7728

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**JUAN JOSE SUTA AGUILAR,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.193.090.239**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Octubre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

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

7729

**INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.**

| | |
|---|---|
| **No. Identificación** | 901200839-9 |
| **Dirección:** | CALLE 15 N° 37L 10 ET 8 B. ESPERANZA |
| **Telefono:** | 6668018-3176678051 |
| **Email:** | gerencia@integrarips.com |

**CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en ANEXO OSTEOMUSCULAR**

## Información General



| | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha impresión: | VILLAVICENCIO - 2023/09/22 | Nro Ingreso: | 20230919020116 |
| Paciente: | JUAN JOSE SUTA AGUILAR | CC: | 1193090239 |
| Edad: | 22 años | Nombre Cliente: | CONSORCIO ESCENARIOS DEPORTIVOS VILLA OLIMPICA 2023 |
| Género: | Masculino | Tipo Evaluación: | Ingreso |
| Cargo: | INGENIERO CIVIL RESIDENTE | | |
| Orígen: | CONSORCIO ESCENARIOS DEPORTIVOS VILLA OLIMPICA 2023 | Destino: | CONSORCIO ESCENARIOS DEPORTIVOS VILLA OLIMPICA 2023 |
| Fecha Salida: | 2023-09-19 10:01:24 | Fecha Atención: | 2023-09-19 09:54:39 |

## Pruebas de Apoyo Diagnóstico

**PARACLINICOS** **LABORATORIO CLINICO** **COMPLEMENTARIOS** **VACUNAS**

## Certificacion de Aptitud

| | |
|---|---|
| CONCEPTO - EXAMEN INGRESO: | APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO |
| OBSERVACIONES AL CONCEPTO: | SIN OBSERVACIÓN |
| ENFASIS - ANEXO OSTEOMUSCULAR: | Definicion de caso para el SVE desordenes Osteomusculares<br>**CASO DESCARTADO** |

## Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

## Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

## Recomendaciones Específicas

NINGUNA

**Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S..**

Profesional Ocupacional: RUBEN IVAN MARTINEZ LOBO 0
Registro M.D: 688591999
Licencia S.O: 7407-21

Firma del Paciente: JUAN JOSE SUTA AGUILAR
Identificacion: CC. - 1193090239

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com


REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL
MIGRACIÓN
No. 6917526
GRATEROL GUTIERREZ
APELLIDOS
BRAYAN ENRRIQUE
NOMBRES
VEN
NACIONALIDAD
M
SEXO
26107387
DNI Nro.
09-12-1996
FECHA DE NACIMIENTO
05-06-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO
VISIBLES
FIRMA


E2084078
INDICE DERECHO
El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia
cualquier cambio en la condición o información migratoria.
Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia
MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co
IPCOL6917526<<8<<<<<<<<<<<<<<<
9612095M3105308VENE2084078<<<7
GRATEROL<GUTIERREZ<<BRAYAN<ENR

7731

ARL | sura

Medellín, 22 de September de 2023

## LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

## HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO ESCENARIOS DEPORTIVOS VILLA OLIMPICA 2023.

**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 META | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: | 6.96 % | |
| X6917526 | GRATEROL GUTIERREZ BRAYAN ENRRIQUE | 23/09/2023 | | 18945208 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 22/09/2023 17:05:08 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.102.196.151, 192.230.104.1, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

7732

# FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

**Salud Total** EPS-S

| No de Radicacion | Fecha de Radicación |
|---|---|
| 4011028996 | 2\|5\|0\|9\|2\|0\|2\|3 |

**. DATOS DEL TRÁMITE** (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo) Página 1 de

**.tipo de tramite** — A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

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

**3.Regimen** — A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

**. 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

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

| 6.Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido: GRATEROL | Segundo apellido: GUTIERREZ | Primer nombre: BRAYAN | Segundo nombre: ENRRIQUE |
| **7.Tipo documento de Identidad** | **8.Número del documento de Identidad** | **9.Sexo** | **10.Fecha de nacimiento** |
| PT | 6917526 | Femenino ☐ Masculino ☒ | 0\|9\|1\|2\|1\|9\|9\|6 |

