribuir a proteger a los trabajadores, contra los riesgos psicosociales, como estrés ocupacional y el acoso laboral.

REVISADO Y APROBADO

8. Nombre dos tipos de brigadas que existen:

a. Evacuaciòn

b. Incendio

9. Cuál de las siguientes acciones NO es una medida del Plan de Manejo Ambiental en obra:

a. Mantenimiento de baterías sanitarias.

b. Prueba de Concretos

c. Protección de sumideros y árboles.

10. Un residuo de construcción y demolición -RCD es:

a. Residuos de tejidos, órganos, partes y fluidos corporales.

b. Son los que contienen una base mineral o sintética que se generan en labores de mantenimiento.

c. Residuos generados en un proyecto de infraestructura que según sus características pueden ser o no susceptibles de aprovechamiento.

11. ¿Cuál es el porcentaje de aprovechamiento de los materiales?:

R: 25%

SOLIUN	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FR-003 Versión: 1 Fecha elaboración: 27/11/2023

Nombre: YINETH CRUZ **Cargo:** SST

N° CC 28797551 **Proyecto/área:** HABITAT

1. **Descripción:** A continuación, se le notifican los riesgos a los cuales se encuentra expuesto relacionados con su cargo, ya sea profesional, ingeniero, inspector, coordinador, residente, director, apoyo, entre otros
2. **Elementos de Protección personal de** acuerdo al cargo: (marque con una "X", según corresponda)



3 **Riesgos Existentes**

Biológico		Físico		Químico		Psicosocial		Biomecánico		De Seguridad		Fenómenos Naturales *	
Virus	X	Ruido (impacto intermitente y continuo)	X	Polvos orgánicos, inorgánicos		Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	X	Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacionales	X	Mecánico (elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos	X	Sismo	X
Bacterias		Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia)		Fibras		Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor		Esfuerzo		Eléctrico (alta y baja tensión, estática)		Terremoto	
Hongos		Vibración (cuerpo entero, segmentaria)		Líquidos (nieblas y rocíos)		Características del grupo social del trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)		Movimiento repetitivo	X	Locativo (sistemas y medios de almacenamiento, superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel) condiciones de orden y aseo, (caídas de objeto)	X	Vendaval	
Rickettsias		Temperaturas externas (calor y frío)		Gases y vapores		Características de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc)		Manipulación manual de cargas		Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)		Inundación	
Parásitos		Presión atmosférica (normal y ajustada)		Humos metálicos, no metálicos		Interfase persona tarea (conocimientos, habilidades con relación a la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización.				Accidentes de tránsito	X	Derrumbe	
Picaduras		Radiaciones Ionizantes (rayos x, gama, beta y				Jornada de trabajo, (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)				Público (Robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público, etc)	X	Precipitaciones, (lluvias, granizadas, heladas)	
Mordeduras		Radiaciones no Ionizantes (láser, ultravioleta		Material particulado						Trabajo en Alturas			
Fluidos o excrementos		Disconfort Térmico								Trabajo en Espacios Confinados			

* Tener en cuenta únicamente los peligros de fenómenos naturales que afectan la seguridad y bienestar de las personas en el desarrollo de una actividad. En el plan de emergencias de cada empresa, se consideraran todos los fenómenos naturales que pudieran afectarla.

Yo YINETH CRUZ identificado(a) con Cedula de ciudadanía 28797551. declaro que he sido notificado de todos los riesgos a los cuales puedo estar expuesto durante la jornada laboral y me comprometo a cumplir las normas de seguridad y otras disposiciones establecidas, por la empresa para prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades laborales, de conformidad firmo este documento.

20/01/2024*Firma del trabajador* *Fecha*

SOLIUN

PERFIL SOCIODEMOGRAFICO Y MORBILIDAD SENTIDA
SOLIUN SAS

CÒDIGO: SST-FR-001
VERSIÓN: 1
FECHA DE ELABORACIÓN: 24/01/2024

Nombre: JEISON ORLANDO DELGADO
Fecha: 20/01/2024
Cargo: Profesional en presupuestos y costos
Proyecto/área: HABITAT

Marque con una X:

1. EDAD
a. 18 – 27 años
b. 28 – 37 años X
c. 38 _ 47 años
d. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL.
a. Soltero (a)
b. Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO
a. Hombre X
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
b. 1 – 3 personas
c. 4 – 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Posgrado

