CONTRATO DE INTERVENTORIA SCJ-1804-2023

INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA AL CONTRATO PARA REALIZAR EL MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LOS EQUIPAMIENTOS DE INFRAESTRUCTURA A CARGO DE LA SDSCJ Y AGENCIAS

INFORME MENSUAL

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

INFORME NO. 05

DEL 01 AL 29 DE FEBRERO DE 2024

INTERVENTOR

TOTALL INC SAS BIC

CONTRATO DE INTERVENTORIA SCJ-1804-2023

OBJETO INTERVENTORIA

INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA AL CONTRATO PARA REALIZAR EL MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LOS EQUIPAMIENTOS DE INFRAESTRUCTURA A CARGO DE LA SDSCJ Y AGENCIAS

INTERVENTORIA

TOTALL INC SAS BIC

CONTENIDO

Contenido

1. INTRODUCCION 4

2. DESCRIPCION DEL PROYECTO 5

2.1 LOCALIZACION 5

3. DESCRIPCION GENERAL DEL PROYECTO 5

3.1 INFORMACION BASICA DEL CONTRATO DE OBRA 5

4. SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 6

4.1 RECURSOS 6

4.1.1 RELACION DE PERSONAL SST POR CONTRATISTA 6

4.1.2 RELACION DE PERSONAL SST POR INTERVENTORIA 8

4.2 AFILIACIONES AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL 8

4.3 CAPACITACION Y/O CHARLA PREOPERACIONAL SST 9

4.4 INSPECCIONES PREOPERACIONALES 10

4.5 INCIDENTES Y ACCIDENTE DE TRABAJO EN OBRA 10

5. ENTREGA DE EPP 10

6. EXAMENES MEDICO OCUPACIONALES 10

7. COPASST 11

8. COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL 11

10. BRIGADISTAS DE EMERGENCIA 11

11. ANALISIS DE TRABAJO SEGURO “ATS” 11

12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 12

1. INTRODUCCION

La seguridad y salud laboral tiene como objeto la aplicación de las medidas necesarias para evitar, o al menos minimizar, los riesgos en el trabajo y promocionar la salud entre los trabajadores.

No obstante, la planificación, organización y control de la gestión en materia de seguridad laboral debe realizarse de forma consensuada entre el empleador y trabajadores, con la supervisión de las administraciones. Desafortunadamente, en determinadas actividades laborales no es posible llegar a un riesgo cero. Aunque siempre se puede reducir el número de accidentes y minimizar sus consecuencias mediante el empleo adecuado de equipos de protección individual (EPIs): cascos, botas de seguridad, arneses, etc. y con medidas de seguridad colectiva. Otra área de gran importancia en el campo de la prevención es la formación de los trabajadores y la concienciación de éstos de la necesidad de seguir al pie de la letra todos los protocolos y medidas de seguridad.

La función de la Interventoría consiste en supervisar y verificar el cumplimiento de Seguridad, Salud en el Trabajo (SST), desarrollada por el Contratista de obra para el cumplimiento de las labores en SST detalladas en el Capítulo SST del Contrato.

El presente informe se realiza teniendo en cuenta el periodo de tiempo de ejecución establecido entre el 01 al 29 de febrero de 2024, donde se establece algunas variables en temas de seguridad y salud en el trabajo presentado por el contratista, donde realizó actividades de diagnóstico; por lo anterior, las actividades en temas de SST son muy básicas, por no encontrarse en ejecución del contrato.

2. DESCRIPCION DEL PROYECTO

2.1 LOCALIZACION

El proyecto se ejecutará en la ciudad de Bogotá, en las diferentes localidades donde se presentaron requerimientos de la Secretaría, Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia.

Imagen No.1 Localización de las localidades

lustración 1. Ubicación del proyecto. Google maps.



Fuente: https://www.google.com/maps/

3. DESCRIPCION GENERAL DEL PROYECTO

3.1 INFORMACION BASICA DEL CONTRATO DE OBRA

NUMERO PROCESO DE SELECCIÓN	LICITACION PUBLICA NO. SCJ-1804-2023
CONTRATO No.	SCJ-1804-2023
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	
OBJETO	INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA AL CONTRATO PARA REALIZAR EL MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LOS EQUIPAMIENTOS DE INFRAESTRUCTURA A CARGO DE LA SDSCJ Y AGENCIAS

ENTIDAD CONTRATANTE	SECRETARIA DISTRITAL DE SEGURIDAD, CONVIVENCIA Y JUSTICIA
CONTRATISTA	TOTALL INC SAS BIC
VALOR TOTAL INICIAL	$ 869.826.000
PLAZO INICIAL	ONCE (11) MESES
ORDEN DE INICIO	09 DE OCTUBRE DE 2023
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL DEL CONTRATO	09 DE SEPTIEMBRE DE 2024
FECHA DE TERMINACIÓN ACTUAL DEL CONTRATO	09 DE SEPTIEMBRE DE 2024
DIRECCIÓN	CRA 47ª NO. 93-41

4. SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

El presente informe, describe la manera como se lleva a cabo la supervisión y revisión del sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo implementado por el contratista CONSORCIO OBRAS W, basándonos en la normatividad vigente, resolución 0312 de 2019 y decreto ley 1072 de 2015.

A continuación, se relacionan las actividades de seguridad y salud en el trabajo, de acuerdo a la gestión adelantada por el contratista.

4.1 RECURSOS

CONSORCIO OBRAS W, cuenta con la profesional en salud ocupacional, STEFANY GONZALEZ ORJUELA, quien es la persona encargada en la implementación y ejecución del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.

4.1.1 RELACION DE PERSONAL SST POR CONTRATISTA

NOMBRE PROFESIONAL	CEDULA	CARGO
Wilver Franciny Russy	80.212.380	Director de obra
Karen Lisseth Salamanca	1.057.588.784	Directora HSEQ
Jeferson Andrés Dejoy	1.013.839.94	Coordinador de obra
Victor Jolman Forero Caldas	88.219.361	Coordinador de obra
Stefany Katerin Gonzalez Orjuela	1.000.005.655	Inspectora SST
Ruben Darío León Cantor	79.604.499	Maestro de obra
Diego Fernando Díaz Riveros	1.007.099.259	Eléctrico
Uberney Sotto Díaz	79.429.176	Ayudante de obra

Norberto Pinzón Suárez	79.911.589	Oficial de obra
Albeiro Cubillos Soto	80.128.603	Ayudante de obra
Ciro Antonio Melo Rincón	80.116.087	Inspector de obra
Rubelsindo Rat Beleño	6.795.851	Oficial de obra
Cesar Enrique Labastidas	PPT 6698371	Oficial de obra
Faver Enrique Sanchez Lerma	1.061.200.293	Ayudante de obra
Nelson González Niño	86.036.022	Oficial de obra
Jorge Alarcón	1.073.158.133	Oficial de obra
Michael Asprilla	1.117.969.118	Ayudante de obra
Miguel Carrillo	80.741.554	Ayudante de obra
Raúl Gutiérrez	79.890.073	Ayudante de obra
Juan Fernando Pedreros Díaz	12.198.058	Inspector de obra
Deybis Beltrán	1.012.389.542	Ayudante de obra
Jorge Rincón	80.151.480	Maestro de obra
Carlos Losada	1.012.409.109	Oficial de obra
José Malambo	1.003.903.559	Ayudante de obra
Hermide Ferrer	1.045.174.156	Ayudante de obra
Kevin Peralta	1.104.405.288	Oficial de obra
Walter Rada	72.289.956	Oficial de obra
William Aldana	1.020.764.814	Oficial de obra
Winer Bohórquez	1.005.513.687	Oficial de obra
William Segura	1.020.891.034	Ayudante de obra
Juan Pablo Capera	1.023.891.034	Ayudante de obra
Juan Daniel Fuentes	1.004.507.107	Instalador manto
Hernán Mahecha	79.759.971	Plomería
Daniel Martínez	1.070.917.966	Eléctrico
Jorge Aldemar Rincón	80.151.480	Maestro de obra
Jaison Acuña	19.772.502	Ayudante de obra
Luis Carlos Rivillo	79.387.044	Oficial de obra
Edward Solaque Rodríguez	79.393.547	Ayudante de obra
Iván Ramírez	1.024.579.272	Ayudante de obra
James González	79.919.406	Ayudante de obra
Carlos Bernal	80.762.173	Ayudante de obra
Isis Marín	1.024.561.771	Ayudante de obra
Oscar Guerrero	1.024.467.174	Ayudante de obra
Renny Gudiño	PPT 6757026	Ayudante de obra
Alirio Caro	79.820.351	Ayudante de obra
Angel Najar	79.822.447	Ayudante de obra
Breimer Porras	1.010.160.190	Ayudante de obra

David Muñoz	1.000.782.970	Ayudante de obra
Ivan Camargo	1.073.705.623	Ayudante de obra
Jose Rey Velásquez	11.385.463	Ayudante de obra
Numael Cuervo	79.406.601	Ayudante de obra
Reinel Zambrano	79.658.066	Ayudante de obra
Pedro Medina	PPT 29695053	Ayudante de obra
Wilmer Acevedo	1.073.723.863	Ayudante de obra

ANEXO 1. AFILIACIONES DEL PERSONAL CONTRATISTA

4.1.2 RELACION DE PERSONAL SST POR INTERVENTORIA

NOMBRE PROFESIONAL	CARGO
Fernando Jiménez Polo	Director de Interventoría
Maria Piedad Espinoza Virguez	Residente de Interventoría 1
Alexis Redondo Peña	Residente de Interventoría 2
Diego Alexis Forero Beltrán	Inspector 1
Cristian Camilo Baquero Corredor	Inspector 2
Yeison Danilo Durán Barbosa	Inspector 3
Juan Martín Rocha Fandiño	Inspector 4
Katherine Guañarita Díaz	Profesional seguridad industrial
Juan Carlos Morales Rivera	Profesional de presupuestos y programación y control
Jesús Alberto López Velandia	Profesional de redes eléctricas
Omar Archila Mendoza	Profesional redes hidrosanitarias
Herbert Giraldo Gómez	Profesional en estructuras

ANEXO 2. SOPORTE PAGO PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL INTERVENTORIA

4.2 AFILIACIONES AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

CONSORCIO OBRAS W, realiza la supervisión y verificación de la afiliación del personal que cuenta el contratista CONSORCIO OBRAS W, dando cumplimiento a la ley 100 de 1993, resolución 0312 de 2019 y decreto ley 1072 de 2015.

Por lo anterior, el contratista CONSORCIO OBRAS W, cumplió con la afiliación y el pago de la seguridad social, correspondiente al mes de enero de 2024.

ANEXO 3. PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL CONTRATISTA

4.3 CAPACITACION Y/O CHARLA PREOPERACIONAL SST

Las capacitaciones y/o charla preoperacional permite analizar y controlar los riesgos o situaciones que puedan llevar a un accidente. Además, demuestra el grado de compromiso de la empresa con la seguridad y los trabajadores.

También permite el cumplimiento de procesos, procedimientos y funciones, donde garantizan el ejercicio laboral.

En el mes de febrero, el contratista CONSORCIO OBRAS W, realizó inducción a 6 trabajadores y según el programa de capacitaciones, se dictó capacitación comportamientos en obra.

El contratista, realizó charla de los siguientes temas:

- ✓ Cuidado de agua
- ✓ Químicos a utilizar
- ✓ Uso adecuado de equipos
- ✓ Riesgo eléctrico
- ✓ Cuidado conexiones eléctricas
- ✓ Beber y conducir
- ✓ Distancias y prudentes para trabajar
- ✓ Inducción SST
- ✓ Agotamiento por calor
- ✓ Protección de la piel
- ✓ Quemaduras del sol
- ✓ Uso adecuado de herramientas
- ✓ Carga máxima 25 Kg
- ✓ No consumir bebidas alcohólicas
- ✓ Ahorro de energía
- ✓ Uso adecuado de polea
- ✓ Orden y aseo
- ✓ Reglas de oro
- ✓ Uso adecuado demoledor
- ✓ Cuidado de personal
- ✓ Cuidado y ahorro del agua
- ✓ Quererme – respetarme
- ✓ Trabajo en caliente

ANEXO 4. SOPORTE REGISTRO DE CAPACITACIONES E INDUCCIONES CONTRATISTA

4.4 INSPECCIONES PREOPERACIONALES

El principal objetivo de las inspecciones de seguridad es el detectar las situaciones de riesgos antes de que se produzcan. Al realizar la inspección se puede cumplir con los siguientes objetivos: identificar problemas no previstos durante el análisis de trabajo, establecer las deficiencias de los equipos de trabajo, identificar todas las acciones inapropiadas que realizan los empleados, identificar todos los efectos indeseados de cambios, establecer soluciones a los problemas, demostrar el compromiso.

En los meses de noviembre, el contratista CONSORCIO OBRAS W, realizó INSPECCION DE HERRAMIENTAS MANUALES, INSPECCION ESCALERA TIPO TIJERA, INSPECCION ANDAMIO

ANEXO 5. INSPECCIONES PREOPERACIONALES

4.5 INCIDENTES Y ACCIDENTE DE TRABAJO EN OBRA

En el periodo transcurrido en el presente informe, no se presentó reporte de accidente laboral ni incidente por parte de la empresa contratista. Se recomienda al contratista, continuar con las actividades de prevención para conservar el indicador de 0 accidentalidad que llevan actualmente.

ANEXO 6. SOPORTE INDICADORES DE ACCIDENTALIDAD

5. ENTREGA DE EPP

En el mes de febrero, el contratista entregó a la presente interventoría, los elementos de protección personal a todo su personal.

ANEXO 7. SOPORTE ENTREGA DE EPP

6. EXAMENES MEDICO OCUPACIONALES

En el mes de febrero, el contratista CONSORCIO OBRAS W entregó a la presente interventoría, soporte de los exámenes médico ocupacionales de ingreso.

ANEXO 8. SOPORTE EXAMENES MEDICO OCUPACIONALES

7. COPASST

En el mes de noviembre, el contratista CONSORCIO OBRAS W entregó a la presente interventoría, la reunión de COPASST realizada el día 01 de marzo.

ANEXO 9. SOPORTE REUNION COPASST

8. COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL

En el mes de febrero, NO está programa la reunión de COCOLAB, debido a que la última reunión se realizó el día 06 de diciembre.

10. BRIGADISTAS DE EMERGENCIA

En el mes de noviembre el contratista CONSORCIO OBRAS W entregó a la presente interventoría, el soporte de la conformación de los brigadistas, dando claridad sobre las responsabilidades de cada uno de los seleccionados.

11. ANALISIS DE TRABAJO SEGURO “ATS”

Los ATS, identifica y elimina las posibles pérdidas, asegurándose que se cuente con procedimientos para diseñar, construir, mantener y operar instalaciones y equipos de manera segura. Por lo anterior, CONSORCIO OBRAS W, entregó a la presente interventoría, los ATS diligenciados durante el tiempo de ejecución del presente informe.

ANEXO 12. SOPORTE ATS

12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- El contratista CONSORCIO OBRAS W, cumplió con los parámetros mínimos establecidos en temas de seguridad y salud en el trabajo.

- Se le recomienda al contratista, seguir los lineamientos que nuestro personal de interventoría realiza cuando ejecutan actividades de alto riesgo, y evitar tener malos entendidos entre personal de ustedes e interventoría.

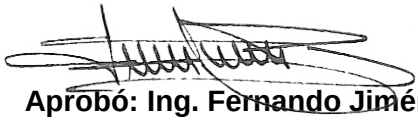
- A la fecha no se han presentado incidentes de trabajo relacionados con las actividades de alto riesgo desarrollados actualmente en obra, lo cual es muestra de la efectividad de las medidas implementadas.

- Se le recomienda al contratista, dar cumplimiento con el plan de trabajo presentado a la presente interventoría, y entregar los soportes respectivos.

- Se le recomienda, continuar con el cumplimiento del plan de capacitaciones que tienen dispuesto según el programa de seguridad y salud en el trabajo implementado en su empresa, con el fin de capacitar al personal



Elaboró: Ing. Katherine Guañarita Díaz
Profesional en seguridad Industrial



Aprobó: Ing. Fernando Jiménez Polo
Director de Interventoría

ANEXO 1. AFILIACIONES DE PERSONAL DEL CONTRATISTA


FECHA DE NACIMIENTO 17-FEB-1988
LOS CORDOBAS
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.86
ESTATURA
B+
G.S. RH
M
SEXO
28-NOV-2006 LOS CORDOBAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
P-1302300-38156484-M-1063647973-20070209
03286 07040O 02 221130324


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.063.647.973
MIRANDA BARRERA
APELLIDOS
FELIX ALFONSO
NOMBRES
Felix A. MIRANDA
FIRMA

Medellín, 13 de january de 2024

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que FELIX ALFONSO MIRANDA BARRERA identificado(a) con cédula de ciudadanía 1063647973 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 14/01/2024 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

RUSSI LADINO GEORGY PAOLO C1032421356

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5421001 - CONSTRUCCIÓN DE CARRETERAS Y VÍAS DE FERROCARRIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE CARRETERAS, CALLES Y OTRAS VÍAS, PUENTES Y VIADUCTOS, TÚNELES, LÍNEAS DE FERROCARRIL Y DE METRO, PISTAS DE AEROPUERTOS

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000020 - SECRETARIA DE JUSTICIA

CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6.96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5711001 - ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERÍA, CONSULTORÍA EN MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERÍA CIVIL, HIDRÁULICA Y DE TRÁFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HÍDRICA, PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA CON PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (CON INTERVENCIÓN DIRECTA EN OBRAS); ELABORACIÓN Y REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA Y ELECTRÓNICA ,INGENIERÍA DE MINAS, INGENIERÍA QUÍMICA, MECÁNICA, INDUSTRIAL Y DE SISTEMAS, E INGENIERÍA ESPECIALIZADA EN SISTEMAS DE SEGURIDAD Y ACTIVIDADES DE GESTIÓN DE PROYECTOS RELACIONADAS CON LA CONSTRUCCIÓN

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5711001 - ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERÍA, CONSULTORÍA EN MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERÍA CIVIL, HIDRÁULICA Y DE TRÁFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HÍDRICA, PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA CON PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (CON INTERVENCIÓN DIRECTA EN OBRAS); ELABORACIÓN Y REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA Y ELECTRÓNICA ,INGENIERÍA DE MINAS, INGENIERÍA QUÍMICA, MECÁNICA, INDUSTRIAL Y DE SISTEMAS, E INGENIERÍA ESPECIALIZADA EN SISTEMAS DE SEGURIDAD Y ACTIVIDADES DE GESTIÓN DE PROYECTOS RELACIONADAS CON LA CONSTRUCCIÓN

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5711001

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 13/01/2024 12.49 PM

Dra. Deysy López Castro
MÉDICA ESP. SALUD OCUPACIONAL

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

FECHA:	8/09/2023
NOMBRE DE LA EMPRESA:	GEORGY PAOLO RUSSI LADINO
CARGO ACTUAL O A DESEMPEÑAR:	OFICIAL

INFORMACION PERSONAL

NOMBRES:	FELIX ALFONSO	**APELLIDOS:**	MIRANDA BARRERA
TIPO IDENTIFICACION:	CC	**IDENTIFICACION:**	10063647973
TELEFONO:	3118874567	**F. NACIMIENTO:**	17/02/1988
EDAD:	35	**ARL:**	SURA
EPS:	FAMISANAR	**AFP:**	COLFONDOS
GENERO:	MASCULINO		

EXAMENES REALIZADOS

EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD

PUEDE DESEMPEÑAR SUS LABORES SIN RESTRICCIONES

OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

HIGIENE POSTURAL - PAUSAS ACTIVAS - AUTO CUIDADO - HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
EJERCICIO FISICO - CONTROL ANUAL CON OPTOMETRIA.

INGRESO PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Ingresar a los programas de vigilancia de acuerdo con los riesgos laborales prioritarios para el cargos definidos en la matriz de riesgos de la empresa.

Certifico que he sido informado amplia y suficientemente acerca de lo que trata y la finalidad que tiene ésta consulta médica y que han sido respondidas a satisfacción todas las preguntas que he tenido acerca de la misma. Autorizo al profesional médico para que me sea realizado el presente examen médico. Certifico que la información por mi brindada durante esta consulta médica es completa, veraz y que no he omitido información sobre mis antecedentes médicos, ni de mi actual estado de salud que pueda llegar a derivar en riesgos para mi salud y en particular con relación al desarrollo de mi trabajo, así mismo autorizo a los profesionales del área médica de la empresa para tener acceso y consulta a la información aquí contenida dentro del marco de la confidencialidad médica, para su utilización con fines de seguimiento, análisis y planeación de acciones de salud dentro de los programas de Seguridad y Salud en el Trabajo que la entidad considere se requieran. Refiero entender lo escrito en este consentimiento informado y de forma voluntaria firmo a continuación el presente documento en señal de aceptación:

MEDICO EVALUADOR

Deysy M. López Castro
MEDICA ESPECIALISTA
SALUD OCUPACIONAL
R.M. 52-0529 LIC. 2195

DEYSY MAYERLIN LOPEZ CASTRO
LSO. 2195-16 RM 52-0529

TRABAJADOR

FELIX ALFONSO
CC

MIRANDA BARRERA
10063647973

SERPROI
COLOMBIA
SERPROI SERVICIOS PROFESIONALES DE COLOMBIA S.A.S

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Ministerio de Trabajo Nº 08SE2021220200000040736 del 26 Julio de 2021
Certificación NTC 6072 Bureau Veritas N° CO21.01719 N° Acreditación ONAC 09-CPR-008
Resolución N° 7122 de Secretaria de Salud del Meta del 26 de Enero del 2021
Resolución N°1500-67.10/2647 de Secretaria de Educación del 28 de Noviembre del 2022

En cumplimiento con la resolución 4272 del 2021 y demás normas complementarias

CERTIFICA QUE:

FELIX ALFONSO MIRANDA BARRERA

CC: 1.063.647.973

Realizó el curso de:

TRABAJADOR AUTORIZADO

Con una intensidad de (32) horas

Realizado en la ciudad de Villavicencio, del 10 de septiembre al 13 de septiembre de 2023

Se Expide el certificado en la ciudad de Villavicencio, el 13 de septiembre de 2023

Código de validación: SC029097

HERNANDO RUIZ GARZÓN
Resolucion No. 0739/2015
Entrenador TSA. 60278236

GEORGY PAOLO RUSSI LADINO
1032421356
GEORGY RUSSI
Representante Legal
ARL: SURA

ANDERSON HERRERA DIAZ
Representante Legal
Entrenador TSA Reg. 37544429

Para verificar la autenticidad de este documento dirijase a la pagina www.serproicolombia.com
Mz 18 Cs 8 Urb. Valles El Verge, Villavicencio - Meta

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.015.996.352

MENDOZA MINA

APELLIDOS

HUGO ARMANDO

NOMBRES

Hugo Mendoza Mina

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-OCT-1985**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

23-AGO-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-01077786-M-1015996352-20190628 **0065**43314A 1 9908432174

Medellín, 13 de enero de 2024

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que HUGO ARMANDO MENDOZA MINA identificado(a) con cédula de ciudadanía 1015996352 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 13/01/2024 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

RUSSI LADINO GEORGY PAOLO C1032421356

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5421001 - CONSTRUCCIÓN DE CARRETERAS Y VÍAS DE FERROCARRIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE CARRETERAS, CALLES Y OTRAS VÍAS, PUENTES Y VIADUCTOS, TÚNELES, LÍNEAS DE FERROCARRIL Y DE METRO, PISTAS DE AEROPUERTOS

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000020 - SECRETARIA DE JUSTICIA

CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6.96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5711001 - ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERÍA, CONSULTORÍA EN MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERÍA CIVIL, HIDRÁULICA Y DE TRÁFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HÍDRICA, PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA CON PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (CON INTERVENCIÓN DIRECTA EN OBRAS); ELABORACIÓN Y REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA Y ELECTRÓNICA ,INGENIERÍA DE MINAS, INGENIERÍA QUÍMICA, MECÁNICA, INDUSTRIAL Y DE SISTEMAS, E INGENIERÍA ESPECIALIZADA EN SISTEMAS DE SEGURIDAD Y ACTIVIDADES DE GESTIÓN DE PROYECTOS RELACIONADAS CON LA CONSTRUCCIÓN

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5711001 - ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERÍA, CONSULTORÍA EN MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERÍA CIVIL, HIDRÁULICA Y DE TRÁFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HÍDRICA, PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA CON PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (CON INTERVENCIÓN DIRECTA EN OBRAS); ELABORACIÓN Y REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA Y ELECTRÓNICA ,INGENIERÍA DE MINAS, INGENIERÍA QUÍMICA, MECÁNICA, INDUSTRIAL Y DE SISTEMAS, E INGENIERÍA ESPECIALIZADA EN SISTEMAS DE SEGURIDAD Y ACTIVIDADES DE GESTIÓN DE PROYECTOS RELACIONADAS CON LA CONSTRUCCIÓN

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5711001

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Su pago lo debe realizar con riesgo 5 (6.96 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10324213562401346412

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 13/01/2024 12.53 PM

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4011584040	1|7|0|1|2|0|2|4

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion		3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐	A. Individual: B. Institucional ☐ / -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	3

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
MENDOZA (Primer apellido)	MINA (Segundo apellido)	HUGO (Primer nombre)	ARMANDO (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1015996352	Femenino ☐ Masculino ☒	1|7|1|0|1|9|8|5

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1300000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
TV 12H 48C 85 SUR		3208778788	PROYECTOS@INGRUSSI.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
BOGOTA	Urbana ☒ Rural ☐	57	BOGOTA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

	24. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS SANTA LUCIA - UOD CPO SANTA LUCIA	VSLUCIA - UODCPOSLUC
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
HUGO ARMANDO MENDOZA MINA	CC	1015996352	01

39.Ubicación

Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
TV 12H 48C 85 SUR	3206587413	PROYECTOS@INGRUSSI.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4011584040

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripcion en la EPS.
  Código: ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14.Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento
- ☐ 16.Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		1|3|0|1|2\0|2|4

43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 49. ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- 50. ☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 51. ☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- 52. ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- 53. ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Hugo Mendoza Mina.	