**II. DATOS COMPLEMENTARIOS**

Datos personales

| .Etnia | 12.Discapacidad | 13.Puntaje SISBEN | 14.Grupo de poblacion especial |
|---|---|---|---|
| 6 | Tipo FNM Condicion TP | | |

| 15. Administradora de riesgos Laborales - ARL | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingreso base de cotizacion - IBC |
|---|---|---|
| SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A. | PORVENIR FPC | 1160000 |

**18.Residencia**

| Dirección | Telefono fijo | Telefono celular | Correo electronico |
|---|---|---|---|
| CL 45A N 23 N 27 | | 3134154125 | SSTVILLA.2023@GMAIL.COM |

| Municipio/Distrito | zona | Localidad / comuna | Departamento |
|---|---|---|---|
| VILLAVICENCIO | Urbana ☒ Rural ☐ | | META |

**V. 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 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | F | N | M | T | P |
| B1 | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | |

| | 32. Datos de residencia | | | | | 33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Municipio/Distrito | Zona Urbana | Zona Rural | Departamento | Teléfono Fijo y/o celular | |
| 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 TORRE 33 - VS TORRE 33 | VSTORRE33 - VSTORRE33 |
| B | - | - |
| B | - | - |
| B | - | - |

**/. 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) |
|---|---|---|---|
| CONSORCIO ESCENARIOS DEPORTIVOS VILLA OLIMPICA O | NIT | 901682871 | 01 |

| 39.Ubicación | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Dirección: CL 37 32 45 BRR CEN | Teleéfono: 3138445603 | Correo electrónico: TERRACANTOSAS@GMAIL.COM | Municipio/distrito: VILLAVICENCIO | Departamento: META |

7733

| No de Radicacion |
|---|
| 4011028996 |



## 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

## II. 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\|3\|0\|9\|2\|0\|2\|3 |

| 43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado Código: | 45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones |
|---|---|---|
| EPS005 | 1 | |

## III. 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 publicas 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

## III. FIRMAS

Brayan Graterol

**54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario**

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

## X. ANEXOS

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

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 Total: 1

- ☐ 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 | 71. Firma del funcionario |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| Tipo documento de identidad | Número documento de identidad |
|---|---|
| | |

Observaciones

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

## CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

| Primer apellido | Segundo apellido (o de casada) | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| GRATEROL | GUTIERREZ | BRAYAN | ENRRIQUE |

| No de identificación | Tipo de documento | Fecha de nacimiento | Sexo | Fecha diligenciamiento |
|---|---|---|---|---|
| 6917526 | | 1996 12 09 | X | 2023 25 09 |

## CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Apreciado Protegido: La Carta de derechos del afiliado y del paciente, y la carta de desempeño, se constituyen en herramienta importante de consulta, para que conozca sus derechos y deberes, al igual que la infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atención, lo estipulado en normatividad vigente y por supuesto, los canales de comunicación con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias.

Con el fin de garantizar la entrega de este importante documento le solicitamos responder el siguiente cuestionario:

1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? X
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? X
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? X
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? X
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? X

Medio de entrega deseado: Electrónico X Físico __

**CONSENTIMIENTO PARA ENVÍO VIRTUAL (solo para entrega electrónica)**

Así pues, con el fin de garantizar su entrega, le solicitamos su respectiva autorización para realizar el envío de La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño a su correo electrónico:

"Yo: BRAYAN ENRRIQUE GRATEROL GUTIERREZ identificado con el documento de identidad: PT No. 6917526, doy mi consentimiento para que Salud Total EPSS envíe al correo electrónico sstvilla.2023@gmail.com la Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño

**Firma del afiliado (Cotizante):** Brayan Gratero

Nombres y Apellidos: BRAYAN ENRRIQUE GRATEROL GUTIERREZ
Número de identificación: 6917526