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada X
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familias
e. Ninguna

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domésticas
c. Recreación y deporte
d. Estudio
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRES OS (SMMLV)
a. Mínimo Legal (S.M.L.)
b. Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 6 S.M.L.
d. Más de 7 S.M.L.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
a. Menos de 1 año
b. 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

11. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA
a. Vacunación
b. Salud Oral
c. Exámenes de laboratorio y otros
d. Exámenes médicos anuales
e. Ninguna

12. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD
a. Sí
b. No
Cual:
Frecuencia:

13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. Si
b. No
Frecuencia

___ Semanal
___ Quincenal
___ Mensual
___ Ocasional

14. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. Si
b. No
Cual FUTBOL

15. FUMA
a. Si
b. No
Promedio diario: _____

16. CUALES DE LAS SIGUIENTES MOLESTIAS HA SENTIDO CON FRECUENCIA EN LOS ULTIMOS SEIS (6) MESES

SINTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
Dolor de cabeza		X	
Dolor de cuello, espalda y cintura		X	
Dolores musculares		X	
Dificultad para algún movimiento		X	
Tos frecuente		X	
Dificultad respiratoria		X	
Gastritis, ulcera		X	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		X	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		X	
Dificultad para concentrarse		X	
Mal genio		X	
Nerviosismo		X	
Cansancio mental		X	
Palpitaciones		X	
Dolor en el pecho (angina)		X	
Cambios visuales		X	
Cansancio, fatiga, ardor o disconfor visual		X X	
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oídos		X X	
Dificultad para oír		X	
Sensación permanente de cansancio		X	
Alteraciones en la piel		X	
Otras alteraciones no anotadas		X	

7. EN EL DESARROLLO DE SU LABOR ENCUENTRA LAS SIGUIENTES CONDICIONADOS:
NIVEL ADMINISTRATIVO

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL/ OBSERVACIONES
¿Conoce los riesgos a los que está expuesto en su lugar de trabajo?	X		
¿Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?	X		
¿Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada?	X		
¿La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias?	X		
¿En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	X		
¿Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras, presentan riesgo para su salud?	X		
¿Existen cables sin entubar, empalmes defectuosos, tomas eléctricas sobrecargados, trasformadores defectuosos?	X		
¿Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen despacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien apilados?	X		
¿Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?	X		
¿Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?	X		
¿La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza?	X		
¿Tiene espacio suficiente para variar la posición de las piernas y rodillas?	X		
¿La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?	X		
¿En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?	X		
¿Su trabajo le exige mantenerse frente a la pantalla del computador más del 50% de la jornada?	X		
¿Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podría calificarse de "normal"?	X		
¿Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?	X		
¿El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?	X		
¿Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?	X		
¿La empresa cuenta con agua potable?	X		
¿Existe buen manejo de basuras y desechos?	X		

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

A. SI x
B. NO

Nombre: JEISON ORLANDO DELGADO

CC: 1018459148

Firma:

Fecha Diligenciamiento 20/01/2024

SOLIUN

EVALUACIÒN DE INDUCCIÒN Y REINDUCCIÒN SST – MA

CÒDIGO: SST-FR-002
VERSIÓN: 1
FECHA DE ELABORACIÓN: 24/01/2022

Nombre:
JEISON ORLANDO DELGADO

Fecha:
20/11/2023

Cargo:
PROFESIONAL EN PRESUPUESTO Y COSTOS

Proyecto/área:
HABITAT

1. El Consorcio dentro de sus servicios ofrecidos se encuentran:

a. Interventoría, diseño y construcción de parques y escenarios deportivos.

b. Asesoría comercial y administrativa a empresas industriales.

c. Construcción de viviendas de interés social.

2. Nombre uno de los compromisos frente a seguridad y salud en el trabajo a los que se compromete la empresa: Pago de parafiscales

3. Marque con una X los elementos de protección personal que debe usar para ingresar a obra:



4. Al frente de cada definición escriba a cuál corresponde cada una, puede ser: Accidente, incidente y Enfermedad Laboral.

1. Contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar: Enfermedad Laboral

2. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, el cual NO produce lesión Incidente

3. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.

Accidente

5 cuando se presente un accidente y/o incidente de trabajo usted debe:

a Llamar al 911 de inmediato
b Comunicarse con sus acudientes
c Informar inmediatamente al residente SST o jefe inmediato.