IX.ANEXOS

- ☐ 56.Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐
  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 63.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64.Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71.Firma del funcionario

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

HUGO ARMANDO MENDOZA MINA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.015.996.352**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de Octubre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS

SEDE: CENDIATRA NORTE 106 **DIRECCIÓN:**Autopista Norte # 106-93, Pasadena **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 6017464727 - 6017562592 **EMAIL:** citas.norte1@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:** 2024-01-15

Nombres y apellidos: HUGO ARMANDO MENDOZA MINA
Fecha de nacimiento: 14/10/1985
Empresa: RUSSI LADINO GEORGY PAOLO
Empresa usuaria:
Cargo: OFICIAL DE OBRA

CC: 1015996352
Edad: 38 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2024-01-15 / 07:28:38
Fecha salida: 2024-01-15 / 10:11:55



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- PERFIL LIPIDICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- VISIOMETRIA

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES

:

RESTRICCIONES:
TIPO RESTRICCIÓN:

RECOMENDACION : CONTROL MEDICO PERFIL LIPIDICO EPS

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 constatar quien presento la valoración.



JORGE LEONARDO DIAZ MOLINA
RM: 1047418507
Firma y sello del médico

HUGO ARMANDO MENDOZA MINA
CC: 1015996352
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.012.317.802



Apellidos
PEREZ ULTENGO

Nombres
JHON ALEXANDER

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.73	M

Fecha de nacimiento
18 MAR 2003

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
03 JUN 2021, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
15 ABR 2033

.CO

020839518

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL020839518615001<<<<<<<<<<<
0303181M3304156COL1012317802<4
PEREZ<ULTENGO<<JHON<ALEXANDER<

Medellín, 24 de January de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

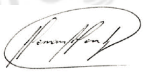
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de RUSSI LADINO GEORGY PAOLO.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000020 SECRETARIA DE JUSTICIA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1012317802	PEREZ ULTENGO JHON ALEXANDER	25/01/2024		14729146	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 24/01/2024 08:50:13 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.155.219.102, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4011743952	0|8|0|2|2|0|2|4

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion		3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐	A.Contributivo ☒
		B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
PEREZ (Primer apellido)	ULTENGO (Segundo apellido)	JHON (Primer nombre)	ALEXANDER (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1012317802	Femenino ☐ Masculino ☒	1|8|0|3|2|0|0|3

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1300000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 130D BIS 96A 35		3115065588	PEREZYEIMY049@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
BOGOTA	Urbana ☒ Rural ☐	57	BOGOTA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

	24. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad			Condición	
			Tipo F	N	M	T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Urbana	Rural			
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS CHAPINERO - VS CHAPINERO	VSCHAPINER - VSCHAPINER
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
GEORGY PAOLO RUSSI LADINO	CC	1032421356	01

39.Ubicación

Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CL 11 B BIS A 78 23 AP 202	3144845282	GEORGERUSSY7@HOTMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4011743952

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ **1.** Modificación datos básicos de identificación
- ☐ **2.** Corrección datos básicos de identificación
- ☐ **3.** Actualización documento de identidad
- ☐ **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ **5.** Terminación de la inscripcion en la EPS.
  Código: ☐
- ☐ **6.** Reinscripción en la EPS
- ☐ **7.** Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ **9.** Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ **8.** Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ **10.** Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ **11.** Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **12.** Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **13.** Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ **14.**Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ **15.** Reporte de fallecimiento
- ☐ **16.**Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ **17.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ **18.** Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		2|4|0|1|2|0|2|4

43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **46.** ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **47.** ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **48.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **49.** ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **50.** ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- **51.** ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- **52.** ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- **53.** ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX.ANEXOS

- ☐ **56.**Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐
  Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0
- ☐ **57.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **58.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **59.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **60.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **61.**Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **62.**Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **63.**Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **64.**Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **65.**Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71.Firma del funcionario

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

Medellín, 29 de January de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1000786481	DAJOME MACIAS JOHAN ESTHI	30/01/2024		15616014	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 29/01/2024 22:30:09 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 152.203.168.87, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOHAN ESTHI DAJOME MACIAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.000.786.481**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de Enero del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 240334682

PIB
23:29:19

Bogotá DC, 30 de enero del 2024

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JOHAN ESTHI DAJOME MACIAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1000786481:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.018.488.681**

SALAMANCA RINCON

APELLIDOS

JULIAN CAMILO

NOMBRES

Julian S

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-AGO-1996**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73
ESTATURA

A-
G.S. RH

M
SEXO

09-SEP-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00633393-M-1018488681-20141020 **0040**545254A 2 43410536

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Medellín, 01 de February de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 0001-BOGOTA			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C1018488681	SALAMANCA RINCON JULIAN CAMILO	02/02/2024		25423023	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 01/02/2024 07:39:18 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.85.55.161, 192.230.104.11, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JULIAN CAMILO SALAMANCA RINCON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.018.488.681**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 6 de Marzo del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Ingeniería Seguridad Salud Ambiente S.A.S

Hace constar que

Julian Camilo Salamanca Rincón

C.C 1018488681

Programado y Registrado por la empresa Consorcio Construir con Nit 901471568-1 afiliada a la ARL Sura y su Representante legal Wilver Franciny Russy Ladino

Recibe el certificado de

Capacitación Y Entrenamiento Para Trabajo En Alturas

por haber cursado y aprobado el curso teórico-práctico

Según resolución 4272 de 2021 Nivel reentrenamiento con 8 horas de intensidad.

Los dias 18 de Noviembre del 2022 en sogamoso

En constancia se firma en
Sogamoso, 19 de Noviembre del 2022

Sergio Andrés Martínez Granados
Representante Legal

Jaime Roberto Guzmán Castañeda
Licencia No. 0481 2017
Instructor certificado

Carrera 10 No. 15-30 / 36
Teléfono: 773 9947 - Móvil: 312 314 29 64
Sogamoso Boyacá Colombia.

L.S.S.T No.2419-2014 SSB
Aprobado MINTRABAJO
No.08SE2018220000000024473

Bureau Veritas
ISO / IEC 17065:2012
09-CPR-008

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.024.483.375

SOLAQUE VALBUENA

APELLIDOS

EDWARD LEANDRO

NOMBRES

EDWARD LEANDRO SOLAQUE

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 29-AGO-1988

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

30-AGO-2006 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

A-1500150-01139051-M-1024483375-20200531 0070707989A 1 9912316965

Escaneado con CamScanner

Medellín, 13 de enero de 2024

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que HUGO ARMANDO MENDOZA MINA identificado(a) con cédula de ciudadanía 1015996352 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 13/01/2024 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

RUSSI LADINO GEORGY PAOLO C1032421356

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5421001 - CONSTRUCCIÓN DE CARRETERAS Y VÍAS DE FERROCARRIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE CARRETERAS, CALLES Y OTRAS VÍAS, PUENTES Y VIADUCTOS, TÚNELES, LÍNEAS DE FERROCARRIL Y DE METRO, PISTAS DE AEROPUERTOS

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000020 - SECRETARIA DE JUSTICIA

CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6.96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5711001 - ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERÍA, CONSULTORÍA EN MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERÍA CIVIL, HIDRÁULICA Y DE TRÁFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HÍDRICA, PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA CON PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (CON INTERVENCIÓN DIRECTA EN OBRAS); ELABORACIÓN Y REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA Y ELECTRÓNICA ,INGENIERÍA DE MINAS, INGENIERÍA QUÍMICA, MECÁNICA, INDUSTRIAL Y DE SISTEMAS, E INGENIERÍA ESPECIALIZADA EN SISTEMAS DE SEGURIDAD Y ACTIVIDADES DE GESTIÓN DE PROYECTOS RELACIONADAS CON LA CONSTRUCCIÓN

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5711001 - ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERÍA, CONSULTORÍA EN MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERÍA CIVIL, HIDRÁULICA Y DE TRÁFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HÍDRICA, PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA CON PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (CON INTERVENCIÓN DIRECTA EN OBRAS); ELABORACIÓN Y REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA Y ELECTRÓNICA ,INGENIERÍA DE MINAS, INGENIERÍA QUÍMICA, MECÁNICA, INDUSTRIAL Y DE SISTEMAS, E INGENIERÍA ESPECIALIZADA EN SISTEMAS DE SEGURIDAD Y ACTIVIDADES DE GESTIÓN DE PROYECTOS RELACIONADAS CON LA CONSTRUCCIÓN

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5711001

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Su pago lo debe realizar con riesgo 5 (6.96 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10324213562401346412

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 13/01/2024 12.53 PM

Bogotá, Enero 12 de 2024

Señor:
SOLAQUE VALBUENA EDWARD LEANDRO
CC. 1024483375
CR 44 A 78 72 SUR - 0
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Junio 28 de 2011. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
SOLAQUE VALBUENA EDWARD LEANDRO	1024483375	C	Jun-28-2011	121	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ALUMINIO COMPUESTO RUIZ SAS	1024483375	Dependiente	CERRADO
AVANZA CONSTRUCCION SAS	1024483375	Dependiente	CERRADO
CONSTRUCCIONES Y URBANISMOS JJG SAS	1024483375	Dependiente	CERRADO
CTA INVERSIONES Y CONSTRUCCIONES PRO ACCION	1024483375	Dependiente	CERRADO
DISSER INGENIERIA LTDA	1024483375	Dependiente	CERRADO
DISSER INGENIERIA LTDA	1024483375	Dependiente	CERRADO
DISSER INGENIERIA LTDA	1024483375	Dependiente	CERRADO
DISSER INGENIERIA LTDA	1024483375	Dependiente	CERRADO
GRUPO HIDRAULICO COLOMBIANO SAS	1024483375	Dependiente	CERRADO
HIDRAULICAS HT S A S	1024483375	Cotizante dependiente, con aportante beneficiario	CERRADO
HIDRAULICAS HT S A S	1024483375	Dependiente	CERRADO
HIDRAULICAS HT S A S	1024483375	Dependiente	CERRADO
HIDROSANTARIAS CEBALLOS SAS	1024483375	Dependiente	CERRADO
HIDROSANTARIAS CEBALLOS SAS	1024483375	Dependiente	CERRADO
HIDROSANTARIAS CEBALLOS SAS	1024483375	Dependiente	CERRADO
ICF INVERCIONES CON FUTURO LTDA	1024483375	Dependiente	CERRADO
JEREZ CASTILLO LUIS RUBIEL	1024483375	Dependiente	CERRADO
MIRADOR DE CHAPINERO SAS	1024483375	Dependiente	CERRADO
MIRADOR DE CHAPINERO SAS	1024483375	Dependiente	CERRADO
MULTISERVICIOS HIDROSANITARIAS JHON SAS	1024483375	Dependiente	CERRADO
MULTISERVICIOS HIDROSANITARIAS JHON SAS	1024483375	Dependiente	CERRADO
SOLAQUE EDWARD	1024483375	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
SOLAQUE EDWARD	1024483375	Trabajador Independiente	CERRADO
SOLAQUE EDWARD	1024483375	Trabajador Independiente	CERRADO
STOR CONSTRUCCIONES SAS	1024483375	Dependiente	CERRADO
STOR CONSTRUCCIONES SAS	1024483375	Dependiente	VIGENTE
SUNHER ROYAL INGENIEROS ARQUITECTOS Y COMPANIA SA	1024483375	Dependiente	CERRADO
VICTOR JULIO FAJARDO	1024483375	Dependiente	CERRADO
WHR URBANISMOS SAS	1024483375	Dependiente	CERRADO
WILTON GARCIA GUZMAN	1024483375	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,



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

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

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

EDWARD LEANDRO SOLAQUE VALBUENA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.024.483.375**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 de Enero del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000408385

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: STOR CONSTRUCCIONES SAS FECHA 30/03/2023 10:32:13

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: EDWARD LEANDRO SOLAQUE VALBUENA **C.C** 1024483375

EDAD 34 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OFICIAL DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑	NO ☐			
Visiometría	☑	Glic ☑	Col ☑	Trigli ☑	Otros ☐		
Optometría	☐	**¿Cuáles?**					
Audiometría	☑						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☑	☐
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
PUEDE LABORAR EN ALTURAS
CONTROL MEDICO RUTINA EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACIONES: DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE



Dr. Didier J. Rincon C.
Medico Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Reg.11294 C.C. 79.687.676

FIRMA DEL ESPECIALISTA



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.010.207.771
MARTINEZ GARCIA
APELLIDOS
SEBASTIAN
NOMBRES



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-MAR-1993
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

15-ABR-2011 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

Medellín, 19 de February de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL DC			Clase: 5		Porcentaje Cotización: 6.96 %	
C1010207771	MARTINEZ GARCIA SEBASTIAN	20/02/2024		O9219512	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 19/02/2024 11:41:40 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.107.210.181, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4011817705	1|9|0|2|2|0|2|4

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

1.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
B. Colectiva ☐
A. Individual:
B. Institucional ☐
-Cotizante Cabeza de familia ☒
-Beneficiario afiliado adicional ☐
B. De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒
B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
MARTINEZ Primer apellido	GARCIA Segundo apellido	SEBASTIAN Primer nombre	Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1010207771	Femenino ☐ Masculino ☒	1|8|0|3|1|9|9|3

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1300000

18.Residencia

DG 2 D 2 23 ESTE **Dirección**	**Telefono fijo**	3108074478 **Telefono celular**	SEBASTIANMARTINEZ@GMAIL.COM **Correo electronico**

BOGOTA **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	**Localidad / comuna**	BOGOTA **Departamento**

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

	24. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad				
			Tipo			Condición	
			F	N	M	T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Urbana	Rural			
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS AMERICAS - UOD CPO AMERICAS	VSAMERICAS - UODCPOAMER
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
STOR CONSTRUCCIONES SAS	NIT	901448807	01

39.Ubicación

CR 44 A 78 72 SUR Dirección	6500000 Teleéfono	STORCONSTRUCCIONES@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

No de Radicacion
4011817705

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ **1.** Modificación datos básicos de identificación
- ☐ **2.** Corrección datos básicos de identificación
- ☐ **3.** Actualización documento de identidad
- ☐ **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ **5.** Terminación de la inscripcion en la EPS.
  Código: ☐
- ☐ **6.** Reinscripción en la EPS
- ☐ **7.** Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ **9.** Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ **8.** Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ **10.** Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ **11.** Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **12.** Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **13.** Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ **14.**Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ **15.** Reporte de fallecimiento
- ☐ **16.**Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ **17.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ **18.** Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

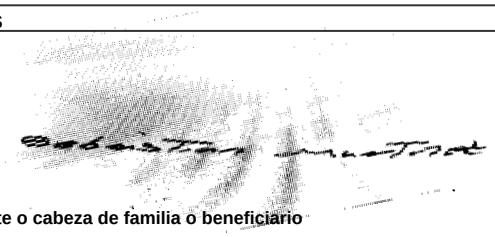
Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		1|9|0|2|2|0|2|4

43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

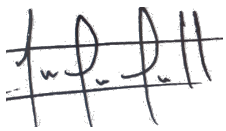
VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **46.** ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **47.** ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **48.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **49.** ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **50.** ☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- **51.** ☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- **52.** ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- **53.** ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS



54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario



55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX.ANEXOS

- ☐ **56.**Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐

  Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0

- ☐ **57.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **58.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **59.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **60.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **61.**Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **62.**Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **63.**Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **64.**Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **65.**Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71.Firma del funcionario

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1010207771,** *está registrado/a* en el Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 19 de febrero de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000471592

Régimen : RÉGIMEN

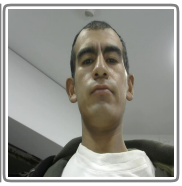
CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: STOR CONSTRUCCIONES SAS FECHA 17/02/2024 07:51:10

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: SEBASTIAN MARTINEZ GARCIA **C.C** 1010207771

EDAD 30 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OFICIAL DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑	NO ☐			
Visiometría	☑	Glic ☑	Col ☑	Trigli ☑	Otros ☐		
Optometría	☐	**¿Cuáles?**					
Audiometría	☑						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☑	☐
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

PUEDE LABORAR EN ALTURAS
CONTROL OPTOMETRIA EPS ANUAL/ USO DE LENTES PARA LABORAR
CONTROL MEDICO RUTINA EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE


Captura Biométrica

Dr. Didier J. Rincon C.
Medico Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Reg.11294 C.C. 79.687.676

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CALLE 27 SUR No 19-07 PBX.:2784705 FAX.:2392301Fax
E-mail: clinisurips@clinisurips.com - https://www.clinisurips.com

ANEXO 2. SOPORTE PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL INTERVENTORIA

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901085973	4	GES INVERSIONES S A S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	GES INVERSIONES S A S	CRA 47 A # 93-41	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7520774	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-02	469861889	9462945187	E	2024/02/16	2024/02/22	BANCO DAVIVIENDA	6	$23,542,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: GES INVERSIONES S A S (29 Afiliados)																							**$78,096,672**	**$12,670,000**			**$78,096,672**	**$3,124,400**			**$79,614,033**	**$3,185,200**			**$78,096,672**		**$4,435,200**		**$0**	**$0**		**$23,414,800**
Centro de Trabajo: RIESGO 0.522 (6 Afiliados)																							**$11,523,334**	**$1,897,800**			**$11,523,334**	**$461,000**			**$12,769,862**	**$510,900**			**$11,523,334**		**$54,600**		**$0**	**$0**		**$2,924,300**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (6 Afiliados)																							**$11,523,334**	**$1,897,800**			**$11,523,334**	**$461,000**			**$12,769,862**	**$510,900**			**$11,523,334**		**$54,600**		**$0**	**$0**		**$2,924,300**
1	CC	1015459022	ADAMES BERMUDEZ ERIKA DANIELA													X					23030 1	4	$250,000	$40,000	EPS002	4	$250,000	$10,000	CCF22	4	$250,000	$10,000	14-25	4	$250,000	0.000%	$0	4	$0	$0	Si	$60,000
2	CC	1015459022	ADAMES BERMUDEZ ERIKA DANIELA																		23030 1	26	$1,300,000	$208,000	EPS002	26	$1,300,000	$52,000	CCF22	26	$1,300,000	$52,000	14-25	26	$1,300,000	0.522%	$6,800	26	$0	$0	Si	$318,800
3	CC	52249572	CHAVEZ PLATA LUISA FERNANDA		X															X	23100 1	8	$666,667	$106,700	EPS005	8	$666,667	$26,700	CCF22	8	$1,913,195	$76,600	14-25	8	$666,667	0.522%	$3,500	8	$0	$0	Si	$213,500
4	CC	1075675450	PADILLA CASTIBLANCO CAMILO ALEXANDER																		23020 1	16	$800,000	$128,000	EPS017	16	$800,000	$32,000	CCF22	16	$800,000	$32,000	14-25	16	$800,000	0.522%	$4,200	16	$0	$0	Si	$196,200
5	CC	1075675450	PADILLA CASTIBLANCO CAMILO ALEXANDER													X					23020 1	14	$840,000	$134,400	EPS017	14	$840,000	$33,600	CCF22	14	$840,000	$33,600	14-25	14	$840,000	0.000%	$0	14	$0	$0	Si	$201,600
6	CC	65555596	PRADA LOZANO MIRYAR MILENA																		25-14	30	$5,400,000	$918,000	EPS005	30	$5,400,000	$216,000	CCF22	30	$5,400,000	$216,000	14-25	30	$5,400,000	0.522%	$28,200	30	$0	$0	Si	$1,378,200
7	CC	1032455696	PUERTO BURBANO SAUL ANDRES	X																	23030 1	2	$266,667	$42,700	EPS010	2	$266,667	$10,700	CCF22	2	$266,667	$10,700	14-25	2	$266,667	0.522%	$1,400	2	$0	$0	Si	$65,500
8	CC	1000150988	SALAZAR NOGUERA VALENTINA																		25-14	30	$2,000,000	$320,000	EPS005	30	$2,000,000	$80,000	CCF22	30	$2,000,000	$80,000	14-25	30	$2,000,000	0.522%	$10,500	30	$0	$0	Si	$490,500