Fecha de diligenciamiento
2023 25 09

7735

**FIRMA A RUEGO**

A ruego del señor(a) _____ identificado (a) con el documento de identidad: _____No._____ quien manifiesta no saber firmar o no poder firmar, lo hace en su nombre, el señor (a) _____ mayor de edad, identificado (a) con documento de identidad _____ No. _____ y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a)

**Firma A Ruego**

_____

Nombres y Apellidos:
Documento de Identidad:
Edad:
Domicilio:

_____

Nombres y apellidos de la persona de quien no sabe firmar

**Huella digital del cotizante**
(en caso de no saber firmar)

---

**AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

"Con la suscripción del presente documento, en cumplimiento a la ley 1581 de 2012 y demás normas que reglamenten, modifiquen o deroguen, hago constar expresamente que Salud Total EPS-S S.A. me informó sobre los derechos que me asisten como titular de datos personales y, por tanto, AUTORIZO de manera libre e informada a Salud Total EPS-S S.A., con Nit. 830.140.907-4 como responsable del tratamiento de datos personales, para la recolección, almacenamiento, uso desde el momento de mi afiliación, continuación de uso y tratamiento de mis datos personales, los cuales serán almacenados en bases de datos que se encuentran en medios físicos y/o magnéticos para los siguientes fines:

- Afiliación, traslado, identificación, validación de derechos y actualización de datos de los protegidos.
- Autorizaciones de servicios de salud requeridos por los protegidos.
- Caracterización, seguimiento, identificación de la población y gestión del riesgo.
- Garantizar la prestación de las tecnologías en salud cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud Contributivo en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías.
- La asignación y/o reasignación de citas, recaudo y recuperación de cartera, información y demás operaciones relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Evaluación de indicadores de alertas tempranas, oportunidad y calidad de los productos y servicios brindados.
- Identificación de Proveedores y Prestadores, así como medición de necesidad, oportunidad y calidad en los productos y servicios prestados por éstos.
- Transferencia y/o transmisión al exterior de datos personales, transferencia y/o transmisión de datos con las empresas vinculadas o matrices, con empresas de auditoria o revisoría fiscal, con prestadores de servicios de salud públicos o privados, así como con proveedores necesarios para el desarrollo de las anotadas finalidades y del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A., con los cuales se tienen contratos en aras de cumplir con los deberes de acceso y confidencialidad, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.
- Dar a conocer los diferentes servicios y productos ofrecidos por la EPS, temas de publicidad y en general mantener contacto con los usuarios y afiliados mediante cualquier medio de comunicación (escrito y/o electrónico), con el fin de adelantar cualquier trámite necesario para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A.
- Cualquier otra operación necesaria para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS S.A. atendiendo a su naturaleza y el cumplimiento a los protocolos de bioseguridad.
- Cumplimiento de requerimientos legales de entidades administrativas o jurisdiccionales inclusive después de terminada la relación contractual y en general para el cumplimiento de obligaciones contractuales y legales de Salud Total EPS-S S.A.

Se aclara que la información referente a beneficiarios y miembros del grupo familiar en los que pueden encontrarse datos de niñas, niños y adolescentes, datos de la salud y datos biométricos como (fotografías, huellas, videos, entre otros) son datos sensibles, sobre los cuales no está obligado a autorizar su tratamiento; no obstante lo anterior, solo serán utilizados por la Empresa para el cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los sistemas integrados de gestión adoptados por Salud Total EPS-S SA.

Como Titular de datos personales, sé que tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos a través de los canales de comunicación para tal fin, establecidos en la Política de protección de datos personales de Salud Total EPS-S S.A. que declaro conocer y aceptar, publicada en la página web: *www.saludtotal.com.co*, igualmente en cualquier momento puedo ejercer mis

7736

derechos y comunicarme con el responsable del tratamiento de los datos personales por solicitud dirigida al E-mail *protecciondatos@saludtotal.com.co*, al Teléfono: (57+1) 4854555 y a nivel nacional 018000 114524.