6 con qué frecuencia se reúne el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST

a. Una vez al mes
b. Al iniciar y/o finalizar cada proyecto
c. Una vez a la semana

REVISADO Y APROBADO

7. Que es el comité de convivencia laboral

a. Es el grupo que se encarga de hacer los mantenimientos locativos de la empresa.

b Es el órgano que se encarga de controlar la hora de llegada de los trabajadores

c. Es un grupo que busca contribuir a proteger a los trabajadores, contra los riesgos psicosociales, como estrés ocupacional y el acoso laboral.

8. Nombre dos tipos de brigadas que existen:

a. CONTRA INCENDIOS

b. PRIMEROS AUXILIOS

9. Cuál de las siguientes acciones NO es una medida del Plan de Manejo Ambiental en obra:

a. Mantenimiento de baterías sanitarias.

b. Prueba de Concretos

c. Protección de sumideros y árboles.

10. Un residuo de construcción y demolición -RCD es:

a. Residuos de tejidos, órganos, partes y fluidos corporales.

b. Son los que contienen una base mineral o sintética que se generan en labores de mantenimiento.

c. Residuos generados en un proyecto de infraestructura que según sus características pueden ser o no susceptibles de aprovechamiento.

11. ¿Cuál es el porcentaje de aprovechamiento de los materiales?:

R: 25%

REVISADO Y APROBADO

SOLIUN	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FR-003 Versión: 1 Fecha elaboración: 27/11/2023

Nombre: JEISON ORLANDO DELGADO **Cargo:** PROF COSTOS Y PRESUPUESTOS

N° CC 1.018.459.148 **Proyecto/área:** HABITAT

1. **Descripción:** A continuación, se le notifican los riesgos a los cuales se encuentra expuesto relacionados con su cargo, ya sea profesional, ingeniero, inspector, coordinador, residente, director, apoyo, entre otros
2. **Elementos de Protección personal de** acuerdo al cargo: (marque con una "X", según corresponda)



3 **Riesgos Existentes**

Biológico		Físico		Químico		Psicosocial		Biomecánico		De Seguridad		Fenómenos Naturales *	
Virus	X	Ruido (impacto intermitente y continuo)	X	Polvos orgánicos, inorgánicos		Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	X	Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacionales	X	Mecánico (elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos		Sismo	X
Bacterias		Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia)		Fibras		Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor		Esfuerzo		Eléctrico (alta y baja tensión, estática)		Terremoto	
Hongos		Vibración (cuerpo entero, segmentaria)		Líquidos (nieblas y rocíos)		Características del grupo social del trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)		Movimiento repetitivo	X	Locativo (sistemas y medios de almacenamiento, superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel) condiciones de orden y aseo, (caídas de objeto)		Vendaval	
Rickettsias		Temperaturas externas (calor y frío)		Gases y vapores		Características de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc)		Manipulación manual de cargas		Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)		Inundación	
Parásitos		Presión atmosférica (normal y ajustada)		Humos metálicos, no metálicos		Interfase persona tarea (conocimientos, habilidades con relación a la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, Identificación de la persona con la tarea y la organización.				Accidentes de tránsito		Derrumbe	
Picaduras		Radiaciones Ionizantes (rayos x, gama, beta y				Jornada de trabajo, (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)				Público (Robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público, etc)	X	Precipitaciones, (lluvias, granizadas, heladas)	
Mordeduras		Radiaciones no Ionizantes (láser, ultravioleta		Material particulado						Trabajo en Alturas			
Fluidos o excrementos		Disconfort Térmico								Trabajo en Espacios Confinados			

* Tener en cuenta únicamente los peligros de fenómenos naturales que afectan la seguridad y bienestar de las personas en el desarrollo de una actividad. En el plan de emergencias de cada empresa, se consideraran todos los fenómenos naturales que pudieran afectarla.

Yo JEISON ORLANDO DELGADO identificado(a) con Cedula de ciudadanía 1.018.459.148. declaro que he sido notificado de todos los riesgos a los cuales puedo estar expuesto durante la jornada laboral y me comprometo a cumplir las normas de seguridad y otras disposiciones establecidas, por la empresa para prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades laborales, de conformidad firmo este documento.