Planilla Resumen

Centro de Trabajo: RIESTO 5 TARIFA 6.960 (23 Afiliados)																							$66,573,338	$10,772,200			$66,573,338	$2,663,400			$66,844,171	$2,674,300			$66,573,338		$4,380,600		$0	$0		$20,490,500
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (23 Afiliados)																							$66,573,338	$10,772,200			$66,573,338	$2,663,400			$66,844,171	$2,674,300			$66,573,338		$4,380,600		$0	$0		$20,490,500
9	CC	1015423618	BAQUERO CORREDOR CRISTIAN CAMILO							X											23030 1	30	$2,700,000	$432,000	EPS008	30	$2,700,000	$108,000	CCF22	30	$2,700,000	$108,000	14-25	30	$2,700,000	6.960%	$188,000	30	$0	$0	Si	$836,000
10	CC	27602678	BECERRA BARRIOS CARLA MARIA																		23020 1	30	$2,800,000	$448,000	EPS010	30	$2,800,000	$112,000	CCF22	30	$2,800,000	$112,000	14-25	30	$2,800,000	6.960%	$194,900	30	$0	$0	Si	$866,900
11	CC	1069898787	BELTRAN HERNANDEZ MIYER FABIO													X					23100 1	3	$130,000	$20,800	EPS010	3	$130,000	$5,200	CCF22	3	$130,000	$5,200	14-25	3	$130,000	0.000%	$0	3	$0	$0	Si	$31,200
12	CC	1069898787	BELTRAN HERNANDEZ MIYER FABIO							X											23100 1	27	$1,170,000	$187,200	EPS010	27	$1,170,000	$46,800	CCF22	27	$1,170,000	$46,800	14-25	27	$1,170,000	6.960%	$81,500	27	$0	$0	Si	$362,300
13	CC	1014218889	CASTILLO RAMIREZ LAURA CATALINA													X					23020 1	4	$266,667	$42,700	EPS017	4	$266,667	$10,700	CCF22	4	$266,667	$10,700	14-25	4	$266,667	0.000%	$0	4	$0	$0	Si	$64,100
14	CC	1014218889	CASTILLO RAMIREZ LAURA CATALINA																		23020 1	26	$1,733,334	$277,400	EPS017	26	$1,733,334	$69,400	CCF22	26	$1,733,334	$69,400	14-25	26	$1,733,334	6.960%	$120,700	26	$0	$0	Si	$536,900
15	CC	1033778496	CORREA BELLIDO LUDWIG																		23030 1	30	$2,500,000	$400,000	EPS005	30	$2,500,000	$100,000	CCF22	30	$2,500,000	$100,000	14-25	30	$2,500,000	6.960%	$174,000	30	$0	$0	Si	$774,000
16	CC	77013726	DIAZ MARTINEZ EOBALDO JOSE													X					23030 1	4	$533,334	$85,400	EPS005	4	$533,334	$21,400	CCF22	4	$533,334	$21,400	14-25	4	$533,334	0.000%	$0	4	$0	$0	Si	$128,200
17	CC	77013726	DIAZ MARTINEZ EOBALDO JOSE																		23030 1	26	$3,466,667	$554,700	EPS005	26	$3,466,667	$138,700	CCF22	26	$3,466,667	$138,700	14-25	26	$3,466,667	6.960%	$241,300	26	$0	$0	Si	$1,073,400
18	CC	1090403332	DUARTE DIAZ EDISON RICARDO													X					23030 1	4	$610,667	$97,800	EPS005	4	$610,667	$24,500	CCF22	4	$610,667	$24,500	14-25	4	$610,667	0.000%	$0	4	$0	$0	Si	$146,800
19	CC	1090403332	DUARTE DIAZ EDISON RICARDO																		23030 1	26	$3,969,334	$635,100	EPS005	26	$3,969,334	$158,800	CCF22	26	$3,969,334	$158,800	14-25	26	$3,969,334	6.960%	$276,300	26	$0	$0	Si	$1,229,000
20	CC	22521379	DURANGO TIRADO PAULA TATIANA	X																	23020 1	16	$1,493,334	$239,000	EPS005	16	$1,493,334	$59,800	CCF22	16	$1,493,334	$59,800	14-25	16	$1,493,334	6.960%	$104,000	16	$0	$0	Si	$462,600
21	CC	52227017	ESPINOSA VIRGUEZ MARIA PIEDAD							X											25-14	30	$5,150,000	$824,000	EPS005	30	$5,150,000	$206,000	CCF22	30	$5,150,000	$206,000	14-25	30	$5,150,000	6.960%	$358,500	30	$0	$0	Si	$1,594,500
22	CC	1090404791	GOMEZ VELANDIA ELKIN LEONARDO		X															X	23030 1	1	$100,000	$16,000	EPS005	1	$100,000	$4,000	CCF22	1	$370,833	$14,900	14-25	1	$100,000	6.960%	$7,000	1	$0	$0	Si	$41,900
23	CC	1075236242	GUAÑARITA DIAZ KATHERINE													X					23020 1	4	$346,667	$55,500	EPS005	4	$346,667	$13,900	CCF22	4	$346,667	$13,900	14-25	4	$346,667	0.000%	$0	4	$0	$0	Si	$83,300
24	CC	1075236242	GUAÑARITA DIAZ KATHERINE																		23020 1	26	$2,253,334	$360,600	EPS005	26	$2,253,334	$90,200	CCF22	26	$2,253,334	$90,200	14-25	26	$2,253,334	6.960%	$156,900	26	$0	$0	Si	$697,900
25	CC	79658715	GUZMAN ORJUELA WILSON ANTONIO																		23030 1	30	$2,800,000	$448,000	EPS037	30	$2,800,000	$112,000	CCF22	30	$2,800,000	$112,000	14-25	30	$2,800,000	6.960%	$194,900	30	$0	$0	Si	$866,900
26	CC	17345352	LOPEZ FORERO EFRAIN RICARDO																		23030 1	30	$2,500,000	$400,000	EPS005	30	$2,500,000	$100,000	CCF22	30	$2,500,000	$100,000	14-25	30	$2,500,000	6.960%	$174,000	30	$0	$0	Si	$774,000
27	CC	1103948825	MACARENO MERCADO MAURICIO MIGUEL																		23030 1	30	$1,600,000	$256,000	EPS037	30	$1,600,000	$64,000	CCF22	30	$1,600,000	$64,000	14-25	30	$1,600,000	6.960%	$111,400	30	$0	$0	Si	$495,400
28	CC	1192746178	MARULANDA FONSECA ANA VICTORIA													X					23030 1	3	$160,000	$25,600	EPS005	3	$160,000	$6,400	CCF22	3	$160,000	$6,400	14-25	3	$160,000	0.000%	$0	3	$0	$0	Si	$38,400
29	CC	1192746178	MARULANDA FONSECA ANA VICTORIA																		23030 1	27	$1,440,000	$230,400	EPS005	27	$1,440,000	$57,600	CCF22	27	$1,440,000	$57,600	14-25	27	$1,440,000	6.960%	$100,300	27	$0	$0	Si	$445,900
30	CC	1075252894	MONROY PASCUAS BRAYAN FELIPE																		23020 1	30	$1,800,000	$288,000	EPS005	30	$1,800,000	$72,000	CCF22	30	$1,800,000	$72,000	14-25	30	$1,800,000	6.960%	$125,300	30	$0	$0	Si	$557,300
31	CC	79955903	MORALES RIVERA JUAN CARLOS													X					25-14	20	$1,100,000	$176,000	EPS017	20	$1,100,000	$44,000	CCF22	20	$1,100,000	$44,000	14-25	20	$1,100,000	0.000%	$0	20	$0	$0	Si	$264,000
32	CC	79955903	MORALES RIVERA JUAN CARLOS									X									25-14	10	$1,700,000	$272,000	EPS017	10	$1,700,000	$68,000	CCF22	10	$1,700,000	$68,000	14-25	10	$1,700,000	6.960%	$118,400	10	$0	$0	Si	$526,400
33	CC	1120574429	OSPINA LOPEZ MARILYN																		23030 1	30	$1,600,000	$256,000	EPS037	30	$1,600,000	$64,000	CCF22	30	$1,600,000	$64,000	14-25	30	$1,600,000	6.960%	$111,400	30	$0	$0	Si	$495,400
34	CC	3759678	REDONDO PEÑA ALEXIS							X											23020 1	30	$5,150,000	$824,000	EPS008	30	$5,150,000	$206,000	CCF22	30	$5,150,000	$206,000	14-25	30	$5,150,000	6.960%	$358,500	30	$0	$0	Si	$1,594,500
35	CC	79305476	RODRIGUEZ SASTRE JAIME ALBERTO							X											25-14	30	$2,700,000	$432,000	EPS017	30	$2,700,000	$108,000	CCF22	30	$2,700,000	$108,000	14-25	30	$2,700,000	6.960%	$188,000	30	$0	$0	Si	$836,000
36	CC	79553539	SALAZAR BERNAL EDGAR ALFREDO							X											25-14	30	$12,000,000	$2,040,000	EPS005	30	$12,000,000	$480,000	CCF22	30	$12,000,000	$480,000	14-25	30	$12,000,000	6.960%	$835,200	30	$0	$0	Si	$3,835,200
37	CC	1019083667	SILVA LOPEZ BRAYAN ALEXIS													X					23030 1	6	$500,000	$80,000	EPS037	6	$500,000	$20,000	CCF22	6	$500,000	$20,000	14-25	6	$500,000	0.000%	$0	6	$0	$0	Si	$120,000
38	CC	1019083667	SILVA LOPEZ BRAYAN ALEXIS																		23030 1	24	$2,000,000	$320,000	EPS037	24	$2,000,000	$80,000	CCF22	24	$2,000,000	$80,000	14-25	24	$2,000,000	6.960%	$139,200	24	$0	$0	Si	$619,200
39	CC	1130607369	SOLARTE ROSERO DUBER STIVEN	X																	23030 1	6	$300,000	$48,000	EPS010	6	$300,000	$12,000	CCF22	6	$300,000	$12,000	14-25	6	$300,000	6.960%	$20,900	6	$0	$0	Si	$92,900
Total	**Afiliados(29)**																						$78,096,672	$12,670,000			$78,096,672	$3,124,400			$79,614,033	$3,185,200			$78,096,672		$4,435,200		$0	$0		$23,414,800

PLANILLA PAGADA

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901085973	4	GES INVERSIONES S A S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	GES INVERSIONES S A S	CRA 47 A # 93-41	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7520774	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-02	469861889	9462945187	E	2024/02/16	2024/02/22	BANCO DAVIVIENDA	6	$23,542,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				29	$12,670,000	$68,800	$0	$12,738,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	2	$314,700	$1,800	$0	$316,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	6	$4,982,000	$27,000	$0	$5,009,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	14	$4,575,700	$24,800	$0	$4,600,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	7	$2,797,600	$15,200	$0	$2,812,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				29	$4,435,200	$24,000	$0	$4,459,200
COLMENA	14-25	800,226,175	3	29	$4,435,200	$24,000	$0	$4,459,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				29	$3,185,200	$17,300	$0	$3,202,500
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	29	$3,185,200	$17,300	$0	$3,202,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 6)				29	$3,124,400	$17,200	$0	$3,141,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	2	$314,000	$1,700	$0	$315,700
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	4	$186,700	$1,100	$0	$187,800
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	4	$365,700	$2,000	$0	$367,700
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	4	$340,000	$1,900	$0	$341,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$62,000	$400	$0	$62,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	14	$1,856,000	$10,100	$0	$1,866,100
TOTAL				**29**	**$23,414,800**	**$127,300**	**$0**	**$23,542,100**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901384670	0	TOTALL S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 47A 93-41	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4571121	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-01	468615029	9462891944	Y	2024/02/16	2024/02/21	BANCO DAVIVIENDA	5	$606,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (4 Afiliados)																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$8,665,000		$603,200		$0	$0		$603,200
Centro de Trabajo: RIESGO 1 (3 Afiliados)																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$6,865,000		$477,900		$0	$0		$477,900
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (3 Afiliados)																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$6,865,000		$477,900		$0	$0		$477,900
1	CC	52729457	BRICEÑO RODRIGUEZ DALIA MINERVA							X											0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0		14-4	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	0	$0	$0	No	$90,500
2	CC	1019048296	CAMARGO OSORNO YINETH LISETH							X											0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0		14-4	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	0	$0	$0	No	$90,500
3	CC	79542174	JIMENEZ POLO FERNANDO							X		X									0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0		14-4	30	$4,265,000	6.960%	$296,900	0	$0	$0	No	$296,900
Centro de Trabajo: RIESGO 5 (1 Afiliados)																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$1,800,000		$125,300		$0	$0		$125,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$1,800,000		$125,300		$0	$0		$125,300
4	CC	79648085	BELTRAN ORJUELA EDGAR LEANDRO																		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0		14-4	30	$1,800,000	6.960%	$125,300	0	$0	$0	No	$125,300
Total	**Afiliados(4)**																					$0	$0			$0	$0			$0	$0			$8,665,000		$603,200		$0	$0		$603,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901384670	0	TOTALL S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 47A 93-41	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4571121	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-01	468615029	9462891944	Y	2024/02/16	2024/02/21	BANCO DAVIVIENDA	5	$606,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$603,200	$2,800	$0	$606,000
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	4	$603,200	$2,800	$0	$606,000
TOTAL				4	$603,200	$2,800	$0	$606,000

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901519839	1	INFINIA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 47A # 93-41	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3245831852	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-02	468548056	9462879420	E	2024/02/09	2024/02/21	BANCO DAVIVIENDA	12	$3,052,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (6 Afiliados)																							**$11,646,668**	**$1,923,700**			**$12,946,669**	**$518,200**			**$12,946,667**	**$518,200**			**$12,946,669**		**$58,900**		**$0**	**$0**		**$3,019,000**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (6 Afiliados)																							**$11,646,668**	**$1,923,700**			**$12,946,669**	**$518,200**			**$12,946,667**	**$518,200**			**$12,946,669**		**$58,900**		**$0**	**$0**		**$3,019,000**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (6 Afiliados)																							**$11,646,668**	**$1,923,700**			**$12,946,669**	**$518,200**			**$12,946,667**	**$518,200**			**$12,946,669**		**$58,900**		**$0**	**$0**		**$3,019,000**
1	CC	1004350225	DURAN BARBOSA YEISON DANILO													X					230201	4	$240,000	$38,400	EPS002	4	$240,000	$9,600	CCF24	4	$240,000	$9,600	14-11	4	$240,000	0.000%	$0	4	$0	$0	Si	$57,600
2	CC	1004350225	DURAN BARBOSA YEISON DANILO																		230201	26	$1,560,000	$249,600	EPS002	26	$1,560,000	$62,400	CCF24	26	$1,560,000	$62,400	14-11	26	$1,560,000	0.522%	$8,200	26	$0	$0	Si	$382,600
3	CC	52338896	FAGUA VIASUS MILLDRED													X					25-14	4	$800,000	$136,000	EPS008	4	$800,000	$32,000	CCF24	4	$800,000	$32,000	14-11	4	$800,000	0.000%	$0	4	$0	$0	Si	$200,000
4	CC	52338896	FAGUA VIASUS MILLDRED																		25-14	26	$5,200,000	$884,000	EPS008	26	$5,200,000	$208,000	CCF24	26	$5,200,000	$208,000	14-11	26	$5,200,000	0.522%	$27,200	26	$0	$0	Si	$1,327,200
5	CC	1097032993	GRANADOS RIOS LAUREANO													X					230301	4	$333,333	$53,400	EPS008	4	$333,333	$13,400	CCF24	4	$333,333	$13,400	14-11	4	$333,333	0.000%	$0	4	$0	$0	Si	$80,200
6	CC	1097032993	GRANADOS RIOS LAUREANO																		230301	26	$1,733,334	$277,400	EPS008	26	$1,733,334	$69,400	CCF24	26	$1,733,334	$69,400	14-11	26	$1,733,334	0.522%	$9,100	26	$0	$0	Si	$425,300
7	CC	1002158841	JACOBS SANCHEZ ANA SOFIA	X																	25-14	9	$480,000	$76,800	EPS010	9	$480,000	$19,200	CCF24	9	$480,000	$19,200	14-11	9	$480,000	0.522%	$2,600	9	$0	$0	Si	$117,800
8	CC	79298356	SALINAS BELTRAN OSCAR													X						0	$0	$0	MIN001	4	$173,334	$7,000	CCF24	4	$173,333	$7,000	14-11	4	$173,334	0.000%	$0	4	$0	$0	Si	$14,000
9	CC	79298356	SALINAS BELTRAN OSCAR							X												0	$0	$0	MIN001	26	$1,126,667	$45,100	CCF24	26	$1,126,667	$45,100	14-11	26	$1,126,667	0.522%	$5,900	26	$0	$0	Si	$96,100
10	CC	28870601	TAPIERO BRIÑEZ YALILE													X					25-14	4	$173,334	$27,800	EPS005	4	$173,334	$7,000	CCF24	4	$173,333	$7,000	14-11	4	$173,334	0.000%	$0	4	$0	$0	Si	$41,800
11	CC	28870601	TAPIERO BRIÑEZ YALILE							X											25-14	26	$1,126,667	$180,300	EPS005	26	$1,126,667	$45,100	CCF24	26	$1,126,667	$45,100	14-11	26	$1,126,667	0.522%	$5,900	26	$0	$0	Si	$276,400
Total			**Afiliados(6)**																				$11,646,668	$1,923,700			$12,946,669	$518,200			$12,946,667	$518,200			$12,946,669		$58,900		$0	$0		$3,019,000

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901519839	1	INFINIA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 47A # 93-41	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3245831852	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-02	468548056	9462879420	E	2024/02/09	2024/02/21	BANCO DAVIVIENDA	12	$3,052,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				5	$1,923,700	$21,100	$0	$1,944,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	3	$1,304,900	$14,300	$0	$1,319,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$330,800	$3,600	$0	$334,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$288,000	$3,200	$0	$291,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$58,900	$700	$0	$59,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	6	$58,900	$700	$0	$59,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$518,200	$5,700	$0	$523,900
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	6	$518,200	$5,700	$0	$523,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				6	$518,200	$5,800	$0	$524,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	2	$322,800	$3,500	$0	$326,300
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$19,200	$300	$0	$19,500
FOSYGA	MIN001	901,037,916	1	1	$52,100	$600	$0	$52,700
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$72,000	$800	$0	$72,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$52,100	$600	$0	$52,700
TOTAL				**6**	**$3,019,000**	**$33,300**	**$0**	**$3,052,300**

ANEXO 3. PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL CONTRATISTA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901759083-8	CONSORCIO OBRAS W		CALLE 8F#79-94	4111513	HSEQ@WRUSSYINGENIEROS.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SUCURSAL	C – MIPYME	Operativo	Operativo	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-01	2024-01	Y	19/02/2024	74769300	$90.500	

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					

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	90.500				90.500	0	0	90.500			905	90.500	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	90.500	90.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	90.500	90.500

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901759083-8	CONSORCIO OBRAS W		CALLE 8F#79-94	4111513	HSEQ@WRUSSYINGENIEROS.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SUCURSAL	C – MIPYME	Operativo	Operativo	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-01	2024-01	Y	19/02/2024	74769300	$90.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1012409109	LOSADA CORTES CARLOS EDUARDO	59	0			N																		0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.300.000	5	90.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901109885-1	WRUSSY INGENIEROS SAS		CALE 8 F N 79 94	4111513	INGWILVER@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	INDOFICINA	INDOFICINA	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-01	2024-01	Y	19/02/2024	74504341	$353.000	

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					

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	353.000				353.000	0	0	353.000			3.530	353.000	4

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	353.000	353.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	353.000	353.000

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
NI	901109885-1	WRUSSY INGENIEROS SAS		CALE 8 F N 79 94	4111513	INGWILVER@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SUCURSAL	C – MIPYME	INDOFICINA	INDOFICINA	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-01	2024-01	Y	19/02/2024	74504341	$353.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	78323568	VERGARA HERRERA ALFONSO MANUEL	59	0			N																		0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.300.000	5	90.500		0	0	0	0	0	0	0	0
2	CC	80199653	PEREZ RODRIGUEZ YUBER ALBEIRO	59	0			N																		0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.300.000	5	90.500		0	0	0	0	0	0	0	0
3	CC	80151480	RINCON VEGA JORGE ALDEMAR	59	0			N	X																	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.300.000	5	90.500		0	0	0	0	0	0	0	0
4	CC	11438423	MARTINEZ JIMENEZ LUIS CARLOS	59	0			N	X																	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.170.000	5	81.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901109885-1	WRUSSY INGENIEROS SAS		CALE 8 F N 79 94	4111513	INGWILVER@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	INDEPENDIENTE	15	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-01	2024-01	Y	19/02/2024	74504235	$194.900	

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	194.900				194.900	0	0	194.900			1.949	194.900	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	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	194.900	194.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	194.900	194.900

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	901109885-1	WRUSSY INGENIEROS SAS		CALE 8 F N 79 94	4111513	INGWILVER@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	INDEPENDIENTE	15	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-01	2024-01	Y	19/02/2024	74504235	$194.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	80212380	RUSSY LADINO WILVER FRANCINY	59	0			N							X											0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	2.800.000	5	194.900		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	1032421356	GEORGY PAOLO RUSSI LADINO	Cll 11b bis a #78-23	3132842447	proyectos@ingrussi.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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-01	2024-01	I	12/02/2024	74713772	$461.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	90.500				90.500	0	0	90.500			905	90.500	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	90.500	90.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	461.000	461.000

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
CC	1032421356	GEORGY PAOLO RUSSI LADINO		Cll 11b bis a #78-23	3132842447	proyectos@ingrussi.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	
2024-01	2024-01	I	12/02/2024	74713772	$461.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1032421356	RUSSI LADINO GEORGY PAOLO	57	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	5	90.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): CARLOS EDUARDO LOSADA CORTES
No. Identificación: CC1012409109
Dirección: CARRERA 4B#52-34 SUR
Telefono: 4111513
Correo: hseq@wrussyingenieros.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8375233627

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	CARLOS EDUARDO LOSADA CORTES	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC1012409109	**Periodo de Cotización Salud**	febrero de 2024
Número de planilla	8375233627	**Periodo de Cotización Pensión**	febrero de 2024
Fecha pago	2024-03-05	**Número de Administradoras**	2
Número de autorización pago	1000000084	**Total Pagado**	370500
Banco	1001	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA
8375233627

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230301	Porvenir	208000	1
EPS002	Salud Total EPS	162500	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1012409109
APELLIDOS Y NOMBRES: CARLOS EDUARDO LOSADA CORTES

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS002	230301	1300000	1300000	0	0	162500	0	208000	0	0	0

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901109885-1	WRUSSY INGENIEROS SAS		CALE 8 F N 79 94	4111513	INGWILVER@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	RIESGO 5	12	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
					3	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-01	E	19/02/2024	74505055	$2.958.500	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	316.800	0		0		0	0	0	0	316.800	2
EPS010	EPS Sura	800088702-2	56.900	0		0		0	0	0	0	56.900	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	556.800	0	0	0	0	0	0		556.800	1
230301	Porvenir	800224808-8	710.100	0	0	0	0	0	0		710.100	1
231001	Colfondos	800227940-6	227.400	0	0	0	0	0	0		227.400	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	650.100				650.100	0	0	650.100			6.501	650.100	3

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	440.400	0	0	440.400	3

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	373.700	373.700
Pensión	3	1.494.300	1.494.300
Riesgos Laborales	1	650.100	650.100
CCF	1	440.400	440.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	7	2.958.500	2.958.500

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901109885-1	WRUSSY INGENIEROS SAS		CALE 8 F N 79 94	4111513	INGWILVER@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SUCURSAL	C – MIPYME	RIESGO 5	12	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
					3	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-01	E	19/02/2024	74505055	$2.958.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1013639694	DEJOY FELICIANO JEFERSON ANDRES	1	0			S		X															230201	3.480.000	556.800	0	0	0	0	EPS005	3.480.000	139.200	14-11	3.480.000	5	242.300	CCF24	5.147.500	205.900	0	0	0	0	0
2	CC	1057588784	SALAMANCA ROJAS KAREN LISSETH	1	0			S							X										230301	4.437.580	710.100	0	0	0	0	EPS005	4.437.580	177.600	14-11	4.437.580	5	308.900	CCF24	4.437.580	177.600	0	0	0	0	0
3	CC	80151539	VENTO JORGE MARIO	1	0			S							X										231001	1.420.900	227.400	0	0	0	0	EPS010	1.420.900	56.900	14-11	1.420.900	5	98.900	CCF24	1.420.900	56.900	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): JORGE ALDEMAR RINCON VEGA
No. Identificación: CC80151480
Dirección: BOGOTA DC
Telefono: 4111513
Correo: hseqwrussy@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8375233971

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	JORGE ALDEMAR RINCON VEGA
Tipo y número de identificación	CC80151480
Número de planilla	8375233971
Fecha pago	2024-03-05
Número de autorización pago	1000000085
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	febrero de 2024
Periodo de Cotización Pensión	febrero de 2024
Número de Administradoras	2
Total Pagado	370500
Total Intereses de Mora	0

PAGADA
8375233971

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	208000	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	162500	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 80151480
APELLIDOS Y NOMBRES: JORGE ALDEMAR RINCON VEGA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS017	230201	1300000	1300000	0	0	162500	0	208000	0	0	0

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901448807	9	STOR CONSTRUCCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CARRERA44A#78-72	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4540737	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-02	434209397	9462613287	E	2024/02/02	2024/02/05	BANCOLOMBIA		$5,449,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	Aporte	Codigo	Dias	Aporte	Codigo	Días	Aporte	Codigo	Días	Tarifa	Aporte	Días	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	79900758	ALBA JAVIER							X											231001	30	$208,000	EPS008	30	$52,000	CCF24	30	$52,000	14-11	30	6.96	$90,500	30	$0	Si	$402,500
2	CC	1121929729	BARRETO JEFFERSON		X																230301	9	$62,400	EPS002	9	$15,600	CCF24	9	$15,600	14-11	9	6.96	$27,200	9	$0	Si	$120,800
3	CC	1121902802	FELIX ELIECER		X					X											230301	9	$62,400	EPS002	9	$15,600	CCF24	9	$15,600	14-11	9	6.96	$27,200	9	$0	Si	$120,800
4	CC	1023931367	GONZALEZ CRISTIAN							X											25-14	30	$208,000	EPS008	30	$52,000	CCF24	30	$52,000	14-11	30	6.96	$90,500	30	$0	Si	$402,500
5	CC	79919406	GONZALEZ JAMES							X											230201	30	$208,000	EPSC34	30	$52,000	CCF24	30	$52,000	14-11	30	6.96	$90,500	30	$0	Si	$402,500
6	CC	1023870143	JIMENEZ JULIO							X											230301	30	$208,000	EPS005	30	$52,000	CCF24	30	$52,000	14-11	30	6.96	$90,500	30	$0	Si	$402,500
7	CC	1021667240	JIMENEZ KEVIN		X					X											25-14	9	$62,400	EPSC34	9	$15,600	CCF24	9	$15,600	14-11	9	6.96	$27,200	9	$0	Si	$120,800
8	CC	1023870141	JIMENEZ OMAR							X											231001	30	$208,000	EPS002	30	$52,000	CCF24	30	$52,000	14-11	30	6.96	$90,500	30	$0	Si	$402,500
9	CC	80844241	LESMES WILBER							X											25-14	30	$208,000	EPS017	30	$52,000	CCF24	30	$52,000	14-11	30	6.96	$90,500	30	$0	Si	$402,500
10	CC	1122918931	NAVARRETE HENRY		X																230301	9	$62,400	EPS002	9	$15,600	CCF24	9	$15,600	14-11	9	6.96	$27,200	9	$0	Si	$120,800
11	CC	1024579272	RAMIREZ IVAN							X											231001	30	$208,000	EPS002	30	$52,000	CCF24	30	$52,000	14-11	30	6.96	$90,500	30	$0	Si	$402,500
12	CC	1030578618	RIVILLO JULY							X											231001	30	$208,000	EPS017	30	$52,000	CCF24	30	$52,000	14-11	30	6.96	$90,500	30	$0	Si	$402,500
13	CC	79387044	RIVILLO LUIS							X											25-14	30	$208,000	EPS017	30	$52,000	CCF24	30	$52,000	14-11	30	6.96	$90,500	30	$0	Si	$402,500
14	CC	1053341659	ROCHA DANIEL		X																230301	9	$62,400	EPS037	9	$15,600	CCF24	9	$15,600	14-11	9	6.96	$27,200	9	$0	Si	$120,800
15	CC	1033782737	SOLAQUE ANYELI							X											230201	30	$208,000	EPS002	30	$52,000	CCF24	30	$52,000	14-11	30	6.96	$90,500	30	$0	Si	$402,500
16	CC	1024483375	SOLAQUE EDWARD							X											230301	30	$208,000	EPS002	30	$52,000	CCF24	30	$52,000	14-11	30	6.96	$90,500	30	$0	Si	$402,500
17	CC	79393547	SOLAQUE EDWARD							X											230201	30	$208,000	EPS017	30	$52,000	CCF24	30	$52,000	14-11	30	6.96	$90,500	30	$0	Si	$402,500
Total	**Afiliados(17)**																					$2,808,000			$702,000			$702,000				$1,222,000		$0		$5,434,000