Firma del afiliado (Cotizante) Barton Gretterol

Número de identificación: 6917526

**www.saludtotal.com.co**
**Línea local en Bogotá 4854555**
**Línea Nacional de atención al cliente 018000114524**
**Síguenos en Salud Total EPS. Oficial**

Tu salud no es a medias debe ser total

SaludTotal EPS

# FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

7737

**Salud Total** EPS-S

| No de Radicacion | Fecha de Radicación |
|---|---|
| 4011028996 | 2\|5\|0\|9\|2\|0\|2\|3 |

**. DATOS DEL TRÁMITE** (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo) Página 1 de

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

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

**3.Regimen** A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

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

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

**Codigo** (a registrar por la EPS) 1

## A. AFILIACIÓN

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

| 6.Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| GRATEROL (Primer apellido) | GUTIERREZ (Segundo apellido) | BRAYAN (Primer nombre) | ENRRIQUE (Segundo nombre) |
| **7.Tipo documento de Identidad** | **8.Número del documento de Identidad** | **9.Sexo** | **10.Fecha de nacimiento** |
| PT | 6917526 | Femenino ☐ Masculino ☒ | 0\|9\|1\|2\|1\|9\|9\|6 |

**II. DATOS COMPLEMENTARIOS**

Datos personales

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

| 15. Administradora de riesgos Laborales - ARL | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingreso base de cotizacion - IBC |
|---|---|---|
| SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A. | PORVENIR FPC | 1160000 |

**18.Residencia**

| Dirección | Telefono fijo | Telefono celular | Correo electronico |
|---|---|---|---|
| CL 45A N 23 N 27 | | 3134154125 | SSTVILLA.2023@GMAIL.COM |

| Municipio/Distrito | zona | Localidad / comuna | Departamento |
|---|---|---|---|
| VILLAVICENCIO | Urbana ☒ Rural ☐ | | META |

**V. 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 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | F | Tipo 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 TORRE 33 - VS TORRE 33 | VSTORRE33 - VSTORRE33 |
| B | - | - |
| B | - | - |
| B | - | - |

**/. 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) |
|---|---|---|---|
| CONSORCIO ESCENARIOS DEPORTIVOS VILLA OLIMPICA O | NIT | 901682871 | 01 |

| 39.Ubicación | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Dirección | Teleéfono | Correo electrónico | Municipio/distrito | Departamento |
| CL 37 32 45 BRR CEN | 3138445603 | TERRACANTOSAS@GMAIL.COM | VILLAVICENCIO | META |

7738

| No de Radicacion |
|---|
| 4011028996 |



## 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

## II. 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\|3\|0\|9\|2\|0\|2\|3 |

| 43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado Código: | 45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones |
|---|---|---|
| EPS005 | 1 | |

## III. 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 clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 51. ☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades publicas 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

## IV. FIRMAS

Brayan Graterol.

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario

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

## V. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐
  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 Total: 1
- ☐ 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

## VI. 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 capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.**

## CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

| Primer apellido | Segundo apellido (o de casada) | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| GRATEROL | GUTIERREZ | BRAYAN | ENRRIQUE |

| No de identificación | Tipo de documento | Fecha de nacimiento | Sexo | Fecha diligenciamiento |
|---|---|---|---|---|
| 6917526 | | 1996 12 09 | X | 2023 25 09 |

## CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Apreciado Protegido: La Carta de derechos del afiliado y del paciente, y la carta de desempeño, se constituyen en herramienta importante de consulta, para que conozca sus derechos y deberes, al igual que la infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atención, lo estipulado en normatividad vigente y por supuesto, los canales de comunicación con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias.