Firma del trabajador

20/01/2024
Fecha

Nombre: Luis Alberto Medrano
Fecha: 20/11/2024
Cargo: Residente de obra
Proyecto/área: Hábitat

Marque con una X:

1. EDAD
a. 18 – 27 años
b. 28 – 37 años
c. 38 _ 47 años
d. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL.
a. Soltero (a)
b. Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO
a. Hombre
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
b. 1 – 3 personas
c. 4 – 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Posgrado

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familias
e. Ninguna

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domésticas
c. Recreación y deporte
d. Estudio
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRES OS (SMMLV)
a. Mínimo Legal (S.M.L.)
b. Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 6 S.M.L.
d. Más de 7 S.M.L.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
a. Menos de 1 año
b. 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

11. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA
a. Vacunación
b. Salud Oral
c. Exámenes de laboratorio y otros
d. Exámenes médicos anuales
e. Ninguna

12. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD
a. Sí
b. No
Cual:
Frecuencia:

13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. Si
b. No
Frecuencia

___ Semanal
___ Quincenal
___ Mensual
___ Ocasional

14. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. Si
b. No
Cual Basquetbol- tenis

15. FUMA
a. Si
b. No
Promedio diario: _____

16. CUALES DE LAS SIGUIENTES MOLESTIAS HA SENTIDO CON FRECUENCIA EN LOS ULTIMOS SEIS (6) MESES

SINTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
Dolor de cabeza		X	
Dolor de cuello, espalda y cintura		X	
Dolores musculares		X	
Dificultad para algún movimiento		X	
Tos frecuente		X	
Dificultad respiratoria		X	
Gastritis, ulcera		X	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		X	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		X	
Dificultad para concentrarse		X	
Mal genio			
Nerviosismo		X	
Cansancio mental		X	
Palpitaciones		X	
Dolor en el pecho (angina)		X	
Cambios visuales		X	
Cansancio, fatiga, ardor o disconfor visual		X	
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oídos		X	
Dificultad para oír		X	
Sensación permanente de cansancio		X	
Alteraciones en la piel		X	
Otras alteraciones no anotadas		X	

7. EN EL DESARROLLO DE SU LABOR ENCUENTRA LAS SIGUIENTES CONDICIONADOS:
NIVEL ADMINISTRATIVO

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL/ OBSERVACIONES
¿Conoce los riesgos a los que está expuesto en su lugar de trabajo?	X		
¿Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?	X		
¿Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada?			
¿La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias?		X	
¿En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?		X	
¿Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras, presentan riesgo para su salud?		X	
¿Existen cables sin entubar, empalmes defectuosos, tomas eléctricas sobrecargados, trasformadores defectuosos?		X	
¿Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen despacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien apilados?	X		
¿Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?	X		
¿Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?	X		
¿La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza?	X		
¿Tiene espacio suficiente para variar la posición de las piernas y rodillas?	X		
¿La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?	X		
¿En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?	X		
¿Su trabajo le exige mantenerse frente a la pantalla del computador más del 50% de la jornada?	X		
¿Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podría calificarse de "normal"?	X		
¿Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?	X		
¿El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?	X		
¿Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?	X		
¿La empresa cuenta con agua potable?	X		
¿Existe buen manejo de basuras y desechos?	X		

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

A. SI x
B. NO_____

Nombre: Luis Alberto Medrano

CC: 19331658

Firma: 

Fecha Diligenciamiento 20/01/2024

V9

EVALUACIÒN DE INDUCCIÒN Y REINDUCCIÒN SST – MA

CÒDIGO: SST-FR-002
VERSIÓN: 1
FECHA DE ELABORACIÓN: 24/01/2022

Nombre:
Luis Alberto Medrano

Fecha:
20/01/2024

Cargo:
Residente de obra

Proyecto/área:
HABITAT

1. El Consorcio dentro de sus servicios ofrecidos se encuentran:

a. Interventoría, diseño y construcción de parques y escenarios deportivos.
b. Asesoría comercial y administrativa a empresas industriales.
c. Construcción de viviendas de interés social.

2. **Nombre uno de los compromisos frente a seguridad y salud en el trabajo a los que se compromete la empresa:** Entregar EPP`S

3. Marque con una X los elementos de protección personal que debe usar para ingresar a obra:



4. Al frente de cada definición escriba a cuál corresponde cada una, puede ser: Accidente, incidente y Enfermedad Laboral.

1. Contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar: Enfermedad Laboral

2. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, el cual NO produce lesión Incidente

3. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.

Accidente

5 cuando se presente un accidente y/o incidente de trabajo usted debe:

a Llamar al 911 de inmediato
b Comunicarse con sus acudientes
c Informar inmediatamente al residente SST o jefe inmediato.