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901448807	9	STOR CONSTRUCCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CARRERA44A#78-72	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4540737	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-02	434209397	9462613287	E	2024/02/02	2024/02/05	BANCOLOMBIA		$5,449,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				17	$2,808,000	$0	$2,815,700
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	4	$832,000	$0	$834,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	4	$686,400	$0	$688,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	6	$665,600	$0	$667,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	3	$624,000	$0	$625,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				17	$1,222,000	$0	$1,225,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	17	$1,222,000	$0	$1,225,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				17	$702,000	$0	$703,900
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	17	$702,000	$0	$703,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 6)				17	$702,000	$0	$704,100
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	2	$67,600	$0	$67,800
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	2	$104,000	$0	$104,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	4	$208,000	$0	$208,600
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$15,600	$0	$15,700
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	7	$254,800	$0	$255,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$52,000	$0	$52,200
TOTAL				17	$5,434,000	$0	$5,449,100

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901448807	9	STOR CONSTRUCCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CARRERA44A#78-72	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4540737	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-02	434224802	9462613626	A	2024/02/29	2024/02/05	BANCOLOMBIA		$671,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	Aporte	Codigo	Dias	Aporte	Codigo	Días	Aporte	Codigo	Días	Tarifa	Aporte	Días	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1024576320	CARDONA BRAYAN	X																	230301	16	$111,000	EPSC34	16	$27,800	CCF24	16	$27,800	14-11	16	6.96	$48,300	16	$0	Si	$214,900
2	CC	79396904	GARZON LUIS	X																	230301	16	$111,000	EPS002	16	$27,800	CCF24	16	$27,800	14-11	16	6.96	$48,300	16	$0	Si	$214,900
3	CC	79517692	GIRON JOSE	X	X																230201	2	$13,900	EPSC34	2	$3,500	CCF24	2	$3,500	14-11	2	6.96	$6,100	2	$0	Si	$27,000
4	CC	1000782269	PIZA RONALD	X																	230201	16	$111,000	EPS010	16	$27,800	CCF24	16	$27,800	14-11	16	6.96	$48,300	16	$0	Si	$214,900
Total	**Afiliados(4)**																						$346,900			$86,900			$86,900				$151,000		$0		$671,700

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901448807	9	STOR CONSTRUCCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CARRERA44A#78-72	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4540737	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-02	434224802	9462613626	A	2024/02/29	2024/02/05	BANCOLOMBIA		$671,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				4	$346,900	$0	$346,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$222,000	$0	$222,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	2	$124,900	$0	$124,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$151,000	$0	$151,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	4	$151,000	$0	$151,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$86,900	$0	$86,900
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	4	$86,900	$0	$86,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				4	$86,900	$0	$86,900
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	2	$31,300	$0	$31,300
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$27,800	$0	$27,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$27,800	$0	$27,800
TOTAL				**4**	**$671,700**	**$0**	**$671,700**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901095872	1	CONSTRUCCIONES RDL SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	COMPENSAR	DIAGONAL 48J SUR # 1-96	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3682044	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-02	461103391	9463033757	E	2024/02/16	2024/02/19	BANCOLOMBIA	3	$4,510,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS		PARAFISCALES	
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	Codigo	Días	Codigo	Días	Codigo	Días	Días	Exonerado SENA e ICBF
1	CC	7961540	CASTILLO CASTILLA JULIO CESAR	X																	230301	14	EPS017	14	CCF24	14	14-11	14	14	Si
2	CC	1000785953	CRUZ SUA JOHN SEBASTIAN	X																	230301	14	EPS005	14	CCF24	14	14-11	14	14	Si
3	CC	80128603	CUBILLOS SOTO ALBEIRO		X					X											230301	29	EPS008	29	CCF24	29	14-11	29	29	Si
4	CC	79406601	CUERVO GARCIA NUMAEL	X																	230201	14	EPS017	14	CCF24	14	14-11	14	14	Si
5	CC	1000786481	DAJOME MACIAS JOHAN ESTHI	X																	230301	2	EPS008	2	CCF24	2	14-11	2	2	Si
6	CC	1007099259	DIAZ RIVEROS DIEGO FERNANDO							X											230201	30	EPS010	30	CCF24	30	14-11	30	30	Si
7	CC	12548237	FONSECA SIERRA DOMINGO ANTONIO	X																		0	EPS037	2	CCF24	2	14-11	2	2	Si
8	CC	86036022	GONZALEZ NIÑO NELSON							X											230201	30	EPS017	30	CCF24	30	14-11	30	30	Si
9	CC	79604499	LEON CANTOR RUBEN DARIO							X											231001	30	EPS008	30	CCF24	30	14-11	30	30	Si
10	CC	1000782970	MUÑOZ RODRIGUEZ DAVID ALEJANDRO	X																	230301	15	EPS002	15	CCF24	15	14-11	15	15	Si
11	CC	79820351	NAJAR CARO ALIRIO DE JESUS	X																	230201	14	EPS002	14	CCF24	14	14-11	14	14	Si
12	CC	79822447	NAJAR CARO ANGEL CUSTODIO	X																	25-14	14	EPS008	14	CCF24	14	14-11	14	14	Si
13	CC	79911589	PINZON SUAREZ NORBERTO							X											25-14	30	EPS017	30	CCF24	30	14-11	30	30	Si
14	CC	6795851	RAT BELEÑO RUBELSINDO							X											230301	30	EPS017	30	CCF24	30	14-11	30	30	Si
15	CC	11385463	REY VELASQUEZ JOSE ISRAEL	X																	230301	14	EPS002	14	CCF24	14	14-11	14	14	Si
16	CC	1033725823	RUIZ BARON MANUEL							X											230301	30	EPS008	30	CCF24	30	14-11	30	30	Si
17	CC	1010160190	TIBAQUE PORRAS BREIMER ESTEBAN	X																	230301	14	EPS002	14	CCF24	14	14-11	14	14	Si
18	CC	80059443	TIGUAQUE CARDENAS HECTOR FABIO	X																	230301	2	EPS017	2	CCF24	2	14-11	2	2	Si
19	CC	80795925	TIGUAQUE CARDENAS RICHARD ALEXANDER	X																	230201	2	EPS017	2	CCF24	2	14-11	2	2	Si
Total	**Afiliados(19)**																												

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901095872	1	CONSTRUCCIONES RDL SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	COMPENSAR	DIAGONAL 48J SUR # 1-96	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3682044	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-02	461103391	9463033757	E	2024/02/16	2024/02/19	BANCOLOMBIA	3	$4,510,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				18	$2,320,800	$6,500	$0	$2,327,300
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$208,000	$600	$0	$208,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$305,100	$900	$0	$306,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	10	$1,138,800	$3,100	$0	$1,141,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	5	$668,900	$1,900	$0	$670,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				19	$1,016,500	$2,800	$0	$1,019,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	19	$1,016,500	$2,800	$0	$1,019,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				19	$576,700	$1,600	$0	$578,300
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	19	$576,700	$1,600	$0	$578,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 6)				19	$584,000	$1,800	$0	$585,800
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	5	$182,100	$500	$0	$182,600
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$57,600	$200	$0	$57,800
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	7	$217,200	$600	$0	$217,800
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$3,500	$100	$0	$3,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	4	$99,300	$300	$0	$99,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$24,300	$100	$0	$24,400
TOTAL				19	$4,498,000	$12,700	$0	$4,510,700

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901759083-8	CONSORCIO OBRAS W		CALLE 8F#79-94	4111513	HSEQ@WRUSSYINGENIEROS.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-01	E	19/02/2024	74691876	$3.790.500	

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	218.600	0		0		0	0	0	0	218.600	2
EPS010	EPS Sura	800088702-2	87.500	0		0		0	0	0	0	87.500	1
MIN002	MIN002 Fondo Sol y Gar Min Salud	901037916-1	183.700	0		0		0	0	0	0	183.700	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	1.084.300	0	0	0	0	0	0		1.084.300	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	874.400	0	0	0	0	0	0		874.400	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	852.200				852.200	0	0	852.200			8.522	852.200	4

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	489.800	0	0	489.800	4

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	3	489.800	489.800
Pensión	2	1.958.700	1.958.700
Riesgos Laborales	1	852.200	852.200
CCF	1	489.800	489.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	7	3.790.500	3.790.500

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901759083-8	CONSORCIO OBRAS W		CALLE 8F#79-94	4111513	HSEQ@WRUSSYINGENIEROS.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-01	E	19/02/2024	74691876	$3.790.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1000005655	GONZALEZ ORJUELA STEFANY KATERIN	1	0			S							X										230201	2.186.000	349.800	0	0	0	0	EPS010	2.186.000	87.500	14-11	2.186.000	5	152.200	CCF24	2.186.000	87.500	0	0	0	0	0
2	CC	12198058	PEDREROS DIAZ JUAN FERNANDO	1	0			S							X										25-14	2.732.500	437.200	0	0	0	0	EPS002	2.732.500	109.300	14-11	2.732.500	5	190.200	CCF24	2.732.500	109.300	0	0	0	0	0
3	CC	80116087	MELO RINCON CIRO ANTONIO	1	0			S							X										25-14	2.732.500	437.200	0	0	0	0	EPS002	2.732.500	109.300	14-11	2.732.500	5	190.200	CCF24	2.732.500	109.300	0	0	0	0	0
4	CC	88219361	FORERO CALDAS VICTOR JOLMAN	1	0			S							X										230201	4.590.600	734.500	0	0	0	0	MIN002	4.590.600	183.700	14-11	4.590.600	5	319.600	CCF24	4.590.600	183.700	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	901759083-8	CONSORCIO OBRAS W		CALLE 8F#79-94	4111513	HSEQ@WRUSSYINGENIEROS.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	Operativo	Operativo	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
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-01	E	19/02/2024	74688529	$1.910.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	24.300	0		0		0	0	0	0	24.300	1
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	130.200	0		0		0	0	0	0	130.200	4
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	8.700	0		0		0	0	0	0	8.700	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	7.000	0		0		0	0	0	0	7.000	1
ESSC07	EPS-S Mutual Ser	806008394-7	26.000	0		0		0	0	0	0	26.000	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	104.100	0	0	0	0	0	0		104.100	1
230301	Porvenir	800224808-8	915.800	0	0	0	0	0	0		915.800	6
25-14	Colpensiones	900336004-7	152.600	0	0	0	0	0	0		152.600	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	341.300				341.300	0	0	341.300			3.413	341.300	8

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	200.400	0	0	200.400	8

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	901759083-8	CONSORCIO OBRAS W		CALLE 8F#79-94	4111513	HSEQ@WRUSSYINGENIEROS.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	Operativo	Operativo	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
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-01	E	19/02/2024	74688529	$1.910.400	

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	196.200	196.200
Pensión	3	1.172.500	1.172.500
Riesgos Laborales	1	341.300	341.300
CCF	1	200.400	200.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	10	1.910.400	1.910.400

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901759083-8	CONSORCIO OBRAS W		CALLE 8F#79-94	4111513	HSEQ@WRUSSYINGENIEROS.COM
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
SUCURSAL	C – MIPYME	Operativo	Operativo	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
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-01	E	19/02/2024	74688529	$1.910.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1002439244	NUÑEZ GARCIA LUIS ALBERTO	1	0			S	X	X															230301	563.334	90.200	0	0	0	0	EPS002	563.334	22.600	14-11	563.334	5	39.300	CCF24	590.634	23.700	0	0	0	0	0
2	CC	1002439244	NUÑEZ GARCIA LUIS ALBERTO	1	0			S									X								230301	86.667	13.900	0	0	0	0	EPS002	86.667	0	14-11	86.667	5	0	CCF24	86.667	0	0	0	0	0	0
3	CC	1003903559	MALAMBO ASCENCIO JOSE ROBINSON	1	0			S																	230301	346.667	55.500	0	0	0	0	EPS002	346.667	13.900	14-11	346.667	5	24.200	CCF24	346.667	13.900	0	0	0	0	0
4	CC	1003903559	MALAMBO ASCENCIO JOSE ROBINSON	1	0			S									X								230301	953.334	152.600	0	0	0	0	EPS002	953.334	0	14-11	953.334	5	0	CCF24	953.334	0	0	0	0	0	0
5	CC	1004507107	FUENTES CADENA JUAN DANIEL	1	0			S	X	X															230301	216.667	34.700	0	0	0	0	EPS008	216.667	8.700	14-11	216.667	5	15.100	CCF24	245.700	9.900	0	0	0	0	0
6	CC	1004507107	FUENTES CADENA JUAN DANIEL	1	0			S									X								230301	476.667	76.300	0	0	0	0	EPS008	476.667	0	14-11	476.667	5	0	CCF24	476.667	0	0	0	0	0	0
7	CC	1012371577	ZAMBRANO SAENZ DARLING	1	0			S	X	X															230301	173.334	27.800	0	0	0	0	EPS017	173.334	7.000	14-11	173.334	5	12.100	CCF24	193.267	7.800	0	0	0	0	0
8	CC	1012371577	ZAMBRANO SAENZ DARLING	1	0			S									X								230301	303.334	48.600	0	0	0	0	EPS017	303.334	0	14-11	303.334	5	0	CCF24	303.334	0	0	0	0	0	0
9	CC	1012389542	BELTRAN ALEMAN DEIBYS	1	0			S	X																230301	1.126.667	180.300	0	0	0	0	EPS002	1.126.667	45.100	14-11	1.126.667	5	78.500	CCF24	1.126.667	45.100	0	0	0	0	0
10	CC	1012389542	BELTRAN ALEMAN DEIBYS	1	0			S									X								230301	173.334	27.800	0	0	0	0	EPS002	173.334	0	14-11	173.334	5	0	CCF24	173.334	0	0	0	0	0	0
11	CC	1012442320	CAJAMARCA ZAMORA ANGEL FELIPE	1	0			S	X																230301	1.213.334	194.200	0	0	0	0	EPS002	1.213.334	48.600	14-11	1.213.334	5	84.500	CCF24	1.213.334	48.600	0	0	0	0	0
12	CC	1012442320	CAJAMARCA ZAMORA ANGEL FELIPE	1	0			S									X								230301	86.667	13.900	0	0	0	0	EPS002	86.667	0	14-11	86.667	5	0	CCF24	86.667	0	0	0	0	0	0
13	CC	19772502	ACUÑA GOMEZ JAISON	1	0			S	X																25-14	650.000	104.000	0	0	0	0	ESSC07	650.000	26.000	14-11	650.000	5	45.300	CCF24	650.000	26.000	0	0	0	0	0
14	CC	19772502	ACUÑA GOMEZ JAISON	1	0			S									X								25-14	303.334	48.600	0	0	0	0	ESSC07	303.334	0	14-11	303.334	5	0	CCF24	303.334	0	0	0	0	0	0
15	CC	79759971	MAHECHA FAUTOQUE HERNAN ELIECER	1	0			S	X	X															230201	606.667	97.100	0	0	0	0	EPS001	606.667	24.300	14-11	606.667	5	42.300	CCF24	633.967	25.400	0	0	0	0	0
16	CC	79759971	MAHECHA FAUTOQUE HERNAN ELIECER	1	0			S									X								230201	43.334	7.000	0	0	0	0	EPS001	43.334	0	14-11	43.334	5	0	CCF24	43.334	0	0	0	0	0	0

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901378317	0	SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CALLE 57Z No. 75D-10 SUR CA51	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8939275	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-02	433464687	9462607370	E	2024/02/06	2024/02/05	BANCOLOMBIA	0	$5,709,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (19 Afiliados)						$18,030,003	$2,885,100			$19,330,004	$773,600			$19,120,004	$765,200			$19,330,004	$1,285,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (19 Afiliados)						$18,030,003	$2,885,100			$19,330,004	$773,600			$19,120,004	$765,200			$19,330,004	$1,285,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (19 Afiliados)						$18,030,003	$2,885,100			$19,330,004	$773,600			$19,120,004	$765,200			$19,330,004	$1,285,800		$0	$0
1	CC	1073723863	ACEVEDO WILMER	230301	15	$650,000	$104,000	EPS002	15	$650,000	$26,000	CCF24	15	$580,000	$23,200	14-23	15	$650,000	$45,300	15	$0	$0
2	CC	80822373	ALEAN SERGIO	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$52,000	CCF24	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0
3	CC	1007275624	AREVALO TEDER	230301	15	$650,000	$104,000	EPS002	15	$650,000	$26,000	CCF24	15	$650,000	$26,000	14-23	15	$650,000	$45,300	15	$0	$0
4	CC	79949512	BELLO NIXON	25-14	2	$86,667	$13,900	EPS008	2	$86,667	$3,500	CCF24	2	$86,667	$3,500	14-23	2	$86,667	$6,100	2	$0	$0
5	CC	79681780	DEL VILLAR MIGUEL	231001	30	$1,550,000	$248,000	EPS002	30	$1,550,000	$62,000	CCF24	30	$1,550,000	$62,000	14-23	30	$1,550,000	$107,900	30	$0	$0
6	CC	3186006	DIAZ FREDI	230301	30	$2,000,000	$320,000	EPS008	30	$2,000,000	$80,000	CCF24	30	$2,000,000	$80,000	14-23	30	$2,000,000	$139,200	30	$0	$0
7	CC	79695587	DIAZ NELSON		0	$0	$0	EPS010	10	$433,334	$17,400	CCF24	10	$433,334	$17,400	14-23	10	$433,334	$30,200	10	$0	$0
8	CC	79695587	DIAZ NELSON		0	$0	$0	EPS010	20	$866,667	$34,700	CCF24	20	$773,334	$31,000	14-23	20	$866,667	$0	20	$0	$0
9	CC	79182889	DIAZ OSCAR	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$52,000	CCF24	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0
10	PT	4647559	FERREBU JOSE	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF24	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0
11	CC	1007404311	GARCIA ROMEL	230301	10	$433,334	$69,400	EPS002	10	$433,334	$17,400	CCF24	10	$433,334	$17,400	14-23	10	$433,334	$30,200	10	$0	$0
12	CC	79651166	GARCIA ROMEL	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS008	30	$1,300,000	$52,000	CCF24	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0
13	PT	4925651	GONZALEZ WILMER	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF24	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0
14	CC	1019015548	LLANO MARIO	230201	20	$866,667	$138,700	EPS017	20	$866,667	$34,700	CCF24	20	$866,667	$34,700	14-23	20	$866,667	$60,400	20	$0	$0
15	CC	1024561771	MARIN ISIS	230301	30	$2,000,000	$320,000	EPS010	30	$2,000,000	$80,000	CCF24	30	$2,000,000	$80,000	14-23	30	$2,000,000	$139,200	30	$0	$0
16	CC	11441077	RAVELO FLORENTINO	230201	14	$606,667	$97,100	EPS017	14	$606,667	$24,300	CCF24	14	$606,667	$24,300	14-23	14	$606,667	$42,300	14	$0	$0
17	CC	1014178330	SALAMANCA WILSON	230301	14	$606,667	$97,100	EPS017	14	$606,667	$24,300	CCF24	14	$606,667	$24,300	14-23	14	$606,667	$42,300	14	$0	$0
18	CC	1112933516	SOLORZANO JHON	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$52,000	CCF24	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0
19	CC	1073669763	VILLAMIL JOHN	230301	10	$433,334	$69,400	EPS017	10	$433,334	$17,400	CCF24	10	$386,667	$15,500	14-23	10	$433,334	$30,200	10	$0	$0
20	CC	79658066	ZAMBRANO REINEL	25-14	8	$346,667	$55,500	EPS005	8	$346,667	$13,900	CCF24	8	$346,667	$13,900	14-23	8	$346,667	$24,200	8	$0	$0
Total			**Afiliados(19)**			$18,030,003	$2,885,100			$19,330,004	$773,600			$19,120,004	$765,200			$19,330,004	$1,285,800		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901378317	0	SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CALLE 57Z No. 75D-10 SUR CA51	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8939275	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-02	433464687	9462607370	E	2024/02/06	2024/02/05	BANCOLOMBIA	0	$5,709,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				18	$2,885,100	$0	$0	$2,885,100
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$248,000	$0	$0	$248,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$69,400	$0	$0	$69,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	13	$2,331,900	$0	$0	$2,331,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	2	$235,800	$0	$0	$235,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				19	$1,285,800	$0	$0	$1,285,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	19	$1,285,800	$0	$0	$1,285,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				19	$765,200	$0	$0	$765,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	19	$765,200	$0	$0	$765,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				19	$773,600	$0	$0	$773,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	3	$135,500	$0	$0	$135,500
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	2	$132,100	$0	$0	$132,100
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	6	$204,700	$0	$0	$204,700
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	6	$235,400	$0	$0	$235,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$65,900	$0	$0	$65,900
TOTAL				**19**	**$5,709,700**	**$0**	**$0**	**$5,709,700**

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	WILVER FRANCINY RUSSY LADINO
IDENTIFICACIÓN:	CC-80212380
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-03-06
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-02-19
FECHA DE PAGO:	2024-02-16
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-01
PERÍODO SALUD:	2024-01
NÚMERO PLANILLA:	28939559
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	28939559
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS010	800088702	EPS SURA	1	$ 2.800.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 350.000	$ 350.000
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 2.800.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 448.000	$ 448.000
CCF22	860007336	COLSUBSIDIO	1	$ 2.800.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 56.000	$ 56.000
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 854.000	$ 854.000

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	19/03/2024

ANEXO 4. SOPORTE REGISTRO DE CAPACITACIONES E INDUCCIONES

CONSORCIO OBRAS W	EVALUACIÓN ENFERMEDADES LABORALES

NOMBRE: Jorge salucan	CARGO: Ayudante	FECHA: 21-02-24

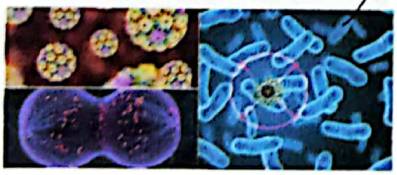
1. Relacione la imagen según corresponda

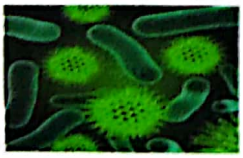














ENFERMEDADES PROFESIONALES CAUSADAS POR AGENTES BIOLÓGICOS

ENFERMEDADES PROFESIONALES CAUSADAS POR INHALACIÓN DE SUSTANCIAS Y AGENTES NO COMPRENDIDAS EN OTROS APARTADOS

ENFERMEDADES PROFESIONALES CAUSADAS POR AGENTES CARCINOGÉNICOS

ENFERMEDADES PROFESIONALES CAUSADAS POR AGENTES QUÍMICOS

ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA PIEL CAUSADAS POR SUSTANCIAS Y AGENTES NO COMPRENDIDOS EN ALGUNO DE LOS OTROS APARTADOS

ENFERMEDADES PROFESIONALES CAUSADAS POR AGENTES FÍSICOS

Jorge

FIRMA

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	EVALUACIÓN ENFERMEDADES LABORALES