Con el fin de garantizar la entrega de este importante documento le solicitamos responder el siguiente cuestionario:

1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? X
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? X
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? X
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? X
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? X

Medio de entrega deseado: Electrónico X Físico __

**CONSENTIMIENTO PARA ENVÍO VIRTUAL (solo para entrega electrónica)**

Así pues, con el fin de garantizar su entrega, le solicitamos su respectiva autorización para realizar el envío de La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño a su correo electrónico:

"Yo: BRAYAN ENRRIQUE GRATEROL GUTIERREZ identificado con el documento de identidad: PT No. 6917526, doy mi consentimiento para que Salud Total EPSS envíe al correo electrónico sstvilla.2023@gmail.com la Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño

**Firma del afiliado (Cotizante):** Brayan Graterol

Nombres y Apellidos: BRAYAN ENRRIQUE GRATEROL GUTIERREZ
Número de identificación: 6917526

Fecha de diligenciamiento
2023 25 09

7740

**FIRMA A RUEGO**

A ruego del señor(a) _____ identificado (a) con el documento de identidad: _____No._____ quien manifiesta no saber firmar o no poder firmar, lo hace en su nombre, el señor (a) _____ mayor de edad, identificado (a) con documento de identidad _____ No. _____ y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a)

**Firma A Ruego**

Nombres y Apellidos:
Documento de Identidad:
Edad:
Domicilio:

Nombres y apellidos de la persona de quien no sabe firmar

**Huella digital del cotizante**
(en caso de no saber firmar)

**AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

"Con la suscripción del presente documento, en cumplimiento a la ley 1581 de 2012 y demás normas que reglamenten, modifiquen o deroguen, hago constar expresamente que Salud Total EPS-S S.A. me informó sobre los derechos que me asisten como titular de datos personales y, por tanto, AUTORIZO de manera libre e informada a Salud Total EPS-S S.A., con Nit. 830.140.907-4 como responsable del tratamiento de datos personales, para la recolección, almacenamiento, uso desde el momento de mi afiliación, continuación de uso y tratamiento de mis datos personales, los cuales serán almacenados en bases de datos que se encuentran en medios físicos y/o magnéticos para los siguientes fines:

- Afiliación, traslado, identificación, validación de derechos y actualización de datos de los protegidos.
- Autorizaciones de servicios de salud requeridos por los protegidos.
- Caracterización, seguimiento, identificación de la población y gestión del riesgo.
- Garantizar la prestación de las tecnologías en salud cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud Contributivo en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías.
- La asignación y/o reasignación de citas, recaudo y recuperación de cartera, información y demás operaciones relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Evaluación de indicadores de alertas tempranas, oportunidad y calidad de los productos y servicios brindados.
- Identificación de Proveedores y Prestadores, así como medición de necesidad, oportunidad y calidad en los productos y servicios prestados por éstos.
- Transferencia y/o transmisión al exterior de datos personales, transferencia y/o transmisión de datos con las empresas vinculadas o matrices, con empresas de auditoria o revisoría fiscal, con prestadores de servicios de salud públicos o privados, así como con proveedores necesarios para el desarrollo de las anotadas finalidades y del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A., con los cuales se tienen contratos en aras de cumplir con los deberes de acceso y confidencialidad, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.
- Dar a conocer los diferentes servicios y productos ofrecidos por la EPS, temas de publicidad y en general mantener contacto con los usuarios y afiliados mediante cualquier medio de comunicación (escrito y/o electrónico), con el fin de adelantar cualquier trámite necesario para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A.
- Cualquier otra operación necesaria para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS S.A. atendiendo a su naturaleza y el cumplimiento a los protocolos de bioseguridad.
- Cumplimiento de requerimientos legales de entidades administrativas o jurisdiccionales inclusive después de terminada la relación contractual y en general para el cumplimiento de obligaciones contractuales y legales de Salud Total EPS-S S.A.

Se aclara que la información referente a beneficiarios y miembros del grupo familiar en los que pueden encontrarse datos de niñas, niños y adolescentes, datos de la salud y datos biométricos como (fotografías, huellas, videos, entre otros) son datos sensibles, sobre los cuales no está obligado a autorizar su tratamiento; no obstante lo anterior, solo serán utilizados por la Empresa para el cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los sistemas integrados de gestión adoptados por Salud Total EPS-S SA.