6 con qué frecuencia se reúne el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST

a. Una vez al mes
b. Al iniciar y/o finalizar cada proyecto
c. Una vez a la semana

REVISADO Y APROBADO

7. Que es el comité de convivencia laboral

a. Es el grupo que se encarga de hacer los mantenimientos locativos de la empresa.

b Es el órgano que se encarga de controlar la hora de llegada de los trabajadores

c. Es un grupo que busca contribuir a proteger a los trabajadores, contra los riesgos psicosociales, como estrés ocupacional y el acoso laboral.

REVISADO Y APROBADO

8. Nombre dos tipos de brigadas que existen:

a. Evacuaciòn

b. Incendio

9. Cuál de las siguientes acciones NO es una medida del Plan de Manejo Ambiental en obra:

a. Mantenimiento de baterías sanitarias.

b. Prueba de Concretos

c. Protección de sumideros y árboles.

10. Un residuo de construcción y demolición -RCD es:

a. Residuos de tejidos, órganos, partes y fluidos corporales.

b. Son los que contienen una base mineral o sintética que se generan en labores de mantenimiento.

c. Residuos generados en un proyecto de infraestructura que según sus características pueden ser o no susceptibles de aprovechamiento.

11. ¿Cuál es el porcentaje de aprovechamiento de los materiales?:

R: 25%

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FR-003 Versión: 1 Fecha elaboración: 27/11/2023

Nombre: Luis Alberto Medrano **Cargo:** Residente de obra

N° CC 19331658 **Proyecto/área:** HABITAT

1. **Descripción:** A continuación, se le notifican los riesgos a los cuales se encuentra expuesto relacionados con su cargo, ya sea profesional, ingeniero, inspector, coordinador, residente, director, apoyo, entre otros
2. **Elementos de Protección personal de** acuerdo al cargo: (marque con una "X", según corresponda)



3 **Riesgos Existentes**

Biológico		Físico		Químico		Psicosocial		Biomecánico		De Seguridad		Fenómenos Naturales *	
Virus	X	Ruido (impacto intermitente y continuo)	X	Polvos orgánicos, inorgánicos		Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	X	Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacionales	X	Mecánico (elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos	X	Sismo	X
Bacterias		Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia)		Fibras		Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor		Esfuerzo		Eléctrico (alta y baja tensión, estática)		Terremoto	
Hongos		Vibración (cuerpo entero, segmentaria)		Líquidos (nieblas y rocíos)		Características del grupo social del trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)		Movimiento repetitivo	X	Locativo (sistemas y medios de almacenamiento, superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel) condiciones de orden y aseo, (caídas de objeto)	X	Vendaval	
Ricketsias		Temperaturas externas (calor y frío)		Gases y vapores		Características de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc)		Manipulación manual de cargas		Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)		Inundación	
Parásitos		Presión atmosférica (normal y ajustada)		Humos metálicos, no metálicos		Interfase persona tarea (conocimientos, habilidades con relación a la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización.				Accidentes de tránsito	X	Derrumbe	
Picaduras		Radiaciones Ionizantes (rayos x, gama, beta y				Jornada de trabajo, (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)				Público (Robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público, etc)	X	Precipitaciones, (lluvias, granizadas, heladas)	
Mordeduras		Radiaciones no Ionizantes (láser, ultravioleta		Material particulado						Trabajo en Alturas			
Fluidos o excrementos		Disconfort Térmico								Trabajo en Espacios Confinados			

* Tener en cuenta únicamente los peligros de fenómenos naturales que afectan la seguridad y bienestar de las personas en el desarrollo de una actividad. En el plan de emergencias de cada empresa, se consideraran todos los fenómenos naturales que pudieran afectarla.