NOMBRE:	CARGO:	FECHA:
Jaison Acuña Gomez	Ayudante	21-02-24

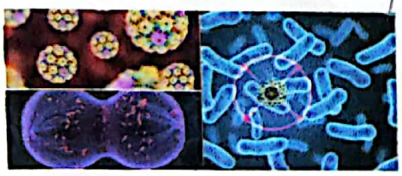
1. Relacione la imagen según corresponda

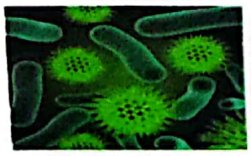














ENFERMEDADES PROFESIONALES CAUSADAS POR AGENTES BIOLÓGICOS

ENFERMEDADES PROFESIONALES CAUSADAS POR INHALACIÓN DE SUSTANCIAS Y AGENTES NO COMPRENDIDAS EN OTROS APARTADOS

ENFERMEDADES PROFESIONALES CAUSADAS POR AGENTES CARCINOGÉNICOS

ENFERMEDADES PROFESIONALES CAUSADAS POR AGENTES QUÍMICOS

ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA PIEL CAUSADAS POR SUSTANCIAS Y AGENTES NO COMPRENDIDOS EN ALGUNO DE LOS OTROS APARTADOS

ENFERMEDADES PROFESIONALES CAUSADAS POR AGENTES FÍSICOS

FIRMA

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	EVALUACIÓN ENFERMEDADES LABORALES

NOMBRE: Karen Bastidas V.	CARGO: Auxiliar	FECHA: 21-02-24

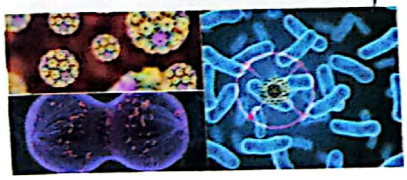
1. Relacione la imagen según corresponda















ENFERMEDADES PROFESIONALES CAUSADAS POR AGENTES BIOLÓGICOS

ENFERMEDADES PROFESIONALES CAUSADAS POR INHALACIÓN DE SUSTANCIAS Y AGENTES NO COMPRENDIDAS EN OTROS APARTADOS

ENFERMEDADES PROFESIONALES CAUSADAS POR AGENTES CARCINOGÉNICOS

ENFERMEDADES PROFESIONALES CAUSADAS POR AGENTES QUÍMICOS

ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA PIEL CAUSADAS POR SUSTANCIAS Y AGENTES NO COMPRENDIDOS EN ALGUNO DE LOS OTROS APARTADOS

ENFERMEDADES PROFESIONALES CAUSADAS POR AGENTES FÍSICOS

FIRMA

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	EVALUACIÓN ENFERMEDADES LABORALES

NOMBRE: Alphonse Guaque	CARGO: Oficial	FECHA: 22-02-24

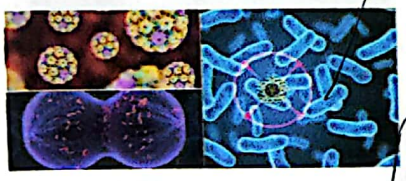
1. Relacione la imagen según corresponda

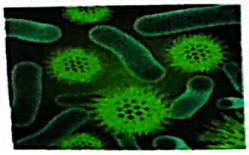














ENFERMEDADES PROFESIONALES CAUSADAS POR AGENTES BIOLÓGICOS

ENFERMEDADES PROFESIONALES CAUSADAS POR INHALACIÓN DE SUSTANCIAS Y AGENTES NO COMPRENDIDAS EN OTROS APARTADOS

ENFERMEDADES PROFESIONALES CAUSADAS POR AGENTES CARCINOGÉNICOS

ENFERMEDADES PROFESIONALES CAUSADAS POR AGENTES QUÍMICOS

ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA PIEL CAUSADAS POR SUSTANCIAS Y AGENTES NO COMPRENDIDOS EN ALGUNO DE LOS OTROS APARTADOS

ENFERMEDADES PROFESIONALES CAUSADAS POR AGENTES FÍSICOS

FIRMA

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	EVALUACIÓN ENFERMEDADES LABORALES

NOMBRE: Jhon Sebastian Cruz	CARGO: Ayudante	FECHA: 21-02-24

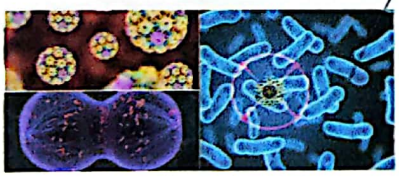
1. Relacione la imagen según corresponda

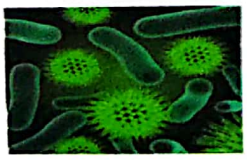














ENFERMEDADES PROFESIONALES CAUSADAS POR AGENTES BIOLÓGICOS

ENFERMEDADES PROFESIONALES CAUSADAS POR INHALACIÓN DE SUSTANCIAS Y AGENTES NO COMPRENDIDAS EN OTROS APARTADOS

ENFERMEDADES PROFESIONALES CAUSADAS POR AGENTES CARCINOGÉNICOS

ENFERMEDADES PROFESIONALES CAUSADAS POR AGENTES QUÍMICOS

ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA PIEL CAUSADAS POR SUSTANCIAS Y AGENTES NO COMPRENDIDOS EN ALGUNO DE LOS OTROS APARTADOS

ENFERMEDADES PROFESIONALES CAUSADAS POR AGENTES FÍSICOS

FIRMA

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	EVALUACIÓN ENFERMEDADES LABORALES

NOMBRE: Ivan Camargo	CARGO: Ayudante	FECHA: 21-02-24

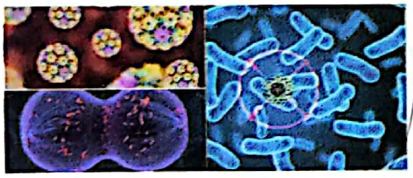
1. Relacione la imagen según corresponda















ENFERMEDADES PROFESIONALES CAUSADAS POR AGENTES BIOLÓGICOS

ENFERMEDADES PROFESIONALES CAUSADAS POR INHALACIÓN DE SUSTANCIAS Y AGENTES NO COMPRENDIDAS EN OTROS APARTADOS

ENFERMEDADES PROFESIONALES CAUSADAS POR AGENTES CARCINOGÉNICOS

ENFERMEDADES PROFESIONALES CAUSADAS POR AGENTES QUÍMICOS

ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA PIEL CAUSADAS POR SUSTANCIAS Y AGENTES NO COMPRENDIDOS EN ALGUNO DE LOS OTROS APARTADOS

ENFERMEDADES PROFESIONALES CAUSADAS POR AGENTES FÍSICOS

IVAN

FIRMA

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	REGISTRO DE ASISTENCIA	CÓDIGO: FOR-HSE-78 VERSION 1 FECHA APROBACIÓN 21/08/2019

Fecha:	05 febrero 2024	Lugar:	Estación Relay Don Osiloca
Hora:	8:00	Tema:	Pausa activa - Cuidado agua.
Responsable:	Stefany Gonzalez	Cargo:	Residente HSE

Charla Diaria ☒ Entrenamiento ☐ Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro ☒

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
	NARANJO	Oficial		
	Julio alacca	oficial		
	Jhon Quispe	oficial		
	cesar labastidas	OFICIAL		
	ESSMAC SAC	ESSMAC SAC	ESSMAC SAC	

CONSORCIO OBRAS W

REGISTRO DE ASISTENCIA

CÓDIGO: FOR-HSE-78
VERSIÓN: 1
FECHA APROBACIÓN: 31/08/2019

Fecha:	06 febrero 2024.	Lugar:	Estación física San Cristóbal
Hora:	8:00	Tema:	Pausa activa - Químicos y otros
Responsable:	Stefany Gonzalez	Cargo:	Residente HSE.

Charla Diaria [ ] Entrenamiento [ ] Inducción [ ] Capacitación [ ] Otro [ ]

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
	Norberto Pinzon	oficial		
	Jorge Rincon	maestro		
	Jaison Acuña	Ayudante		
	Rocha Arguello	oficial		
	Jhon Sebastian Cruz	Ayudante		
	Cesar Labastida	oficial		
	Johan Dajome	Auxiliar		
	Fabian Camargo	Auxiliar		
	Jancarlos Monterrosa	ayudante		
	Jorge Olarte	oficial		

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	REGISTRO DE ASISTENCIA	CÓDIGO: FOR-HSE-76 VERSION 1 FECHA APROBACION 01/08/2019

Fecha:	09 febrero 2024.	Lugar:	Estación Policía San Cristobal
Hora:	8:00.	Tema:	Pausa activa - uso adecuado de equipos
Responsable:	Stefany Gonzalez	Cargo:	Residente HSE.

Charla Diaria [X] Entrenamiento [ ] Inducción [ ] Capacitación [ ] Otro [X]

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
	Yancarlos	ayudante	Yancarlos	
	Johan Alvarez	Ayudante		
	Jorge Vergara	Oficial		
	Richard Fagundez	Oficial		
	Jaison Acuña	Ayudante		
	Jobe Rincon	maestro		

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	REGISTRO DE ASISTENCIA	CÓDIGO: FOR-HSE-76 VERSION 1 FECHA APROBACION 01/08/2019

Fecha:	08 -febrero 2024	Lugar:	Estación Policía (San Cristóbal
Hora:	8'00	Tema:	Pausa Activa - Riesgo eléctrico
Responsable:	Stefany Gonzalez.	Cargo:	Residente Hse.

Charla Diaria [X] Entrenamiento [ ] Inducción [ ] Capacitación [ ] Otro [ ]

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
	Richar Aguilar	oficial		
	Darlo Morales	oficial		
	Ivan Casaos	ayudante		
	Jaison Acuña Gz	Ayudante		
	Cesar Labastida	Oficial		
	Juan Sebastian Cruz	Ayudante		
	Sebastian Palacios	Ayudante		
	Norberto Pinzon	oficial		
	Deibys Beltran A	oficial		

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	REGISTRO DE ASISTENCIA	CÓDIGO: FOR-HSE-76 VERSION 1 FECHA APROBACION 01/08/2019

Fecha:	04 febrero 2024	Lugar:	Estación policía San Cristobal
Hora:	8:00	Tema:	Pausa Activa – cuidado conexiones electricas
Responsable:	Stefany Gonzalez	Cargo:	Residente Hse.

Charla Diaria	Entrenamiento	Inducción	Capacitación	Otro
X				X

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
	Cesar labastidas	Oficial		
	Hector Tiguaque	Oficial		
	Fichar Tiguaque	oficial		
	Jorge arroyo	maestro		
	Johan Palomo	Ayudante		
	NO FIRMO	OFICIAL		
	Deiber Beltran A	oficial		
	FIRMO EXAMEN			
	Jorge Marca	oficial		
	Juan Sebastian Cruz	Ayudante		

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W

REGISTRO DE ASISTENCIA

CÓDIGO: FOR-HSE-76
VERSION 1
FECHA APROBACION 01/08/2019

Fecha: 10 febrero 2024
Hora: 8:30
Responsable: Stefany Gonzalez
Charla Diaria: X Entrenamiento:
Lugar: San Cristobal
Tema: Pausa activa. - Deber y conducir
Cargo: Residente HSE.
Inducción: Capacitación: Otro: X

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
	Deibys Beltran Z	Oficial	Deibys	
	Jaison ACUCA	Ayudante		
	Cesar Labastidas	oficial		
	Jorge Rincon	Maestro		

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	REGISTRO DE ASISTENCIA	CÓDIGO: FOR-HSE-76 VERSION 1 FECHA APROBACION 01/08/2019

Fecha:	12 febrero 2024	Lugar:	Casa de Justicia Montures.
Hora:	8:00	Tema:	Pausa activa – Distancias prudentes para trabajar.
Responsable:	Stefany Gonzalez	Cargo:	Residente Hse.

Charla Diaria	Entrenamiento	Inducción	Capacitación	Otro
☒	☐	☐	☐	☒

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
	Jorge Rincon	maestro		
	Deibis Beltran A	oficial		

CONSORCIO OBRAS W	REGISTRO DE ASISTENCIA	CÓDIGO: FOR-HSE-76 VERSION 1 FECHA APROBACION 01/08/2019

Fecha:	13 febrero 2024	Lugar:	C4
Hora:	8:00.	Tema:	Inducción SST.
Responsable:	Stefany Gonzalez	Cargo:	Residente HSE.

Charla Diaria ☒ Entrenamiento ☐ Inducción ☒ Capacitación ☐ Otro ☐

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
	Felix Miranda	OFICIAL		
	Jhon Perez	ayudante		

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W

REGISTRO DE ASISTENCIA

CÓDIGO: FOR-HSE-76
VERSION 1
FECHA APROBACION 01/08/2019

Fecha:	14 febrero 2024	Lugar:	San Cristobal.
Hora:	8:30	Tema:	Reglamento por Cabi - Pausa activa.
Responsable:	Stefany Gonzalez.	Cargo:	Residente HSE.

Charla Diaria ☒ / Entrenamiento ☐ Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro ☒

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
	Jaison Acuña	ayudante.		
	Jhon Sebastian Cruz	Ayudante.		
	Richard Figueroa	Of. Pcipal		
	IVAN Camargo	Ayudante.	IVAN.	
	Deibys Beltran A	oficial		
	Jorge Rincon	Maestro.		

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W

REGISTRO DE ASISTENCIA

CÓDIGO: FOR-HSE-76
VERSION 1
FECHA APROBACION 01/08/2019

Fecha:	15 febrero 2024	Lugar:	San Cristobal - Martires -
Hora:	8:20.	Tema:	Proteccion a la piel - Pausa activa.
Responsable:	Jefary Gonzalez	Cargo:	Residente HSE

Charla Diaria [X] Entrenamiento [ ] Inducción [ ] Capacitación [ ] Otro [X]

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
	Jorge Rincon	Maestro.		
	Derlys Beltran.	oficial	Derlys.	
	Jairon Acuña			

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W

REGISTRO DE ASISTENCIA

CÓDIGO: FOR-HSE-76
VERSION 1
FECHA APROBACION 01/08/2019

Fecha:	16 febrero 2024	Lugar:	Martires.
Hora:	8:30	Tema:	Quemaduras del sol. - Pausa activa
Responsable:	Stefany Gonzalez.	Cargo:	Residente HSE

Charla Diaria ☒ Entrenamiento ☐ Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro ☒

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
	Jaison Acuña.	Ayudante.		
	Jorge Rincon.	Maestro		
	Deibys Beltran	oficial.		

CONSORCIO OBRAS W	REGISTRO DE ASISTENCIA	CÓDIGO: FOR-HSE-76 VERSION 1 FECHA APROBACION 01/08/2019

Fecha:	17 febrero 2024.	Lugar:	Martires - San Cristobal
Hora:	8:00	Tema:	Pausa Activa - Uso adecuado de herramientas
Responsable:	Stefany Gonzalez	Cargo:	Residente HSE

Charla Diaria ☒ | Entrenamiento ☐ | Inducción ☐ | Capacitación ☐ | Otro ☒

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
	Deiber Beltran A	Oficial	Deiber	
	Jhon Rincon	maestro		
	Jabdiel Ochoa	ayudante		
	Jaison Acuña	Ayudante		
	Yancarlos	ayudante	Yancarlos	

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	REGISTRO DE ASISTENCIA	CÓDIGO: FOR-HSE-76 VERSION 1 FECHA APROBACION 01/08/2019

Fecha:	19 febrero. 2024.	Lugar:	Muelles - San Cristobal
Hora:	8:30	Tema:	Pausa Activa - Carga Manual 25kg
Responsable:	Stefany Gonzalez	Cargo:	Residente HSE

Charla Diaria [X] Entrenamiento [ ] Inducción [ ] Capacitación [ ] Otro [X]

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
	Jaibe duncan	maestro		
	Jahaira Alvarez	ayudante		
	Jaison Acuña	Ayudante		
	Yancarlos	ayudante	Yancarlos	
	Kevin Josa Bastidas	ayudante		

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	REGISTRO DE ASISTENCIA	CÓDIGO: FOR-HSE-76 VERSION 1 FECHA APROBACION 01/08/2019

Fecha:	20 febrero 2024.	Lugar:	San Cristobal
Hora:	8:00 .	Tema:	Pausa activa - No consumir bebidas alcoholicas.
Responsable:	Stefany Gonzalez	Cargo:	Residente HSE. (horas laborales)

Charla Diaria ☒ | Entrenamiento ☐ | Inducción ☐ | Capacitación ☐ | Otro ☒

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
	Jobdan Quintero	Soldador		
	Jorge Rincon	maestro		
	Kelvin Bastidas	Ayudante		
	Jancarlos H.P	ayudante	Jancarlos	
	Deibys Beltran	oficial	Deibys	

CONSORCIO OBRAS W	REGISTRO DE ASISTENCIA	CÓDIGO: FOR-HSE-76 VERSION 1 FECHA APROBACION 01/08/2019

Fecha:	21 febrero 2024	Lugar:	San Cristobal
Hora:	8:30	Tema:	Pausa Activa - Ahorro energia
Responsable:	Stefany Gonzalez	Cargo:	Residente HSE

Charla Diaria [X] | Entrenamiento [ ] | Inducción [ ] | Capacitación [ ] | Otro [X]

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
	Jhon Sebastian Cor	Ayudante		
	Cabe a Coca	oficial		
	Jahan Adrem e	Ayudante		
	Richar A Loguano	oficial		
	Sancarlos	ayudante	Sancarlos	
	Kevin Bustigos	Ayudante		
	Jaison Acuña	Ayudante		
	IVAN Camago		IVAN	IVAN

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W

REGISTRO DE ASISTENCIA

CÓDIGO: FOR-HSE-76
VERSION 1
FECHA APROBACION 01/08/2019

Fecha:	22 febrero 2024	Lugar:	San Cristobal
Hora:	7:30.	Tema:	Pausa activa - Uso adecuado de polea.
Responsable:	Stefany Gonzalez	Cargo:	Residente HSE.

Charla Diaria [X] Entrenamiento [ ] Inducción [ ] Capacitación [ ] Otro [X]

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
	IVAN	Ayudante	IVAN	
	Cesar Labastidas	Oficial		
	Richar H Piguabe	Oficial		
	Jaison Acuña	Ayudante		
	Norberto	Oficial		
	Kevin Bustos	Ayudante		

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	REGISTRO DE ASISTENCIA	CÓDIGO: FOR-HSE-76 VERSION 1 FECHA APROBACION 01/08/2019

Fecha:	23 - febrero 2024.	Lugar:	San Cristobal.
Hora:	8:00	Tema:	Pausa activa - Orden y Aseo.
Responsable:	Stefany Conde	Cargo:	Residente HSE.

Charla Diaria	Entrenamiento	Inducción	Capacitación	Otro
[X]	[ ]	[ ]	[ ]	[X]

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
	Cesar Labastida	Oficial		Obra W
	Ivan Camargo			
	Juan Sebastian Cur	Ayudante		Obra W
	Hector Fabio Izquierdo	Oficial		Obra W
	Richar Izquierdo	Oficial		
	Kelvin Bastidas	Ayudante		
	Jaison Aguña	Ayudante		Obra W
	Juancarlos M.P.	ayudante		

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W

REGISTRO DE ASISTENCIA

CÓDIGO: FOR-HSE-76
VERSION 1
FECHA APROBACION 01/08/2019

Fecha: 24 - febrero 2024
Hora: 8:00
Responsable: Stefany Gamboa.
Lugar: Estacion policia Sandatobal
Tema: Pausa activa - Reglas de oro
Cargo: Residente HSE

Charla Diaria [X] Entrenamiento [ ] Inducción [ ] Capacitación [ ] Otro [X]

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
	César Abastidas	Oficial		
	Jaider Cabarcas	Ayudante		
	Hector Pablo Aguado	Oficial		
	Pricha A Esquive	Oficial		
	Jaison Acuña	Ayudante		

CONSORCIO OBRAS W

REGISTRO DE ASISTENCIA

CÓDIGO: FOR-HSE-76
VERSION 1
FECHA APROBACION 01/08/2019

Fecha: 26 febrero 2024
Hora: 8:30
Responsable: Stefany
Charla Diaria [X] Entrenamiento [ ]

Lugar: Estación Policía San Cristobal
Tema: Uso adecuado Desfibrilador — Pausa activa
Cargo: Residente HSE
Inducción [ ] Capacitación [ ] Otro [X]

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
	Fredy A Iguaque	oficial		
	Hector Iguaque	oficial		
	Jhon Sebastian Cruz	Ayudante		
	Jaider Bolivar	Ayudante		
	Rodriguez	ayudante		
	Jaison Acuña	Ayudante		
	Deiber Beltran A	oficial		
	Jorge Rincon			
	Kevin Bastidas	Ayud II		

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W

REGISTRO DE ASISTENCIA

CÓDIGO: FOR-HSE-76
VERSION 1
FECHA APROBACION 01/08/2019

Fecha:	27 Febrero 2024	Lugar:	Estación Policía San Cristobal
Hora:	8:30	Tema:	Pausa activa - Cuidado Personal
Responsable:	Stefany Gonzalez	Cargo:	Residente HSE.

Charla Diaria ☒ Entrenamiento ☐ Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro ☒

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
	Cesar Labastidas	Oficial		Obras W
	Hector Fabian Figueroa	oficial		Obra W
	Richar A. Toquica	Oficial		obras W
	Jaison Acuña	Ayudante		obras w
	Kevin Bonilla	Ayudante		

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W

REGISTRO DE ASISTENCIA

CÓDIGO: FOR-HSE-76
VERSION 1
FECHA APROBACION 01/08/2019

Fecha:	28 febrero 2024	Lugar:	Estación Policía Sitka
Hora:	8:30	Tema:	Pausa Activa - Cuidado y ahorro agua.
Responsable:	Stefany Gomez.	Cargo:	Residente HSE.

Charla Diaria ☒ Entrenamiento ☐ Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro ☒

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
	Hector Tigreros	oficial		obra w
	César Labastidas	Oficial		obra w
	Richar Arguello	oficial		
	Kevin Bastidas	Ayudante		
	Jhon Sebastian Cruz	Ayudante		obra w
	Jaison Acuño	Ayudante		obra w
	Jancarlos	ayudante	Jancarlos	

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W

REGISTRO DE ASISTENCIA

CÓDIGO: FOR-HSE-76
VERSION 1
FECHA APROBACION 01/08/2019

Fecha:	29 febrero 2024.	Lugar:	San Cristobal.
Hora:	7:00	Tema:	Pausa activa - Quererme - respetarme.
Responsable:	Stefany Gonzalez	Cargo:	Residente HSE.

Charla Diaria [X] Entrenamiento [ ] Inducción [ ] Capacitación [ ] Otro [X]

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
	Cesar Labarcas	Oficial.		
	Juan Camargo.	Ayudante		
	Hector Figuelue	Oficial		
	Kevin Bonilla	Ayudante		
	Jaison Pacuñ	Ayudante		
	Jhon Sebastian Ort	Ayudante		CIVOR

ANEXO 5. SOPORTE INSPECCIONES PREOPERACIONALES

Consorcio Obras W	INSPECCION PREOPERACIONAL HERRAMIENTAS MANUALES	CODIGO: HSE-FOR-24
		VERSION: 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

OBJETO	Verificar si las herramientas a utilizar se encuentran en optimas condiciones de seguridad para su uso		
N° CONTRATO	1805 - 2023		
ENTIDAD CONTRATANTE	SOJ.	NIT	
EMPRESA CONTRATISTA	Consorcio Obras W.	NIT	

HERRAMIENTAS N° OPERADOR Electricista.