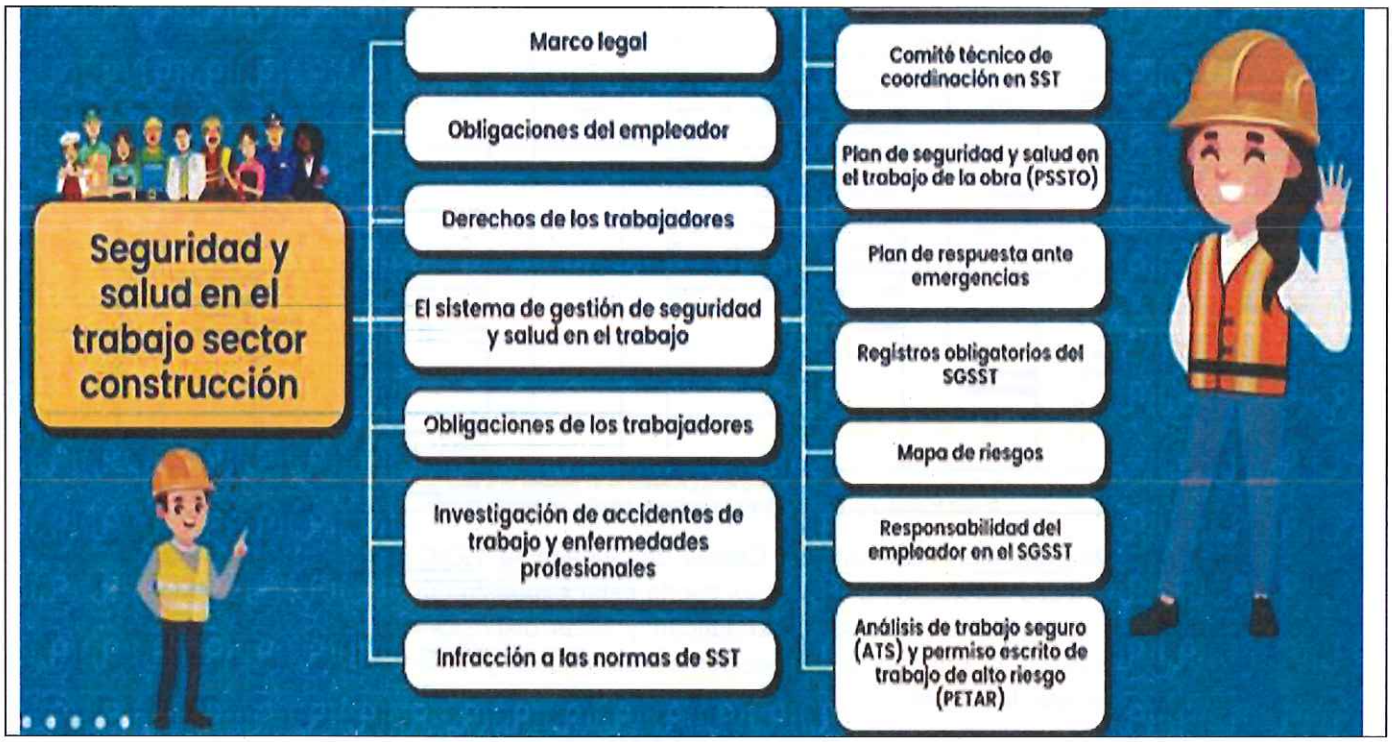
Yo Luis Alberto Medrano identificado(a) con Cedula de ciudadanía 19331658. declaro que he sido notificado de todos los riesgos a los cuales puedo estar expuesto durante la jornada laboral y me comprometo a cumplir las normas de seguridad y otras disposiciones establecidas, por la empresa para prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades laborales, de conformidad firmo este documento.

Firma del trabajador

20/01/2024
Fecha

NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
EDNA CONSTANZA CEPEDA	51.870.499	DIRECTORA	
LUIS ALBERTO MEDRANO	19.331.658	RESIDENTE	
JEISON DELGADO	1.018.459.148	PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTO	
MARIA DEL ROSARIO CARDENAS	35.478.754	PROFESIONAL SOCIAL	
SINDY NATALI ESPINOSA	1.024.481.967	INGENIERA AMBIENTAL	
NATALIA RAMIREZ	1.057.412.941	APOYO AMBIENTAL	Yeimy Ramirez
JOAN SEBASTIAN RUEDA	1.098.730.430	APOYO TECNICO	

TEMAS SST



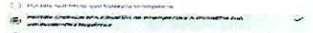




RESPONSABLE O ENCARGADO DE LA INDUCCION Y/O REINDUCCION:

FIRMA:
NOMBRE Y CARGO: YINETH CRUZ ARANZALEZ

CAPACITACIÓN PLAN DE EMERGENCIAS CONTRATO N0. 1160 DE 2023 – HABITAT – SOLIUN SAS

FECHA	PUNTUACIÓN	NOMBRE DEL TRABAJADOR:	¿Qué es un Plan de Emergencias?	¿Cuál es la importancia de conocer el Plan de Emergencia?	Verdadero o falso, en caso de presentarse una situación de peligro se deben se seguir las indicaciones del personal capacitado, autorizado y entrenado para atender la emergencia
01/22/2024 7:57:10	30 / 30	Natali Espinosa			
01/22/2024 8:53:40	30 / 30	María del Rosario Cárdenas Junca			
01/22/2024 9:51:30	30 / 30	Luis Alberto Medrano			
01/22/2024 7:57:30	30 / 30	NATALIA RAMIREZ			
01/22/2024 5:55:30	30 / 30	Yineth Cruz Aranzalez			
01/22/2024 7:52:30	30 / 30	Jeison Delgado			
01/22/2024 7:50:30	30 / 30	SEBASTIAN RUEDA			
01/22/2024 7:56:30	30 / 30	Edna Cepeda			

La anterior capacitación se realizó por grupo WhatsApp enviando el respectivo link para el personal vinculado a la empresa y que están vinculado al Proyecto.

CAPACITACIÓN PLAN DE EMERGENCIAS CONTRATO N0. 1160 DE 2023 – HABITAT – SOLIUN SAS

Laura Sofía Suem

www.youtube.com
https://www.youtube.com/watch?v=Nril94b_Jw8&ab_channel=ConstructoraEVNS.A.S
www.youtube.com

Buen dia para todos!

Bienvenidos a la capacitación sobre plan de emergencias y contingencias, para desarrollar este tema debes seguir los siguientes pasos:

1. Ver el siguiente video:
https://www.youtube.com/watch?v=Nril94b_Jw8&ab_channel=ConstructoraEVNS.A.S

2. Responder el quiz en el siguiente enlace:
https://forms.gle/KFNngmzGFqQCHHTf8

Recuerda que es importante dar respuesta oportuna a la capacitación, como seguimiento al SG- SST y procesos Administrativos de las Empresas.

Feliz Dia Para todos.

3:04 p. m.

✓ ¿Qué es un plan de emergencias? * 10/10

- (●) Es un plan de tipo preventivo, predictivo y reactivo que contiene una estructura estratégica y operativa. ✓
- ( ) Es un plan donde se indican riesgos y peligros a los que se esta expuesto.
- ( ) Es un plan de comunicaciones donde se presentan las rutas de evacuación, puntos de encuentro y riesgos.

✓ ¿Cuál es la importancia de conocer el plan de emergencias? * 10/10

- ( ) Permite identificar que causo la emergencia
- (●) Permite controlar una situación de emergencia y a minimizar sus consecuencias negativas ✓
- ( ) Permite reconocer las situaciones y acciones que causan una emergencia



✓ Verdadero o falso, en caso de presentarse una situación de peligro se deben se seguir las indicaciones del personal capacitado, autorizado y entrenado para atender la emergencia *10/10

- (●) Verdadero ✓
- ( ) Falso

CAPACITACIÓN PLAN DE EMERGENCIAS CONTRATO N0. 1160 DE 2023 – HABITAT – SOLIUN SAS





PLAN DE PREVENCIÓN Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS

BRIGADA DE EMERGENCIA: Grupo de personas que voluntariamente adquieren la responsabilidad de servir; motivadas, entrenadas y capacitadas que asumen la ejecución de procedimientos administrativos u operativos necesarios para prevenir y controlar las situaciones de emergencia.

BRIGADA DE PRIMEROS AUXILIOS



BRIGADA CONTRA INCENDIOS



BRIGADA EVACUACION





ANEXO 4.

REUNION DEL COPASST

	SISTEMA DE GESTIÓN	PAGINA 1 DE 1	SST-FR-043
			Version 1
	ACTA REUNION COPASST		1/03/2022
			Pag 1 de 1

REUNION No.	9	FECHA:	DD	25	MES	1	AAAA	2024	

LUGAR DE REUNION: Oficina de Soliun SAS.

I. PROPOSITO DE LA REUNION - LECTURA ACTA ANTERIOR - VERIFICACION DE COMPROMISOS

Lectura de Acta Anterior.

Cordial Saludo, a los integrantes del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo **(COPASST)** de la Empresa **(SG-SST)** año 2024.

Compromisos del anterior comité con el objetivo de cumplir y tratar los temas a considerar importantes durante el periodo de Diciembre de 2023.