MES Febrero TAMAÑO: G P

	ITEM	CONCEPTO	Semana 1		Semana 2		3.		4	
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
ESTADO GENERAL		Se utilizan las herramientas diseñadas especialmente para la tarea?			✓					
		Las herramientas utilizadas están en perfectas condiciones (aptas para utilización y funcionamiento)?			✓					
		Se utiliza la herramienta de forma adecuada?			✓					
		Las herramientas son tan livianas como para no forzar el brazo y el hombro			✓					
		Herramientas dañadas, con defectos o gastadas son removidas del servicio hasta que sean reparadas			✓					
		Los trabajadores solo usan herramientas con las cuales tienen experiencia o han sido entrenados			✓					
		Las tareas son variadas para evitar que la misma herramienta no sea usada todo el día cansando la mano			✓					
		Los trabajadores que usan herramientas siempre usan lentes de seguridad para los ojos o cara			✓					
		Las herramientas son guardadas en bolsas de herramientas u otros recipientes apropiados cuando no están en uso. Herramientas con filo o puntiagudas son			✓					
		Las herramientas no se dejan en las escaleras, andamios o áreas de a trabajo arriba de la cabeza.			✓					
		Los magos de las herramientas se encuentran en buen estado			✓					
		Cuando el trabajo con herramientas envuelve posibles riesgos de cortaduras, quemaduras, peligros físicos o químicos, los trabajadores usan protección para las manos			✓					
FIRMA		FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)								
		FIRMA INSPECTOR HSEQ			Stefany					
		COPASST								
		FIRMA ASESORA HSEQ								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	INSPECCION PREOPERACIONAL HERRAMIENTAS MANUALES	CODIGO: HSE-FOR-24
		VERSION: 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

OBJETO	Verificar si se encuentra en optimas condiciones de seguridad para que no ocurra AT		
N° CONTRATO	1805 - 2023 .		
ENTIDAD CONTRATANTE	SCJ	NIT	
EMPRESA CONTRATISTA	Consorcio Obras W.	NIT	

HERRAMIENTAS N° OPERADOR Maestro

MES Febrero. TAMAÑO: G P

ITEM	CONCEPTO	Semana 1		Semana 2		Semana 3.		Semana 4	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
ESTADO GENERAL	Se utilizan las herramientas diseñadas especialmente para la tarea?	✓		✓					
	Las herramientas utilizadas están en perfectas condiciones (aptas para utilización y funcionamiento)?	✓		✓					
	Se utiliza la herramienta de forma adecuada?	✓		✓					
	Las herramientas son tan livianas como para no forzar el brazo y el hombro	✓		✓					
	Herramientas dañadas, con defectos o gastadas son removidas del servicio hasta que sean reparadas	✓		✓					
	Los trabajadores solo usan herramientas con las cuales tienen experiencia o han sido entrenados	✓		✓					
	Las tareas son variadas para evitar que la misma herramienta no sea usada todo el día cansando la mano	✓		✓					
	Los trabajadores que usan herramientas siempre usan lentes de seguridad para los ojos o cara	✓		✓					
	Las herramientas son guardadas en bolsas de herramientas u otros recipientes apropiados cuando no están en uso. Herramientas con filo o puntiagudas son	✓		✓					
	Las herramientas no se dejan en las escaleras, andamios o áreas de a trabajo arriba de la cabeza.	✓		✓					
	Los magos de las herramientas se encuentran en buen estado	✓		✓					
	Cuando el trabajo con herramientas envuelve posibles riesgos de cortaduras, quemaduras, peligros físicos o químicos, los trabajadores usan protección para las manos	✓		✓					
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)								
	FIRMA INSPECTOR HSEQ	Stefany		Stefany					
	COPASST								
	FIRMA ASESORA HSEQ								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	INSPECCION PREOPERACIONAL HERRAMIENTAS MANUALES	CODIGO: HSE-FOR-24
		VERSION: 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

OBJETO	Verificar si se encuentra en optimas condiciones de seguridad para que no ocurra AT		
N° CONTRATO	1805 - 2023 .		
ENTIDAD CONTRATANTE	SCJ	NIT	
EMPRESA CONTRATISTA	Consorcio Obras W.	NIT	

HERRAMIENTAS N° OPERADOR Maestro

MES Febrero. TAMAÑO: G P

ITEM	CONCEPTO	Semana 1		Semana 2		Semana 3.		Semana 4	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
ESTADO GENERAL	Se utilizan las herramientas diseñadas especialmente para la tarea?	✓		✓					
	Las herramientas utilizadas están en perfectas condiciones (aptas para utilización y funcionamiento)?	✓		✓					
	Se utiliza la herramienta de forma adecuada?	✓		✓					
	Las herramientas son tan livianas como para no forzar el brazo y el hombro	✓		✓					
	Herramientas dañadas, con defectos o gastadas son removidas del servicio hasta que sean reparadas	✓		✓					
	Los trabajadores solo usan herramientas con las cuales tienen experiencia o han sido entrenados	✓		✓					
	Las tareas son variadas para evitar que la misma herramienta no sea usada todo el día cansando la mano	✓		✓					
	Los trabajadores que usan herramientas siempre usan lentes de seguridad para los ojos o cara	✓		✓					
	Las herramientas son guardadas en bolsas de herramientas u otros recipientes apropiados cuando no están en uso. Herramientas con filo o puntiagudas son	✓		✓					
	Las herramientas no se dejan en las escaleras, andamios o áreas de a trabajo arriba de la cabeza.	✓		✓					
	Los magos de las herramientas se encuentran en buen estado	✓		✓					
	Cuando el trabajo con herramientas envuelve posibles riesgos de cortaduras, quemaduras, peligros físicos o químicos, los trabajadores usan protección para las manos	✓		✓					
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)								
	FIRMA INSPECTOR HSEQ	Stefany		Stefany					
	COPASST								
	FIRMA ASESORA HSEQ								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	INSPECCION PREOPERACIONAL HERRAMIENTAS MANUALES	CODIGO: HSE-FOR-24
		VERSION: 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

OBJETO	Verificar si se encuentra en optimas condiciones de seguridad para que no ocurra AT		
N° CONTRATO	1805 - 2023 .		
ENTIDAD CONTRATANTE	SCJ	NIT	
EMPRESA CONTRATISTA	Consorcio Obras W.	NIT	

HERRAMIENTAS N° OPERADOR Maestro

MES Febrero. TAMAÑO: G P

ITEM	CONCEPTO	Semana 1		Semana 2		Semana 3.		Semana 4	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
ESTADO GENERAL	Se utilizan las herramientas diseñadas especialmente para la tarea?	✓		✓					
	Las herramientas utilizadas están en perfectas condiciones (aptas para utilización y funcionamiento)?	✓		✓					
	Se utiliza la herramienta de forma adecuada?	✓		✓					
	Las herramientas son tan livianas como para no forzar el brazo y el hombro	✓		✓					
	Herramientas dañadas, con defectos o gastadas son removidas del servicio hasta que sean reparadas	✓		✓					
	Los trabajadores solo usan herramientas con las cuales tienen experiencia o han sido entrenados	✓		✓					
	Las tareas son variadas para evitar que la misma herramienta no sea usada todo el día cansando la mano	✓		✓					
	Los trabajadores que usan herramientas siempre usan lentes de seguridad para los ojos o cara	✓		✓					
	Las herramientas son guardadas en bolsas de herramientas u otros recipientes apropiados cuando no están en uso. Herramientas con filo o puntiagudas son	✓		✓					
	Las herramientas no se dejan en las escaleras, andamios o áreas de a trabajo arriba de la cabeza.	✓		✓					
	Los magos de las herramientas se encuentran en buen estado	✓		✓					
	Cuando el trabajo con herramientas envuelve posibles riesgos de cortaduras, quemaduras, peligros físicos o químicos, los trabajadores usan protección para las manos	✓		✓					
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)								
	FIRMA INSPECTOR HSEQ	Stefany		Stefany					
	COPASST								
	FIRMA ASESORA HSEQ								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	INSPECCION PREOPERACIONAL HERRAMIENTAS MANUALES	CODIGO: HSE-FOR-24
		VERSION: 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

OBJETO	Verificar si se encuentra en optimas condiciones para su uso y evitar AT		
N° CONTRATO	1805-2023		
ENTIDAD CONTRATANTE	SCJ	NIT	
EMPRESA CONTRATISTA	Consorcio Obras W	NIT	

HERRAMIENTAS N° OPERADOR Maestro.

MES Febrero. TAMAÑO: G P

ITEM	CONCEPTO	Semana 1		Semana 2		Semana 3.		Semana 4	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
ESTADO GENERAL	Se utilizan las herramientas diseñadas especialmente para la tarea?	✓		✓		✓		✓	
	Las herramientas utilizadas están en perfectas condiciones (aptas para utilización y funcionamiento)?	✓		✓		✓		✓	
	Se utiliza la herramienta de forma adecuada?	✓		✓		✓		✓	
	Las herramientas son tan livianas como para no forzar el brazo y el hombro	✓		✓		✓		✓	
	Herramientas dañadas, con defectos o gastadas son removidas del servicio hasta que sean reparadas	✓		✓		✓		✓	
	Los trabajadores solo usan herramientas con las cuales tienen experiencia o han sido entrenados	✓		✓		✓		✓	
	Las tareas son variadas para evitar que la misma herramienta no sea usada todo el día cansando la mano	✓		✓		✓		✓	
	Los trabajadores que usan herramientas siempre usan lentes de seguridad para los ojos o cara	✓		✓		✓		✓	
	Las herramientas son guardadas en bolsas de herramientas u otros recipientes apropiados cuando no están en uso. Herramientas con filo o puntiagudas son	✓		✓		✓		✓	
	Las herramientas no se dejan en las escaleras, andamios o áreas de a trabajo arriba de la cabeza.	✓		✓		✓		✓	
	Los magos de las herramientas se encuentran en buen estado	✓		✓		✓		✓	
	Cuando el trabajo con herramientas envuelve posibles riesgos de cortaduras, quemaduras, peligros físicos o químicos, los trabajadores usan protección para las manos	✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)								
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	COPASST								
	FIRMA ASESORA HSEQ								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	INSPECCION PREOPERACIONAL HERRAMIENTAS MANUALES	CODIGO: HSE-FOR-24
		VERSION: 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

OBJETO	Verificar si se encuentra en optimas condiciones para su uso y evitar AT.		
N° CONTRATO	1805-2023		
ENTIDAD CONTRATANTE	SCJ	NIT	
EMPRESA CONTRATISTA	Consorcio obras w.	NIT	

HERRAMIENTAS N° OPERADOR Instalador techo

MES Febrero TAMAÑO: G P

ITEM	CONCEPTO	Semana 1		Semana 2		Semana 3.		Semana 4	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
ESTADO GENERAL	Se utilizan las herramientas diseñadas especialmente para la tarea?					✓		✓	
	Las herramientas utilizadas están en perfectas condiciones (aptas para utilización y funcionamiento)?					✓		✓	
	Se utiliza la herramienta de forma adecuada?					✓		✓	
	Las herramientas son tan livianas como para no forzar el brazo y el hombro					✓		✓	
	Herramientas dañadas, con defectos o gastadas son removidas del servicio hasta que sean reparadas					✓		✓	
	Los trabajadores solo usan herramientas con las cuales tienen experiencia o han sido entrenados					✓		✓	
	Las tareas son variadas para evitar que la misma herramienta no sea usada todo el día cansando la mano					✓		✓	
	Los trabajadores que usan herramientas siempre usan lentes de seguridad para los ojos o cara					✓		✓	
	Las herramientas son guardadas en bolsas de herramientas u otros recipientes apropiados cuando no están en uso. Herramientas con filo o puntiagudas son					✓		✓	
	Las herramientas no se dejan en las escaleras, andamios o áreas de a trabajo arriba de la cabeza.					✓		✓	
	Los magos de las herramientas se encuentran en buen estado					✓		✓	
	Cuando el trabajo con herramientas envuelve posibles riesgos de cortaduras, quemaduras, peligros físicos o químicos, los trabajadores usan protección para las manos					✓		✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)								
	FIRMA INSPECTOR HSEQ					Stefany		Stefany	
	COPASST								
	FIRMA ASESORA HSEQ								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	INSPECCION PREOPERACIONAL HERRAMIENTAS MANUALES	CODIGO: HSE-FOR-24
		VERSION: 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

OBJETO	Verificar si se encuentra en optimas condiciones para su uso y evitar AT		
N° CONTRATO	18-05 2023.		
ENTIDAD CONTRATANTE	SCJ	NIT	
EMPRESA CONTRATISTA	Consorcio Obras W.	NIT	

HERRAMIENTAS N° OPERADOR Maestro

MES Febrero TAMAÑO: G P

ITEM	CONCEPTO	Semana 1		Semana 2		Semana 3.		Semana 4	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
ESTADO GENERAL	Se utilizan las herramientas diseñadas especialmente para la tarea?	✓		✓				✓	
	Las herramientas utilizadas están en perfectas condiciones (aptas para utilización y funcionamiento)?	✓		✓				✓	
	Se utiliza la herramienta de forma adecuada?	✓		✓				✓	
	Las herramientas son tan livianas como para no forzar el brazo y el hombro	✓		✓				✓	
	Herramientas dañadas, con defectos o gastadas son removidas del servicio hasta que sean reparadas	✓		✓				✓	
	Los trabajadores solo usan herramientas con las cuales tienen experiencia o han sido entrenados	✓		✓				✓	
	Las tareas son variadas para evitar que la misma herramienta no sea usada todo el día cansando la mano	✓		✓				✓	
	Los trabajadores que usan herramientas siempre usan lentes de seguridad para los ojos o cara	✓		✓				✓	
	Las herramientas son guardadas en bolsas de herramientas u otros recipientes apropiados cuando no están en uso. Herramientas con filo o puntiagudas son	✓		✓				✓	
	Las herramientas no se dejan en las escaleras, andamios o áreas de a trabajo arriba de la cabeza.	✓		✓				✓	
	Los magos de las herramientas se encuentran en buen estado	✓		✓				✓	
	Cuando el trabajo con herramientas envuelve posibles riesgos de cortaduras, quemaduras, peligros físicos o químicos, los trabajadores usan protección para las manos	✓		✓				✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)	[signature]		[signature]				Welson	
	FIRMA INSPECTOR HSEQ	Stefany		Stefany				Stefany	
	COPASST								
	FIRMA ASESORA HSEQ								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.

Powered by CamScanner

Consorcio Obras W	INSPECCION PREOPERACIONAL ESCALERA TIPO TIJERA	CÓDIGO HSE-FOR-22
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

OBJETO:	Verificar si se encuentra en optimas condiciones de seguridad para su uso y evitar AT.		
N° CONTRATO:	1805-2023		
ENTIDAD CONTRATANTE	SCJ	NIT	
EMPRESA CONTRATISTA	Consorcio Obras W.	NIT	

ESCALERA N° OPERADOR Tejero

MES Instalador PVC TAMAÑO: G [ ] P [X]

	ITEM	CONCEPTO	Semana 1		Semana 2		3.		4	
			B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL		Largueros (en buen estado)			✓	✓				
		Peldaños (antideslizantes, no torcidos y en buen estado)			✓	✓				
		Unión de peldaños y largueros			✓	✓				
		Zapatas antideslizantes			✓	✓				
		Piezas de ajuste (tornillos, pernos, otros)			✓	✓				
		Aseo de escalera (libre de sustancias deslizantes)			✓					
		Identificación legible en la escalera			✓					
		Cuenta con señalización de seguridad en peldaño			✓					
		Cuenta con la bandeja			✓	✓				
		Brazos de unión anti-apertura.			✓	✓				
FIRMA		FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)								
		FIRMA INSPECTOR HSEQ			Stefany					
		COPASST								
		FIRMA ASESORA HSEQ								

Observaciones:

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	INSPECCION PREOPERACIONAL ESCALERA TIPO TIJERA	CÓDIGO HSE-FOR-22
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

OBJETO:	Verificar si se encuentra en optimas condiciones de seguridad para que no ocurra AT		
N° CONTRATO:	1805-2023.		
ENTIDAD CONTRATANTE	SCJ.	NIT	
EMPRESA CONTRATISTA	Consorcio Obras W.	NIT	

ESCALERA N° OPERADOR Instalador PYC.

MES Febrero. TAMAÑO: G [X] P [ ]

ITEM	CONCEPTO	Semana 1		Semana 2		Semana 3.		Semana 4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	Largueros (en buen estado)	✓		✓					
	Peldaños (antideslizantes, no torcidos y en buen estado)	✓		✓					
	Unión de peldaños y largueros	✓		✓					
	Zapatas antideslizantes	✓		✓					
	Piezas de ajuste (tornillos, pernos, otros)	✓		✓					
	Aseo de escalera (libre de sustancias deslizantes)	✓		✓					
	Identificación legible en la escalera	✓		✓					
	Cuenta con señalización de seguridad en peldaño	✓		✓					
	Cuenta con la bandeja	✓	✓		✓				
	Brazos de unión anti-apertura.	✓		✓					
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)								
	FIRMA INSPECTOR HSEQ	Stefany		Stefany					
	COPASST								
	FIRMA ASESORA HSEQ								

Observaciones:

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	INSPECCION PREOPERACIONAL ESCALERA TIPO TIJERA	CÓDIGO HSE-FOR-22
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

OBJETO:	Verificar si se encuentra en optimas condiciones de seguridad para que no ocurra AT		
N° CONTRATO:	1805-2023.		
ENTIDAD CONTRATANTE	SCJ.	NIT	
EMPRESA CONTRATISTA	Consorcio Obras W.	NIT	

ESCALERA N° OPERADOR Instalador PYC.

MES Febrero. TAMAÑO: G [X] P [ ]

ITEM	CONCEPTO	Semana 1		Semana 2		Semana 3.		Semana 4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	Largueros (en buen estado)	✓		✓					
	Peldaños (antideslizantes, no torcidos y en buen estado)	✓		✓					
	Unión de peldaños y largueros	✓		✓					
	Zapatas antideslizantes	✓		✓					
	Piezas de ajuste (tornillos, pernos, otros)	✓		✓					
	Aseo de escalera (libre de sustancias deslizantes)	✓		✓					
	Identificación legible en la escalera	✓		✓					
	Cuenta con señalización de seguridad en peldaño	✓		✓					
	Cuenta con la bandeja	✓	✓		✓				
	Brazos de unión anti-apertura.	✓		✓					
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)								
	FIRMA INSPECTOR HSEQ	Stefany		Stefany					
	COPASST								
	FIRMA ASESORA HSEQ								

Observaciones:

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	INSPECCION PREOPERACIONAL ESCALERA TIPO TIJERA	CÓDIGO HSE-FOR-22
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

OBJETO:	Verificar si se encuentra en optimas condiciones de Seguridad para su uso y evitar AT		
N° CONTRATO:	1805 - 2023		
ENTIDAD CONTRATANTE	SOJ	NIT	
EMPRESA CONTRATISTA	Consorcio Obras W	NIT	

ESCALERA N°

MES Febrero OPERADOR Instalador Techo PVC

TAMAÑO: G [ ] P [X]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3.		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	Largueros (en buen estado)					✓		✓	
	Peldaños (antideslizantes, no torcidos y en buen estado)					✓		✓	
	Unión de peldaños y largueros					✓		✓	
	Zapatas antideslizantes					✓		✓	
	Piezas de ajuste (tornillos, pernos, otros)					✓		✓	
	Aseo de escalera (libre de sustancias deslizantes)					✓		✓	
	Identificación legible en la escalera					✓		✓	
	Cuenta con señalización de seguridad en peldaño						✓		✓
	Cuenta con la bandeja						✓		✓
	Brazos de unión anti-apertura.					✓		✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)								
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	COPASST								
	FIRMA ASESORA HSEQ								

Observaciones:

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.

Powered by CamScanner

Consorcio Obras W	INSPECCION PREOPERACIONAL ESCALERA TIPO TIJERA	CÓDIGO HSE-FOR-22
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

OBJETO:	Verificar si se encuentra en optimas condiciones de seguridad para su uso y evitar AT.		
N° CONTRATO:	1805-2023		
ENTIDAD CONTRATANTE	SCJ.	**NIT**	
EMPRESA CONTRATISTA	Consorcio Obras W.	**NIT**	

ESCALERA N° **OPERADOR** Febero.

MES Instalador Prc **TAMAÑO:** G ☐ P ☒

ITEM	CONCEPTO	Semana 1		Semana 2		3.		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	Largueros (en buen estado)			✓	✓				
	Peldaños (antideslizantes, no torcidos y en buen estado)			✓	✓				
	Unión de peldaños y largueros			✓	✓				
	Zapatas antideslizantes			✓	✓				
	Piezas de ajuste (tornillos, pernos, otros)			✓	✓				
	Aseo de escalera (libre de sustancias deslizantes)			✓	✓				
	Identificación legible en la escalera			✓	✓				
	Cuenta con señalización de seguridad en peldaño			✓	✓				
	Cuenta con la bandeja			✓	✓				
	Brazos de unión anti-apertura.			✓	✓				
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)								
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	COPASST								
	FIRMA ASESORA HSEQ								

Observaciones:

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	INSPECCION PREOPERACIONAL ANDAMIO ESTRUCTURAL	CODIGO: HSE-FOR-113-24
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

OBJETO:	Verificar si se encuentra en optimas condiciones para su uso y evitar AT.
N° CONTRATO	1805 - 2023.
ENTIDAD CONTRATANTE	EGJ.
EMPRESA CONTRATISTA	Consorcio Obras W.

	ASPECTO EVALUADO (USO)	ESTADO			OBSERVACIONES
		C	NC	N/A	
1	El andamio es metálico y tubular	✓			Utilizar andamio tubular
2	Los componentes están libres de oxidaciones graves que puedan mermar su resistencia	✓			1 sección despues de 2mts no es permitido.
3	Las bases se encuentran niveladas, duras y rígidas	✓			
4	El andamio es armado por una persona competente con certificación vigente	✓			
5	La estructura es adecuadamente armada y asegurada (los seguros son de fábrica y no improvisados)	✓			
6	El andamio está sujeto a una estructura estable (aplicable para andamios de 3 cuerpos a más)	✓			
7	Los componentes son compatibles y se encuentran certificados	✓			
8	Las plataformas son resistentes, antideslizantes y están en buen estado (No lisas, ni rotas)	✓			
9	Las plataforma están aseguradas y sin separaciones (no se deslizan)	✓			
10	El andamio es armado lejos de líneas eléctricas	✓			
11	Cuenta con baranda superior	✓			
12	Cuenta con baranda intermedia	✓			
13	Cuenta con rodapiés			✓	
14	La zona donde se realiza el armado se encuentra señalizada	✓			
15	El andamio se encuentra calzado, nivelado y anclado correctamente en el suelo	✓			
16	La plataforma se encuentra en buenas condiciones de orden y aseo sin arrumes, ni acumulación de materiales y desperdicios	✓			

FIRMA		
	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE	
	FIRMA INSPECTOR HSEQ	Stefany G.
	COPASST	
	FIRMA ASESOR HSEQ	

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	INSPECCION PREOPERACIONAL ANDAMIO ESTRUCTURAL	CODIGO: HSE-FOR-113-24
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

OBJETO:	Verificar que se cuente con optimas condiciones de seguridad para su ut. y optar AT.
N° CONTRATO	1805-2023
ENTIDAD CONTRATANTE	SGJ
EMPRESA CONTRATISTA	Consorcio obras W

	ASPECTO EVALUADO (USO)	ESTADO C	ESTADO NC	ESTADO N/A	OBSERVACIONES
1	El andamio es metálico y tubular	✓			Tubular
2	Los componentes están libres de oxidaciones graves que puedan mermar su resistencia	✓			Utilizar andamio
3	Las bases se encuentran niveladas, duras y rígidas	✓			tubular 1 sección
4	El andamio es armado por una persona competente con certificación vigente	✓			mas de dos se
5	La estructura es adecuadamente armada y asegurada (los seguros son de fábrica y no improvisados)	✓			requiere andamio.
6	El andamio está sujeto a una estructura estable (aplicable para andamios de 3 cuerpos a más)			✓	Certificado.
7	Los componentes son compatibles y se encuentran certificados				
8	Las plataformas son resistentes, antideslizantes y están en buen estado (No lisas, ni rotas)	✓			
9	Las plataforma están aseguradas y sin separaciones (no se deslizan)	✓			
10	El andamio es armado lejos de líneas eléctricas	✓			
11	Cuenta con baranda superior	✓			
12	Cuenta con baranda intermedia	✓			
13	Cuenta con rodapiés			✓	
14	La zona donde se realiza el armado se encuentra señalizada	✓			
15	El andamio se encuentra calzado, nivelado y anclado correctamente en el suelo	✓			
16	La plataforma se encuentra en buenas condiciones de orden y aseo sin arrumes, ni acumulación de materiales y desperdicios	✓			

FIRMA	
FIRMA OPERADOR (AYUDANTE	
FIRMA INSPECTOR HSEQ	Stefany G
COPASST	
FIRMA ASESOR HSEQ	

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO

Powered by CamScanner

ANEXO 6. SOPORTE INDICADORES DE ACCIDENTALIDAD

CONSORCIO OBRAS W	ACCIDENTALIDAD	CÓDIGO: HSE-FOR-65
		VERIÓN: 1
		FECHA DE APROBACIÓN: 08/01/2019

FECHA 03 de Febrero al 04 de Marzo del 2024

UBICACIÓN: SECRETARIA DE JUSTICIA

OBSERVACIÓN: En el mes del 03 de Febrero al 04 de Marzo del 2024 no se presentaron accidentes laborales.

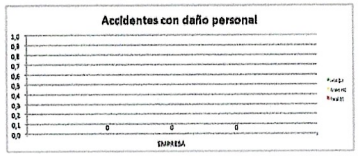
	EMPRESA	IDENTIFICACIÓN	Accidentes personales según gravedad				Nº de accidentes personales	Lista de accidentes con daños personales a colaboradores directos	Nº de accidentes con daño material	Lista de accidentes con daño material	Nº de accidentes con daño ambiental	Lista de accidentes con daño ambiental	Accidentes a terceros según gravedad				Nº de accidentes a terceros	Lista de accidentes con daños personales a terceros	Días perdidos totales en el mes	Horas hombre trabajadas	Monto gastado o perdido por accidentes	Indices norma colombiana			Indices norma colombiana	
			Leve	Grave (G)	Fatal (F)	Total (G+F)							Leve	Grave (G)	Fatal (F)	Total (G+F)						Indice de Frecuencia	Indice de Severidad	Indice de Accidentabilidad	Indice de Accidentabilidad	Indice de Severidad
1	CONSORCIO OBRAS W	901.759.083-8	0	0	0	0	0		0		0		0	0	0	0	0	Ninguno	0	0	$/ 0.00	0	0	0	0.0	0.0
2			0	0	0	0	0		0		0		0	0	0	0	0	Ninguno	0	0	$/ 0.00	0	0	0	0.0	0.0
3			0	0	0	0	0																			

Consolidado Mensual	EMPRESA	Nº de colaboradores	Tipo de accidentes				Total de accidentes personales
			Leve (L)	Grave (G)	Fatal (F)	Total (G+F)	
EMPRESA	CONSORCIO OBRAS W	68	0	0	0	0	0
Total		68	0	0	0	0	0

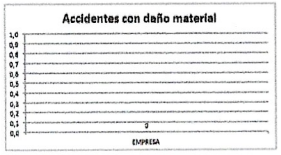
Total de accidentes con daño material
0
0

Nº de accidentes con daño ambiental	Total de accidentes con daño ambiental	Tipo de accidentes				Total de accidentes a terceros
		Leve (L)	Grave (G)	Fatal (F)	Total (G+F)	
0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0

Total de días perdidos	Total de horas hombre trabajadas	Monto gastado o perdido por accidentes	Norma colombiana			Norma colombiana	
			Indice de Frecuencia	Indice de Severidad	Indice de Accidentabilidad	Indice de Accidentabilidad	Indice de Severidad
0	0	$/ 0,00	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
0	0	0	0	0	0	0.0	0.0





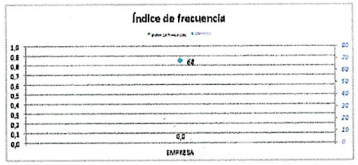






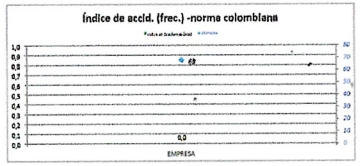


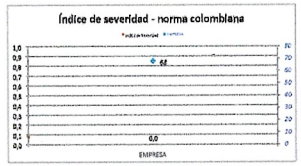












Fecha Elaboro:	Revise y Aprobo:	VoBo:
Stefany Katerin Gonzalez Orjuela	Karen Lisseth Salamanca Rojas	Wilver Francisy Russy Ladino
1.000.005.655	1.057.588.784	80.212.389
Residente HSEQ	Directora HSEQ	Gerente General

ANEXO 7. SOPORTE ENTREGA DE EPP

CONSORCIO OBRAS W	ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-02
		VERSION 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art. 91 decreto 1072 de 2015.
Se entrega la dotación del año 2017 de la siguiente manera: discriminar: pantalones __, camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibira Botas de seguridad que seran contempladas como **EPP**.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Carlos Losada	CARGO:	Manb

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Guantes	carlos losada	1	Febrero 2024	
2	Gafas	Carlos losada	1		
3	Buso	carlos losada	1		
4					
5					
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la CONSORCIO OBRAS W

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR:	CEDULA:

RESPONSABLE

NOMBRE	Stefany Gonzalez	CEDULA No.	1000005655
CARGO	Residente hse	FIRMA	Stefany G

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-02
		VERSION 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art. 91 decreto 1072 de 2015.
Se entrega la dotación del año 2017 de la siguiente manera: discriminar: pantalones __, camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibira Botas de seguridad que seran contempladas como **EPP**.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Cesar · Labastidas	CARGO:	Oficial

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Buso		1	febrero 2024.	
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la CONSORCIO OBRAS W

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR:	CEDULA:

RESPONSABLE

NOMBRE	Stefany Gonzalez	CEDULA No.	1000005655
CARGO	Residente Hse	FIRMA	Stefany Gp

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-02
		VERSION 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art. 91 decreto 1072 de 2015.
Se entrega la dotación del año 2017 de la siguiente manera: discriminar: pantalones __, camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibira Botas de seguridad que seran contempladas como EPP.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Cesar Labastidas	CARGO: Oficial.

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Guantes		1		
2	Tapabocas.		1	2024	
3	Gafas		1	Febrero	
4	Tapaoidos.		1		
5					
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la CONSORCIO OBRAS W

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR:		CEDULA: 98 98371

RESPONSABLE

NOMBRE	Stefany Gonzalez	CEDULA No.	1000003655.
CARGO	Residente Hse.	FIRMA	Stefany G

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-02
		VERSION 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art 230 CST modificado art 7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art. 91 decreto 1072 de 2015.
Se entrega la dotación del año 2017 de la siguiente manera: discriminar: pantalones __, camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibira Botas de seguridad que seran contempladas como EPP.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	FELIX ALFONSO MIRANDA	CARGO: OFICIAL

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Buso	-	1	Febrero 2024	
2	Guantes	FELIX ALFONSO	1.		
3					
4					
5					
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la CONSORCIO OBRAS W

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR: FELIX M.	CEDULA: 1063604973

RESPONSABLE

NOMBRE	FELIX ALFONSO MIRANDA	CEDULA No.	
CARGO	OFICIAL	FIRMA	

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-02
		VERSION 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art. 91 decreto 1072 de 2015.
Se entrega la dotación del año 2017 de la siguiente manera: discriminar: pantalones __, camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibira Botas de seguridad que seran contempladas como EPP.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Hector Tiguaque.	CARGO:

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Guantes Caucho.		1		
2	Buso		1	2024	
3	Guantes.		1		
4	Tapabocas		1	Febrero	
5	Gafas.		1.		
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la CONSORCIO OBRAS W

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR:	CEDULA:

RESPONSABLE

NOMBRE	Stefany Gonzalez	CEDULA No.	1000000055
CARGO	Residente Hse	FIRMA	Stefany G

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-02 VERSION 1 FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art 230 CST modificado art 7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1 979 y art. 91 decreto 1072 de 2015
Se entrega la dotación del año 2017 de la siguiente manera. discriminar. pantalones __, camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibira Botas de seguridad que seran contempladas como EPP.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Juan Camargo.	CARGO:	Oficial

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Guantes	- IVAN	1	Febrero 2024	
2	Tapabocas.	- IVAN	1		
3	Gafas	- IVAN	1		
4					
5					
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la CONSORCIO OBRAS W

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR:	IVAN	CEDULA:	1073705623

RESPONSABLE

NOMBRE	Stefany Gonzalez	CEDULA No.	1000005655
CARGO	Residente HSE	FIRMA	Stefany G

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-02
		VERSION 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art. 91 decreto 1072 de 2015.
Se entrega la dotación del año 2017 de la siguiente manera: discriminar: pantalones __, camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibira Botas de seguridad que seran contempladas como **EPP**.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Jaison Acuña.	CARGO:	Ayudante.

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Guantes		1	Febrero 2024	
2	Gafas		1		
3	Tapabocas		1		
4					
5					
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la CONSORCIO OBRAS W

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR:	CEDULA:

RESPONSABLE

NOMBRE	Stefany Gonzalez	CEDULA No.	1000005655
CARGO	Residente Hse	FIRMA	Stefany G

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-02 VERSION 1 FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art 230 CST modificado art 7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 35 ley 9 de 1 979 y art 91 decreto 1072 de 2015
Se entrega la dotación del año 2017 de la siguiente manera: discriminar pantalones __, camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibira Botas de seguridad que seran contempladas como EPP

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Jhon Alexander perez	CARGO: ayudante

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Buso		1.	15/2	
2	Casco		1.	febrero	
3					
4					
5					
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la CONSORCIO OBRAS W

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR:	CEDULA:

RESPONSABLE

NOMBRE	Stefany Gonalez	CEDULA No.	1005665655
CARGO	Residente hse.	FIRMA	Stefany G

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-02
		VERSION 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art. 91 decreto 1072 de 2015.
Se entrega la dotación del año 2017 de la siguiente manera: discriminar: pantalones __, camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibira Botas de seguridad que seran contempladas como EPP.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Jhon Sebastian	CARGO:	Ayudante.

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Tapaoidos		1		
2	Guantes		1	2024	
3	Tapabocas.		1	febrero	
4	Gafas.		1		
5					
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la CONSORCIO OBRAS W

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR:	CR02	CEDULA:	1000 795 953

RESPONSABLE

NOMBRE	Stefany Gonzalez	CEDULA No.	1000055553.
CARGO	Residente Hse.	FIRMA	StefanyG

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-02
		VERSION 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art. 91 decreto 1072 de 2015.
Se entrega la dotación del año 2017 de la siguiente manera: discriminar: pantalones __, camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibira Botas de seguridad que seran contempladas como EPP.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Johan Dayane.	CARGO:

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Buso		1	febrero 2024	
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la CONSORCIO OBRAS W

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR:	CEDULA:

RESPONSABLE

NOMBRE	Stefany Gomez	CEDULA No.	1000005555
CARGO	Residente Hse	FIRMA	Stefany G

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-02
		VERSION 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art. 91 decreto 1072 de 2015.
Se entrega la dotación del año 2017 de la siguiente manera discriminar: pantalones __, camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibira Botas de seguridad que seran contempladas como EPP.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Johan	CARGO:	Ayudante

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Goarles		1	Febrero 2024	
2	Gafas		1		
3	Tapabocas		1		
4					
5					
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la CONSORCIO OBRAS W

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR:		CEDULA:	1000786481

RESPONSABLE

NOMBRE	Stefany Gonzalez	CEDULA No.	1000005655
CARGO	Residente HSE	FIRMA	Stefany G

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-02
		VERSION 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art. 91 decreto 1072 de 2015.
Se entrega la dotación del año 2017 de la siguiente manera: discriminar: pantalones __, camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibira Botas de seguridad que seran contempladas como EPP.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Jorge Alarcon	CARGO:

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Guantes.	Jorge A	1	Febrero 2024	
2	Tapabocas.	Jorge A	1		
3	Gafas.	Jorge A	1.		
4					
5					
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la CONSORCIO OBRAS W

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR: Jorge Alarcon	CEDULA:

RESPONSABLE

NOMBRE	Stefany Gonzalez.	CEDULA No.	1000005555.
CARGO	Residente Hse.	FIRMA	Stefany G.

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-02
		VERSION 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art. 91 decreto 1072 de 2015.
Se entrega la dotación del año 2017 de la siguiente manera: discriminar: pantalones __, camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibira Botas de seguridad que seran contempladas como EPP.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Jorge Rincon	CARGO:	Maestro

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Guantes		1		
2	Tapabocas.		1		
3	Gafas		1		
4					
5					
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la CONSORCIO OBRAS W

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR:		CEDULA:	80731480

RESPONSABLE

NOMBRE	Stefany Gonzalez.	CEDULA No.	1000956555.
CARGO	Residente Hse.	FIRMA	StefanyG

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-02
		VERSION 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art. 91 decreto 1072 de 2015.
Se entrega la dotación del año 2017 de la siguiente manera: discriminar: pantalones __, camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibira Botas de seguridad que seran contempladas como EPP.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Jose Malambo.	CARGO:	Manto

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Guantes	Jose Malambo	1	Febrero 2024	
2	Gafas	José Malambo	1		
3	Buso	Jose Malambo	1		
4					
5					
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la CONSORCIO OBRAS W

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR:	CEDULA:

RESPONSABLE

NOMBRE	Stefany Gonzalez	CEDULA No.	1000005655
CARGO	Residente Hse.	FIRMA	Stefany G

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-02
		VERSION 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art. 91 decreto 1072 de 2015.
Se entrega la dotación del año 2017 de la siguiente manera: discriminar: pantalones __, camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibira Botas de seguridad que seran contempladas como EPP.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Kevin Bastidas	CARGO:

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Buso		1		
2	Guantes		1		
3	Tapabocas		1		
4	Gafas		1	Febrero 2024	
5					
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la CONSORCIO OBRAS W

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR: Kevin	CEDULA: 105 270 1000

RESPONSABLE

NOMBRE	Stefany Gonzalez	CEDULA No.	1000005655
CARGO	Residente Hse.	FIRMA	Stefany G

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-02
		VERSION 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art. 91 decreto 1072 de 2015.
Se entrega la dotación del año 2017 de la siguiente manera: discriminar: pantalones __, camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibira Botas de seguridad que seran contempladas como **EPP**.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Kevin Bastidas	CARGO:	Ayudante.

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Botas Seguridad		1	febrero 2024	
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la CONSORCIO OBRAS W

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR: Kevin Josè Bastidas Vargas	CEDULA: 1057702000

RESPONSABLE

NOMBRE	Stefany Gonzalez.	CEDULA No.	1000005655
CARGO	Residente Hse.	FIRMA	Stefany G

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-02
		VERSION 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art. 91 decreto 1072 de 2015.
Se entrega la dotación del año 2017 de la siguiente manera: discriminar: pantalones __, camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibira Botas de seguridad que seran contempladas como EPP.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Noiberto Pinzon.	CARGO: Instalador Prc.

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Guantes		1		
2	Tapabocas		1		
3	Gafas.		1		
4					
5					
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la CONSORCIO OBRAS W

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR: Norberto Pinzon.	CEDULA: 7991589.

RESPONSABLE

NOMBRE	Stefany Gonzalez	CEDULA No.	1000055S5
CARGO	Residente hse	FIRMA	StefanyG

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-02
		VERSION 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art. 91 decreto 1072 de 2015.
Se entrega la dotación del año 2017 de la siguiente manera: discriminar: pantalones __, camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibira Botas de seguridad que seran contempladas como EPP.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Richard A. Yaguare	CARGO:	Oficial

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Guantes de caucho		1		
2	Guante Poliuretano		1		
3	Gafas.		1		
4	Tapabocas.		1	Febrero 2024	
5					
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la CONSORCIO OBRAS W

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR:		CEDULA:	80795925. Bta

RESPONSABLE

NOMBRE	Stefany Gonzalez	CEDULA No.	1000003655
CARGO	Residente HSE.	FIRMA	Stefany

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-02
		VERSION 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art. 91 decreto 1072 de 2015.
Se entrega la dotación del año 2017 de la siguiente manera: discriminar. pantalones __, camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibira Botas de seguridad que seran contempladas como EPP.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Sebastian Cruz	CARGO:	Ayudante

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Guantes		1	2024	
2	Gafas.		1	Febrero.	
3	Tapabocas.		1		
4					
5					
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la CONSORCIO OBRAS W

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR:	CEDULA:

RESPONSABLE

NOMBRE	Stefany Gonzalez.	CEDULA No.	1000005553
CARGO	Residente Hse	FIRMA	Stefany G

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-02
		VERSION 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art. 91 decreto 1072 de 2015.
Se entrega la dotación del año 2017 de la siguiente manera: discriminar; pantalones __, camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibira Botas de seguridad que seran contempladas como **EPP**.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Sebastian Cruz	CARGO:	Ayudante

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Buso		1	febrero 2024	
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la CONSORCIO OBRAS W

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR:		CEDULA:	

RESPONSABLE

NOMBRE	Stefany Gonzalez	CEDULA No.	1000058655
CARGO	Residente HSE	FIRMA	Stefany G

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-02 VERSION 1 FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art. 91 decreto 1072 de 2015.
Se entrega la dotación del año 2017 de la siguiente manera: discriminar: pantalones __, camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibira Botas de seguridad que seran contempladas como EPP.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Jan Carlos.	CARGO:	Ayudante

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Guantes	Jancarlos	1	Febrero 2024	
2	Tapabocas	Jancarlos	1		
3	Gafas	Jancarlos	1		
4					
5					
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la CONSORCIO OBRAS W

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR:	Jan Carlos.	CEDULA:	

RESPONSABLE

NOMBRE	Stefany Gonzalez.	CEDULA No.	1000000055
CARGO	Residente HSE.	FIRMA	Stefany G.

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-02
		VERSION 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art. 91 decreto 1072 de 2015.
Se entrega la dotación del año 2017 de la siguiente manera: discriminar. pantalones __, camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibira Botas de seguridad que seran contempladas como **EPP**.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Yohan Dajome	CARGO:	Ayudante.

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Guantes		1.		
2	Tapabocas.		1	Febrero. 2024	
3	Gafas		1		
4					
5					
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la CONSORCIO OBRAS W

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR:	CEDULA:

RESPONSABLE

NOMBRE	Stefany Gonzalez	CEDULA No.	1000000565
CARGO	Residente Hse.	FIRMA	StefanyG

Powered by CamScanner

ANEXO 8. SOPORET EXAMENES MEDICO OCUPACIONAL

Dra. Deysy López Castro
MÉDICA ESP. SALUD OCUPACIONAL

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

FECHA:	8/09/2023
NOMBRE DE LA EMPRESA:	GEORGY PAOLO RUSSI LADINO
CARGO ACTUAL O A DESEMPEÑAR:	OFICIAL

INFORMACION PERSONAL

NOMBRES:	FELIX ALFONSO	**APELLIDOS:**	MIRANDA BARRERA
TIPO IDENTIFICACION:	CC	**IDENTIFICACION:**	10063647973
TELEFONO:	3118874567	**F. NACIMIENTO:**	17/02/1988
EDAD:	35	**ARL:**	SURA
EPS:	FAMISANAR	**AFP:**	COLFONDOS
GENERO:	MASCULINO		

EXAMENES REALIZADOS

EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD

PUEDE DESEMPEÑAR SUS LABORES SIN RESTRICCIONES

OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

HIGIENE POSTURAL - PAUSAS ACTIVAS - AUTO CUIDADO - HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
EJERCICIO FISICO - CONTROL ANUAL CON OPTOMETRIA.

INGRESO PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Ingresar a los programas de vigilancia de acuerdo con los riesgos laborales prioritarios para el cargos definidos en la matriz de riesgos de la empresa.

Certifico que he sido informado amplia y suficientemente acerca de lo que trata y la finalidad que tiene ésta consulta médica y que han sido respondidas a satisfacción todas las preguntas que he tenido acerca de la misma. Autorizo al profesional médico para que me sea realizado el presente examen médico. Certifico que la información por mi brindada durante esta consulta médica es completa, veraz y que no he omitido información sobre mis antecedentes médicos, ni de mi actual estado de salud que pueda llegar a derivar en riesgos para mi salud y en particular con relación al desarrollo de mi trabajo, así mismo autorizo a los profesionales del área médica de la empresa para tener acceso y consulta a la información aquí contenida dentro del marco de la confidencialidad médica, para su utilización con fines de seguimiento, análisis y planeación de acciones de salud dentro de los programas de Seguridad y Salud en el Trabajo que la entidad considere se requieran. Refiero entender lo escrito en este consentimiento informado y de forma voluntaria firmo a continuación el presente documento en señal de aceptación:

MEDICO EVALUADOR

Deysy M. López Castro
MEDICA ESPECIALISTA
SALUD OCUPACIONAL
R.M. 52-0529 LIC. 2195

DEYSY MAYERLIN LOPEZ CASTRO
LSO. 2195-16 RM 52-0529

TRABAJADOR

FELIX ALFONSO
CC

MIRANDA BARRERA
10063647973

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS

SEDE: CENDIATRA NORTE 106 **DIRECCIÓN:**Autopista Norte # 106-93, Pasadena **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 6017464727 - 6017562592 **EMAIL:** citas.norte1@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:** 2024-01-15

Nombres y apellidos: HUGO ARMANDO MENDOZA MINA
Fecha de nacimiento: 14/10/1985
Empresa: RUSSI LADINO GEORGY PAOLO
Empresa usuaria:
Cargo: OFICIAL DE OBRA

CC: 1015996352
Edad: 38 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2024-01-15 / 07:28:38
Fecha salida: 2024-01-15 / 10:11:55



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- PERFIL LIPIDICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- VISIOMETRIA

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES

:

RESTRICCIONES:
TIPO RESTRICCIÓN:

RECOMENDACION : CONTROL MEDICO PERFIL LIPIDICO EPS

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 constatar quien presento la valoración.



JORGE LEONARDO DIAZ MOLINA
RM: 1047418507
Firma y sello del médico

HUGO ARMANDO MENDOZA MINA
CC: 1015996352
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000408385

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: STOR CONSTRUCCIONES SAS FECHA 30/03/2023 10:32:13

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: EDWARD LEANDRO SOLAQUE VALBUENA **C.C** 1024483375

EDAD 34 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OFICIAL DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑	NO ☐			
Visiometría	☑	Glic ☑	Col ☑	Trigli ☑	Otros ☐		
Optometría	☐	**¿Cuáles?**					
Audiometría	☑						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☑	☐
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
PUEDE LABORAR EN ALTURAS
CONTROL MEDICO RUTINA EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACIONES: DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE



Dr. Didier J. Rincon C.
Medico Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Reg.11294 C.C. 79.687.676

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000471592

Régimen : RÉGIMEN

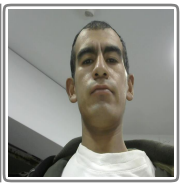
CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: STOR CONSTRUCCIONES SAS FECHA 17/02/2024 07:51:10

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: SEBASTIAN MARTINEZ GARCIA **C.C** 1010207771

EDAD 30 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OFICIAL DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑	NO ☐			
Visiometría	☑	Glic ☑	Col ☑	Trigli ☑	Otros ☐		
Optometría	☐	**¿Cuáles?**					
Audiometría	☑						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☑	☐
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

PUEDE LABORAR EN ALTURAS
CONTROL OPTOMETRIA EPS ANUAL/ USO DE LENTES PARA LABORAR
CONTROL MEDICO RUTINA EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE


Captura Biométrica

Dr. Didier J. Rincon C.
Medico Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Reg.11294 C.C. 79.687.676

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CALLE 27 SUR No 19-07 PBX.:2784705 FAX.:2392301Fax
E-mail: clinisurips@clinisurips.com - https://www.clinisurips.com

ANEXO 9. SOPORTE ACTA DE REUNION Y CONFORMACION DE COPASST

CONSORCIO OBRAS W	ACTA DE REUNIÓN	CÓDIGO DE-FOR-01
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN: 08/01/2019

FECHA REUNION: 01/03/2024 **HORA: 9:00 AM** **LUGAR: SECRETARIA DE JUSTICIA** **ACTA NO. 05**

REUNIÓN CONVOCADA POR	Stefany Katerin González Orjuela
TIPO DE REUNIÓN	REUNIÓN N° 5- GESTIÓN HSE
CONTRATO N°	**SCJ-1805-2023**
OBJETO DE LA REUNION	"REALIZAR EL MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LOS EQUIPAMIENTOS DE INFRAESTRUCTURA A CARGO DE LA SDSCJ Y AGENCIAS"
ORGANIZADOR	Stefany Katerin González Orjuela
APUNTADOR	Stefany Katerin González Orjuela
ASISTENTES	Stefany González, Cesar Labastidas, Rubelsindo Rat, Ruben Leon, Uberney Soto.

TEMAS DE DISCUSIÓN
1. Reglas Básicas de Seguridad
2. Reglas de Seguridad

DESARROLLO TEMAS DE DISCUSIÓN

1. REGLAS BÁSICAS DE SEGURIDAD

Las reglas básicas de seguridad y salud en el trabajo tienen el objetivo de prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales mediante el establecimiento de pautas que todo trabajador debe conocer.

2. Reglas de Seguridad

Regla N°1: Mantén el área de trabajo siempre ordenada y limpia.

Regla N°2: Usa siempre los equipos de protección personal y consérvalos en buenas condiciones.

Regla N°3: Nunca operes los equipos o máquinas que no conozcas. Hay altas probabilidades de sufrir un accidente.

Regla N°4: Realiza las actividades de trabajo de acuerdo con los procedimientos establecidos por la empresa, no intentes saltearte un paso o modificar el procedimiento debido al apresuramiento.

Regla N°5: No intervengas en la reparación de una máquina si no tienes conocimientos para ello. Únicamente realiza trabajos de reparación o mantenimiento de máquinas cuando se tenga la aprobación del jefe.

Regla N°6: Mantén la concentración en las actividades que realizas. Asimismo, no distraigas a tus compañeros de trabajo.