II. TEMAS TRATADOS

Se realiza reunion el dia 25 de enero de 2024, con los integrantes del COPASST. Temas importantes a tratar SG-SST y Plan de Trabajo:

Verificación de Seguridad Social: Personal Dependiente e Independiente por Prestación de Servicios cumplen 100% con la entrega del pago.

Se realiza inspección de Botiquín y extintor con el fin de dar con el cumplimiento al Pland eTrabajo SST y al **(SG-SST)** de la empresa y Proyectos

Durante el periodo se entregaron tapa bocas a diferentes proyectos con el fin de dar cumplimiento entrega de EPP y Dotación.

Durante el periodo se cumplio con la capacitación de Plan de Emergencia por medio de Whatsapp para todos.

Durante el periodo se reporta 0 accidentes Laborales en la empresa, se realiza diligenciamiento de Formato de indice de Accidentalidad

Se revisa Plan de Capacitación de la empresa para complementar con ARL - SURA y cumplimiento del Plan de Trabajo del SG-SST.

Se realizo verificación del SG-SST. Adecuación de Cartelera SST de la Empresa. Se realiza seguimiento a las actividades del SG-SST.

Durante el periodo los trabajadores contaron con puntos de Hidratación, atención de campamentos y punto ecologico.

III. DECISIONES y/o COMPROMISOS PACTADOS	RESPONSABLES
Verificacion Cartelera SST.	**YINETH CRUZ A. SST. Se cumplio**
Verificación de Aportes Parafiscales	**YINETH CRUZ A. SST. Se cumplio**
Verificación de Uso de EPP	**YINETH CRUZ A. SST. Se cumplio**

VI. PROXIMA REUNION

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella en Bogotá D.C., a los

Venticinco	25	Enero	de	2024
(día en letras)	(día en números)	(mes en letras)		(Año)

Proxima Reunion el dia ------ Mes de Febrero de 2024.

ASISTENTES	CARGO	FIRMA
YANETH DUARTE	PRINCIPAL DEL EMPLEADOR	
RAUL ORLANDO DELGADO	SUPLENTE DEL EMPLEADOR	
JUAN CARLOS RAMIREZ	PRINCIPAL DE LOS TRABAJADORES	
ANDRES CORDOBA	SUPLENTE DE LOS TRABAJADORES	

INVITADOS	CARGO	FIRMA
LAURA SOFIA FERNANDEZ	ING. SST- MA	
YINETH CRUZ ARANZALEZ	PROFESIONAL SST	

ANEXO 5.

ÍNDICE DE ACCIDENTALIDAD DE INTERVENTORIA

CONTRATO No. 1160 de 2023		
Fecha		
31	ENERO	24
DD	MM	AA

SOLIUN SAS

BOGOTÁ

CONTRATO No. 1160 de 2023

OBJETO DEL CONTRATO

REALIZAR LA INTERVENTORIA INTEGRAL(TECNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, CONTABLE, SOCIAL Y LEGAL) DE LAS INTERVENCIONES DE ACUPUNTURA URBANA DE LOS TERRITORIOS PRIORIZADOS POR LA SECRETARIA DISTRITAL DEL HABITAT.

FORMATO No. 23. FORMATO CONSOLIDADO INDICADORES DE ACCIDENTALIDAD E INCIDENTES

PERIODO DEL INFORME **DEL 5 DE ENERO AL 31 DE ENERO DE 2024**

PERIODO	No. DE TRABAJADORES	HHT	No. DE ACCIDENTES	DIAS PERDIDOS O CARGADOS	I.F.	I.S.	I.L.I.	I.D.P.	TASA
Informe N0.1 Periodo Del 5/01/2024 al 31/01/2024	10	900	0	0	0,00	-	-	0	0,00

HHT: Horas hombre trabajadas (No.trabajadores*Horas dia trabajadas*Dias semana trabajadas*No. Semanas perido trabajadas)

I.F.: Indice de frecuencia: No. de accidentes/HHT*K

I.S.: Indice de severidad: No. días de perdidos ó Días cargados/HHT*K

I.L.I :Indice de lesiones incapacitantes: IF*IS/1000

K : 200000

I.D.P. : Indice Medio de Días Perdidos por Lesiones: No. Total de dias perdidos o cargados por lesiones /No. de casos con ltiempo perdido

TASA: Tasa de accidentalidad: No. de accidentes ocurridos x100/ No. de Trabajadores

Profesional SST de Interventoria