Regla N°7: En las actividades de reparación, ajuste y limpieza debes parar completamente los equipos, posteriormente realiza las tareas. Utiliza tu tarjeta de bloqueo y etiquetado.

Regla N°8: Nunca manipules, juegues o introduzcas partes de tu cuerpo en máquinas en movimiento.

Regla N°9: Reporta todos los actos y condiciones inseguras que detectes cuando realizas tus actividades, pueden ser indicadores de un futuro accidente.

Regla N°10: Siempre inspecciona tus herramientas y equipos de trabajo. Verifica que se encuentren en buenas condiciones para ser usadas.

CONCLUSIONES

- La Higiene y Seguridad Industrial nos permiten mejorar las condiciones de trabajo, además capacitarlos para el mismo y adiestrarnos para evitar dentro de lo posible, las enfermedades y los accidentes laborales.

COMPROMISOS

- Es importante tener siempre presente los fundamentos básicos de la Higiene y Seguridad Industrial.

FIRMA ASISTENTES

NOMBRE	CARGO	FIRMA
Stefany González	Residente HSEQ	
Cesar Labastidas	Oficial de Obra	
Rubelsindo Rat	Oficial de Obra	
Ruben Leon	Oficial de Obra	
Uberney Soto	Oficial de Obra	

ANEXO 10. SOPORTE ACTA DE REUNION Y CONFORMACION COCOLAB

CONSORCIO OBRAS W	ACTA DE REUNIÓN	CÓDIGO DE-FOR-01
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN: 08/01/2019

FECHA REUNION: 14/02/2024 **HORA: 9:00 AM** **LUGAR: SECRETARIA DE JUSTICIA** **ACTA NO. 05**

REUNIÓN CONVOCADA POR	Stefany Katerin González Orjuela
TIPO DE REUNIÓN	REUNIÓN N° 5- GESTIÓN HSE
CONTRATO N°	**SCJ-1805-2023**
OBJETO DE LA REUNION	"REALIZAR EL MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LOS EQUIPAMIENTOS DE INFRAESTRUCTURA A CARGO DE LA SDSCJ Y AGENCIAS"
ORGANIZADOR	Stefany Katerin González Orjuela
APUNTADOR	Stefany Katerin González Orjuela
ASISTENTES	Stefany González, Cesar Labastidas, Rubelsindo Rat, Ruben Leon, Uberney Soto.

TEMAS DE DISCUSIÓN

1. La Espiritualidad en el Trabajo.
2. Beneficios de la Espiritualidad en el Trabajo

DESARROLLO TEMAS DE DISCUSIÓN

1. LA ESPIRITUALIDAD EN EL TRABAJO.

La espiritualidad en el trabajo tiene una tendencia ascendente y varios sectores académicos y profesionales han comenzado a considerarla como una parte esencial e integral del desarrollo de la persona. La espiritualidad en el trabajo se asocia con efectos positivos como felicidad, alegría, gozo; valores como la solidaridad, la honestidad, la responsabilidad; y aspectos organizacionales como satisfacción, compromiso y altos niveles de eficacia y desempeño de los trabajadores.

2. BENEFICIOS DE LA ESPIRITUALIDAD EN EL TRABAJO

- Ambiente laboral cordial y armonioso.
- Mejora las actitudes relacionadas al trabajo (empatía, altruismo, paciencia).
- Independencia personal y autorrealización.
- Buenas relaciones sociales.
- Aumento del nivel de tolerancia relacionada al servicio al cliente.
- Mayor productividad de los empleados.

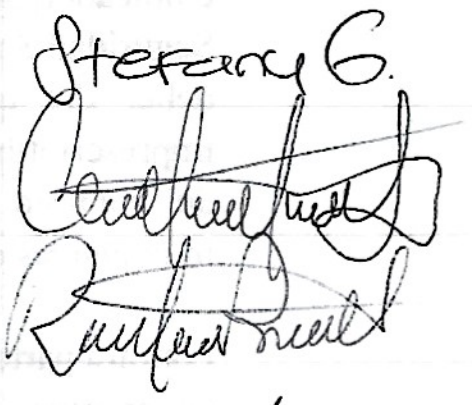
CONCLUSIONES

- Un trabajador con una percepción elevada de espiritualidad sobre la vida, estará más armonizado en hacer las cosas correctas y podrá reflejar más sus cualidades y su creatividad ocupándose más en servir y contribuir.

COMPROMISOS

- Se solicita verificar si dentro del cronograma de capacitaciones se incluyen charlas sobre la espiritualidad en el trabajo.

FIRMA ASISTENTES

NOMBRE	CARGO	FIRMA
Stefany González	Residente HSEQ	
Cesar Labastidas	Oficial de Obra	
Rubelsindo Rat	Oficial de Obra	
Ruben Leon	Oficial de Obra	
Uberney Soto	Oficial de Obra	

ANEXO 11. SOPORTE CONFORMACION DE BRIGADISTAS

ANEXO 12. SOPORTE ATS

CONSORCIO OBRAS W	ANALISIS SEGURO DE TRABAJO	CÓDIGO HSE-FOR-25 VERSIÓN 2 FECHA DE APROBACIÓN: 09/05/2019

Empresa: Consorcio Obras W.
Lugar de Trabajo: Estación policía San Cristobal.
Fecha de Inicio: 08 febrero 2024
Fecha de finalización: 10 febrero 2024.
Descripción de la tarea a realizar:

Demolición.

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:

TRABAJO EN ALTURA	☐	ESPACIO CONFINADO	☐	CALIENTE	☐
ENERGIA PELIGROSAS	☐	ELECTRICO	☐	OTRO, CUAL?	☐

Cedula, Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor)	
Jhon Sebastian 1000785953.	
Cesar Tabastidas 6698371.	
Hector Iguaje 8005943 3.	

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		Indique cada una de las herramientas a utilizar.
Manuales	X	Palo, maseta pontro
Eléctricas		
Neumáticas		
Hidráulicas		
Mecánicas		
Otras		

Powered by CamScanner

ANALISIS DE LA TAREA	
¿Qué tan alto se encuentra el lugar de trabajo?	1.20
¿Cuál es el sistema de acceso al lugar de trabajo?	N/A
¿Cuáles son los sistemas de prevención y protección requeridos?	Uso de Epp.
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	Casco, guantes, tapabocas, botas.
¿Cuántos trabajadores se requieren?	3.
¿Qué materiales y recursos van a utilizarse?	Herramienta menor
¿Existen hoyos o grietas debajo del área de trabajo?	SI
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo?	SI.
¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)	objetos filosos, electrico, Superficie resbaladiza.

Pasos detallados de la tarea	Riesgos/Consecuencias	CONTROLES	RESPONSABLE
Verificación de area	caidas a distinto nivel. caidas a nivel. caida de objetos.	Uso obligatorio de Epp. Preoperacional herramientas.	
Demolición de muros y techo.	caidas de objetos. caida a distinto. movimientos repetitivos. Posturas prolongadas. Objetos filosos Cargas pesadas. machacones. Cortadas. electrocución. tropezon, Superficie resbaladiza. locativo (orden y Aseo) Ruido, vibración. aplastamiento.	Pausa Activa. Rotación actividad. Orden y Aseo durante. ejecución de la actividad.	
FIRMA INSPECTOR HSEQ		Stefany.	
FIRMA ASESORA HSEQ			
RESIDENTE DE OBRA			

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	ANALISIS SEGURO DE TRABAJO	CÓDIGO HSE-FOR-26 VERSIÓN 2 FECHA DE APROBACION: 09/09/2019

Empresa: Consorcio obras W

Lugar de Trabajo: Estación policía San Cristobal.

Fecha de inicio: 09 febrero 2024.

Fecha de finalización: 10 febrero 2024.

Descripción de la tarea a realizar:

Instalación de reflectores area fachadas.

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:			
TRABAJO EN ALTURA ☐	ESPACIO CONFINADO ☒	CALIENTE ☐	
ENERGIA PELIGROSAS ☐	ELECTRICO	OTRO, CUAL? ☐	

Cedula, Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor)	
Diego fernando Diaz 1007099259.	

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		Indique cada una de las herramientas a utilizar.
Manuales	X	Herramienta menor
Eléctricas	X	Taladro.
Neumáticas		
Hidráulicas		
Mecánicas		
Otras	X	Escalera

Powered by CamScanner

ANALISIS DE LA TAREA	
¿Qué tan alto se encuentra el lugar de trabajo?	1.60.
¿Cuál es el sistema de acceso al lugar de trabajo?	Escaleras.
¿Cuáles son los sistemas de prevención y protección requeridos?	Uso EPP y EPCC.
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	Cascos, Guantes, arnes.
¿Cuántos trabajadores se requieren?	2.
¿Qué materiales y recursos van a utilizarse?	Herramienta menor
¿Existen hoyos o grietas debajo del área de trabajo?	NO
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo?	SI
¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)	electrico.

Pasos detallados de la tarea	Riesgos/Consecuencias	CONTROLES	RESPONSABLE
Verificación del area.	caidas a nivel.	Uso de Epp y EPCC.	
	caidas a distinto nivel.	Obligatorio.	
Puesta de reflectores (area fachada)	Electrocutar.	Preoperacional escaleras.	
	Quemaduras.	a utilizar.	
	Biologico (Virus y bacterias)		
	Biomecanico (posturas prolongadas)	Preoperacional herramientas.	
	Manipulación manual de cargas.	a utilizar.	
	movimientos repetitivos.	Pausas Activas.	
	Superficie resbaladiza.		
	caidas a nivel	Uso de Epcc (Zonas.	
	caidas a distinto nivel.	Obligatorias)	
	chispas.		
	Caida de objetos.	Orden y Aseo durante la actividad	

FIRMA INSPECTOR HSEQ	Stefano
FIRMA ASESORA HSEQ	
RESIDENTE DE OBRA	

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	ANALISIS SEGURO DE TRABAJO	CÓDIGO HSE-FOR-26
		VERSIÓN 2
		FECHA DE APROBACION: 09/09/2019

Empresa: Consorcio Obras W.

Lugar de Trabajo: C4.

Fecha de inicio 13 febrero 2024.

Fecha de finalizacion

Descripción de la tarea a realizar:

Siliconear perimetrales Ventanas fachada C4.

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:

TRABAJO EN ALTURA	X	ESPACIO CONFINADO		CALIENTE	
ENERGIA PELIGROSAS		ELECTRICO		OTRO, CUAL?	

Cedula, Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor)	
Brayan Vargas 1024558324	Brayan Vargas Z

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		Indique cada una de las herramientas a utilizar.
Manuales	X	Pistola calefateo (silicona)
Eléctricas		
Neumáticas		
Hidráulicas		
Mecánicas		
Otras	X	EPCC - Linea de vida - Tablilla.

Powered by CamScanner

ANALISIS DE LA TAREA	
¿Qué tan alto se encuentra el lugar de trabajo?	10mts.
¿Cuál es el sistema de acceso al lugar de trabajo?	Escaleras - Cubierta.
¿Cuáles son los sistemas de prevención y protección requeridos?	EPCC
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	EPCC - Líneas de vida - Casco - botas - Guantes
¿Cuántos trabajadores se requieren?	1
¿Qué materiales y recursos van a utilizarse?	Pistola calefactor
¿Existen hoyos o grietas debajo del área de trabajo?	NO
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo?	SI
¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)	Caidas a distinto nivel.

Pasos detallados de la tarea	Riesgos/Consecuencias	CONTROLES	RESPONSABLE
Verificación del area.	Caidas a nivel, tropezones.	Uso obligatorio y permanente de EPCC, EPP.	
Siliconeado perimetrales Ventanas. (fachada)	Caidas a distinto nivel.	Permiso en alturas, antes de iniciar actividad	
	Caidas a distinto nivel.	Preoperacional EPCC.	
	Muerte.		
	Machucones.		
	Movimientos repetitivos.	Pausas activas	
	Posturas prolongadas.	Charla. uso obligatorio EPCC.	
	Químico (contacto con sustancias químicas).	(Autocuidado).	
	Caida de objetos.	Señalización area a intervenir.	
	Biologico (virus, bacterias)	Contar con hoja de seguridad (sustancia química)	

FIRMA INSPECTOR HSEQ	
FIRMA ASESORA HSEQ	Stefany G.
RESIDENTE DE OBRA	

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

CÓDIGO HSE-FOR-13 | VERSION 1 | FECHA APROBACION: 08/01/2018

OBJETO:	Verificar y controlar todos los aspectos en prevención durante trabajos en alturas.
N° CONTRATO	1805 - 2023
ENTIDAD CONTRATANTE	SAJ. — NIT
EMPRESA CONTRATISTA	Consorcio Obras W — NIT
NUMERO PERMISO DE TRABAJO	01
CIUDAD:	Bogota — PERSONA COMPETENTE QUE SUPERVISA LA LABOR
UBICACIÓN ESPECIFICA:	Bomberos
FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN:	13 febrero 2024 Hr: 10
ACTIVIDAD A REALIZAR	Aliconder Ventanas entre Vidrio y muro. — ACTIVIDAD RUTINARIA SI [ ] NO [X]
CONTRATISTA SI [X] NO [ ] CUAL?	N° PERSONAS QUE EJECUTARAN LA LABOR 1

I. PERMISO CONCEDIDO A

Verifique que todo el personal cuente con los EPP necesarios para la operación indicando Si (S), No (N), No aplica (NA) según corresponda

NOMBRE	CARGO	CERTIFICADO SI	CERTIFICADO NO	Casco dieléctrico con barbuquejo 3 puntos	Gafas	P. Auditivo	Respiradores	Botas Industrial con puntera de acero Y/O	Guantes	Arnés 5000lb	Arnés 3000 lb	Arnés de cuerpo entero	Línea de vida Horizontal	Línea de vida Vertical	Mosquetones	Descendedores	Freno	Eslinga con absorvedor de energía	Eslinga en Y con absorvedor de energía	Eslinga de posicionamiento	Prolongas	Poleas	OTROS	FIRMA
Brayan Vargas	Oficial.	X		X						X				X	X		X			X				Brayan Vargas

II. CONDICIONES Y APTITUD DEL TRABAJADOR AUTORIZADO EN EL PERMISO DE TRABAJO (T= empleado ejecutante)

CONCEPTO A EVALUAR	T1 S	T1 N	T2 S	T2 N	T3 S	T3 N	T4 S	T4 N	T5 S	T5 N	OBSERVACIONES
Certificado de entrenamiento vigente para trabajo en altura?	X										
Le explicaron el procedimiento y se siente capaz de ejecutarlo?	X										
Recibió entrenamiento en primeros auxilios y técnicas RCP en el último año?											
Afiliaciónes EPS, AFP, ARL al día	X										
Ingirió licor en las ultimas 24 horas ?		X									
Ha comido en las últimas 4 horas	X										
Cuantas horas durmió antes de iniciar esta jornada?											6 Haas.
Se retiró cadenas, relojes, pulseras	X										
Está tomando algún medicamento que afecte sus condiciones ? Cual?		X									

III. PRECAUCIONES GENERALES - VALIDACION DEL PERMISO DE TRABAJO

CONCEPTO A EVALUAR	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
Procedimiento de trabajo seguro divulgado en charla preoperacional	X			
Señalizacion y demarcacion del area de trabajo				
Equipos y herramientas verificados y en buenas condiciones	X			
Area limpia para instalar el sistema de protección contracaidas y/o andamio y/o escalera	X			
Inspección formal previa de sistema de trabajo de altura, escaleras, andamios, etc.	X			
Se estableció el plan de emergencia incluyendo rescate				
Condición atmosférica (viento, lluvia, etc.) adecuada	X			Soleado.
Control de caida de materiales	X			
Existe interferencia con otro tipo de trabajos		X		
El calzado de seguridad está libre de grasa o barro	X			

SISTEMA DE ACCESO/SALIDA REQUERIDO				EQUIPO DE EMREGENCIAS Y/O RESCATE				SISTEMA DE PROTECCION COLECTIVA			
Escalera	X	Andamio		Camilla Rigida	X	Medio comunicación	X	Barandas		Plataformas	
Canastilla		Elevador		Extintor		Botiquín		Redes		Lineas de Advertencia	X
OTROS	X	Cual?	Fabrila	Equipo Rescate Alturas	X			OTROS		Cual?	

LISTA DE CHEQUEO PARA ESCALERAS	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES

Powered by CamScanner

La escalera está sin defectos, está libre de proyecciones (clavos, tornillos, etc)				
Todos los travesaños están libres de fisuras, están completos, conservan la misma distancia y están encajados				
La distancia entre la pared y el pie de la escalera deberá ser por lo menos de 1/4 de longitud de la misma.				
Hay empalme entre si de dos o mas escaleras				
La longitud máxima de la escalera simple será de cinco metros. En ningún caso sobrepasa esta medida				
La distancia máxima entre travesaño será de cuarenta (40) centimetros				
Los travesaños deberán estar apoyados mediante largueros de la escalera y asegurados por medio tornillos.				
Agarrarse con ambas manos al subir o bajar.				
Al subir o bajar hacerlo de frente a la escliera.				
Si hay riesgo eléctrico se ha determinado que el material de la escalera no es eléctrico				
Ellas se proyectan 1 metro arriba del punto de trabajo, por lo menos?				
LISTA DE CHEQUEO PARA ANDAMIOS FIJOS Y MÓVILES	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
El montaje o desmontaje del andamio es hecho por personas autorizadas				
El personal a cargo del montaje y desarme de andamios cuenta con la herramienta adecuada				
El área de trabajo está señalizada				
La Superficie de apoyo (el Piso) es firme y plana es rígida y soporta la carga máxima de diseño, sin hundirse o desplazarse.				
El andamio está completo y sus partes no presentan averías ni estan oxidadas				
Los tablones estan en buen estado				
Los tablones esta asegurados entre si y al andamio				
Los tablones cumplen con el espesor (5 cm) y ancho ((26cm)				
Los tablones despues de los parales tienen el largo indicado (30 cm)				
Andamio diseñado para soportar 4 veces el peso de la totalidad de personas, equipo, materiales				
Se asegura que los andamios no sean remolcados por algún vehículo.				
Existen lineas eléctricas aéreas en las inmediaciones?				
Posee acceso seguro y adecuado? (escalera para subir y bajar)				
Zapatas y ruedas correctamente posicionadas y con el freno activo?				
Existen lineas eléctricas aéreas en las inmediaciones?				

VALIDEZ DEL PERMISO DE TRABAJO

Como responsable de área: He verificado en campo con el Coordinador de seguridad la aplicación del procedimiento seguro y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y los comunicaré al personal que realiza la labor, verificando el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar.

Como Coordinador de Seguridad: He verificado en campo con el supervisor de área la aplicación del procedimiento seguro y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

FEECHA (DD-MM-AA)	VALIDEZ (Horas) DESDE	HASTA	FIRMA RESPONSABLE DEL AREA	FIRMA RESPONSABLE COORDINADOR DE SEGURIDAD
13-02-2024	9:00 am	5:00 pm	Stefany G	Stefany G

CIERRE PERMISO DE TRABAJO

RESPONSABLE DEL AREA				COORDINADOR DE SEGURIDAD			
PERSONALMENTE DECLARO QUE	S	N	OBSERVACIONES	PERSONALMENTE HE VERIFICADO QUE:	S	N	OBSERVACIONES
El trabajo ha sido terminado	X			El area queda limpia y sin residuos	X		
El sitio y el equipo quedan en condiciones seguras	X			Se han presentado accidentes Y/o incidentes		X	
Entrego el area limpia y libre de residuos de maetriales	X			El permiso de trabajo se ha suspendido definitivamente		X	
Otros:				Otros:			
NOMBRE Y FIRMA	Stefany Gonzalez			NOMBRE Y FIRMA	Stefany G		

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	ANALISIS SEGURO DE TRABAJO	CÓDIGO HSE-FOR-26
		VERSIÓN 2
		FECHA DE APROBACION: 09/09/2019

Empresa: Consorcio Obras W.

Lugar de Trabajo: Estación San Cristobal.

Fecha de inicio 27 febrero 2024

Fecha de finalizacion 29 febrero 2024

Descripción de la tarea a realizar:

Demolición piso (Nuevo armerillo).

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:					
TRABAJO EN ALTURA	☐	ESPACIO CONFINADO	☐	CALIENTE	☐
ENERGIA PELIGROSAS	☐	ELECTRICO	☒	OTRO, CUAL?	☐

Cedula, Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor)	
Richar Tropacue 80795923.	
Yhan Sebastian Cruz 1007855953	Cruz.

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		Indique cada una de las herramientas a utilizar.
Manuales	X	Herramienta Manual
Eléctricas	X	Demoledor
Neumáticas		
Hidráulicas		
Mecánicas		
Otras		

Powered by CamScanner

ANALISIS DE LA TAREA	
¿Qué tan alto se encuentra el lugar de trabajo?	N/A
¿Cuál es el sistema de acceso al lugar de trabajo?	N/A
¿Cuáles son los sistemas de prevención y protección requeridos?	Uso de Epp
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	Tapaoidos, Guantes, tapabocas, Gafas
¿Cuántos trabajadores se requieren?	2
¿Qué materiales y recursos van a utilizarse?	Herramienta menor, Demoledor
¿Existen hoyos o grietas debajo del área de trabajo?	SI
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo?	SI
¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)	electrico, Cargas pesadas, caida de objetos

Pasos detallados de la tarea	Riesgos/Consecuencias	CONTROLES	RESPONSABLE
Verificación del area.	Caidas a distinto nivel.	Uso obligatorio y permanente de Epp.	
	Caida de objetos		
	Biologico (Virus, bacterias)	Preoperacional herramientas.	
Demolición pisos armerillo.	Biologico (Virus, bacterias)	Pausa activa	
	caidas a nivel, tropezones		
	atrapamiento (punta demoledor)	Rotación de la actividad.	
	Golpes, machucones		
	movimientos repetitivos	Orden y Aseo.	
	Manipulacion manual de cargas	durante ejecución de la actividad.	
	Vibraciones		
	Ruido.		
	Caida de objetos	Persona idonea para uso del demoledor.	
	Chispas.		
	Orden y Aseo		

FIRMA INSPECTOR HSEQ	StefanyG
FIRMA ASESORA HSEQ	
RESIDENTE DE OBRA	

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS W	ANALISIS SEGURO DE TRABAJO	CÓDIGO HSE-FOR-25 VERSIÓN 2 FECHA DE APROBACION: 09/09/2019

Empresa: Consorcio Obras W.
Lugar de Trabajo: San Cristobal
Fecha de inicio: 27 febrero 2024
Fecha de finalizacion: 27 febrero 2024
Descripción de la tarea a realizar:

Instalación luminarias 60 X 60 pasillos.

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:			
TRABAJO EN ALTURA ☐	ESPACIO CONFINADO ☐		CALIENTE ☐
ENERGIA PELIGROSAS ☐	ELECTRICO ☒		OTRO, CUAL? ☐

Cedula, Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor)	
Diego Diaz 1007099259	Diegodz

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		Indique cada una de las herramientas a utilizar.
Manuales	X	Herramienta menor.
Eléctricas		
Neumáticas		
Hidráulicas		
Mecánicas		
Otras	X	Escaleras

Powered by CamScanner

ANALISIS DE LA TAREA	
¿Qué tan alto se encuentra el lugar de trabajo?	1.40.
¿Cuál es el sistema de acceso al lugar de trabajo?	Escaleras.
¿Cuáles son los sistemas de prevención y protección requeridos?	Uso Epp.
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	Guantes, tapabocas, Gafas.
¿Cuántos trabajadores se requieren?	1
¿Qué materiales y recursos van a utilizarse?	Herramienta menor
¿Existen hoyos o grietas debajo del área de trabajo?	NO.
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo?	SI
¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)	Electrico.

Pasos detallados de la tarea	Riesgos/Consecuencias	CONTROLES	RESPONSABLE
Verificación del area.	Caidas a nivel.	Uso Obligatorio y permanente de Epp.	
	Caidas a distinto nivel		
	Caida de objeto		
Puesta de luminarias pasillos.	Electrocución.	Preoperacional escaleras a utilizar.	
	Biologico (virus, bacterias)	Desenergizar area a intervenir	
	Biomecanico (posturas prolongadas)		
	Manipulacion manual de cargas.	Preoperacional escaleras a utilizar	
	movimientos repetitivos.		
	Superficie resbaladiza.	Pausa Activa.	
	Caidas a distinto nivel.	Orden y Aseo durante la ejecución de la actividad	
	Caida de objetos.		

FIRMA INSPECTOR HSEQ	Stefany.
FIRMA ASESORA HSEQ	
RESIDENTE DE OBRA	

Powered by CamScanner