Como Titular de datos personales, sé que tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos a través de los canales de comunicación para tal fin, establecidos en la Política de protección de datos personales de Salud Total EPS-S S.A. que declaro conocer y aceptar, publicada en la página web: *www.saludtotal.com.co*, igualmente en cualquier momento puedo ejercer mis

derechos y comunicarme con el responsable del tratamiento de los datos personales por solicitud dirigida al E-mail *protecciondatos@saludtotal.com.co*, al Teléfono: (57+1) 4854555 y a nivel nacional 018000 114524.

Firma del afiliado (Cotizante) Barton Gratterol

Número de identificación: 6917526

**www.saludtotal.com.co**
**Línea local en Bogotá 4854555**
**Línea Nacional de atención al cliente 018000114524**
**Síguenos en Salud Total EPS. Oficial**

Tu salud no es a medias debe ser total

SaludTotal EPS

7742

**INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.**

| | |
|---|---|
| **No. Identificación** | 901200839-9 |
| **Dirección:** | CALLE 15 N° 37L 10 ET 8 B. ESPERANZA |
| **Telefono:** | 6668018-3176678051 |
| **Email:** | gerencia@integrarips.com |

**CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en ANEXO OSTEOMUSCULAR**

## Información General



| | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha impresión: | VILLAVICENCIO - 2023/09/18 | Nro Ingreso: | 20230918020118 |
| Paciente: | BRAYAN ENRRIQUE GRATEROL GUTIERREZ | PEP: | 6917526 |
| Edad: | 26 años | Nombre Cliente: | CONSORCIO ESCENARIOS DEPORTIVOS VILLA OLIMPICA 2023 |
| Género: | Masculino | Tipo Evaluación: | Ingreso |
| Cargo: | AYUDANTE DE OBRA | | |
| Orígen: | CONSORCIO ESCENARIOS DEPORTIVOS VILLA OLIMPICA 2023 | Destino: | CONSORCIO ESCENARIOS DEPORTIVOS VILLA OLIMPICA 2023 |
| Fecha Salida: | 2023-09-18 10:09:15 | Fecha Atención: | 2023-09-18 10:07:26 |

## Pruebas de Apoyo Diagnóstico

**PARACLINICOS** **LABORATORIO CLINICO** **COMPLEMENTARIOS** **VACUNAS**

## Certificacion de Aptitud

| | |
|---|---|
| CONCEPTO - EXAMEN INGRESO: | APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO |
| OBSERVACIONES AL CONCEPTO: | SIN OBSERVACIÓN |
| ENFASIS - ANEXO OSTEOMUSCULAR: | Definicion de caso para el SVE desordenes Osteomusculares<br>**CASO DESCARTADO** |

## Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

## Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

## Recomendaciones Específicas

NINGUNA

**Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S..**

Profesional Ocupacional: RUBEN IVAN MARTINEZ LOBO 0

Registro M.D: 688591999
Licencia S.O: 7407-21

Firma del Paciente: BRAYAN ENRRIQUE GRATEROL GUTIERREZ
Identificacion: PEP. - 6917526

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.121.848.218

CHIVATA SALAZAR
APELLIDOS

EDILSON FERNEY
NOMBRES

Edilson Ferney chivata S
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-NOV-1988
ACACIAS
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65
ESTATURA

B+
G.S. RH

M
SEXO

16-ENE-2007 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL



02547

7744

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

# COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 02/06/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## DATOS DE LA EMPRESA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Tipo documento:** | NI | **Número de documento:** | 900067574 | **Cédula Usuario:** | CC 79131779 |
| **Nombre:** | ESTRUCTURAS TECNICAS LIMITADA | | | | |
| **Dirección:** | KR 35 44AP103 ED LANCEROS | | | | |
| **Departamento:** | META | **Municipio:** | VILLAVICENCIO | | |
| **Correo electrónico:** | estructec@gmail.com | | | | |
| **Teléfono:** | 6640486 | **Tarifa:** | 6.960 | | |
| **Actividad Económica:** | 5711001 ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORIA TECNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORIA DE ARQUITECTURA: DISENO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCION, PLANIFICACION URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISENO DE INGENIERIA, CONSULTORIA EN MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERIA CIVIL, HIDRAULICA Y DE TRAFICO, PROYECTOS DE ORDENACION HIDRICA, PROYECTOS DE INGENIERIA ELECTRICA CON PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (CON INTERVENCION DIRECTA EN OBRAS); ELABORACION Y REALIZACION DE PROYECTOS DE INGENIERIA ELECTRICA Y ELECTRONIC | | | | |

## DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

| Cédula Usuario | Nombres y Apellidos del Usuario |
|---|---|
| CC 79131779 | IDELFONSO VELASCO CHAVES |

## DATOS AFILIADOS RADICADOS

| | Radicado | Cobertura | Documento | Nombre Trabajador | Riesgo | Tarifa | Tipo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 56 | 03/06/2023 | CC 1121848218 | CHIVATA SALAZAR EDILSON | 5 | 6.96000 | Dependiente |

## OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

**Gerencia de Afiliaciones y Novedades**
**Positiva Compañía de Seguros S.A.**

EFC252E3ED42A816C8BEA3288A7E2D28

Certificado impreso el día 6/2/2023 3:02:27 PM por el portal de empresas Edesk

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

7745

Bogota 05.06.2023

Señores,
**ESTRUCTURAS TECNICAS LTDA - NI 900067574**
Ciudad

Asunto : CERTIFICADO DE RADICACION

Respetados Señores :

Por medio del presente nos permitimos CERTIFICAR el recibido de 1 usuarios enviados para tramite de novedad web radicadas el 2023-06-05 con numero de radicado3889724 :

Cordialmente,

Gestión de la Afiliación - Operaciones - EPS Sanitas

7745

NUMERO DE RADICADO : 3889724

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

Estructec
OBRAS CIVILES
MAQUINARIA PESADA

Villavicencio, 02 de Junio de 2023

Señores

EPS Sanitas

Ciudad

**Referencia: Solicitud Radiación Novedades Masivas**

Respetados,

Por medio de la presente solicitamos realizar trámite de novedad a cargo del empleador identificado como Nit. 900.067.574-9 ESTRUCTURAS TECNICAS LIMITADA para las personas que se detallan a continuación:

| N | Tipo Doc Empleado | No. Doc Empleado | Nombre Empleado | IBC | Fecha Ingreso Empresa | Fecha Retiro Si Aplica** | Dirección Residencia | Municipio / Departamento | # Celular | Correo electrónico |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC | 1121848218 | EDILSON FERNEY CHIVATA SALAZAR | 1.160.000 | 03/6/2022 | | CR 20 60 70 | VILLAVICENCIO | 3204238021 | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |

** La fecha de retiro aplica solamente para los casos en los cuales aún el usuario se encuentra activo en el sistema bajo el mismo empleador

Cordialmente

Angie Loaiza S.

ANGIE MARCELA LOAIZA SOLANO
Auxiliar de Talento Humano

**Carrera 35 44- 39 apto 103 Barrio Grama**
**TEL: 320 423 8021 E-MAIL:** estructec@gmail.com
**VILLAVICENCIO - META**

7747

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

# CERTIFICA QUE:

**EDILSON FERNEY CHIVATA SALAZAR**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.121.848.218**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 6 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.

SISOMEC
NIT. 900495667-0

# CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Resolución No. 2346 del 2007

| Código: RE-SE-02 | 748 |
|---|---|
| Versión: 01 | |
| Página 1 de 1 | |

## 1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

NOMBRE DE LA EMPRESA: Estructel Ltda

FECHA: 21/8/2023 | CIUDAD: Valledupar | DPTO: Cesar

TIPO DE EXAMEN: INGRESO [X] | EGRESO [ ] | PERIÓDICO [ ] | POST-INCAPACIDAD [ ] | OTRO [ ] | CUAL:

## 2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

NOMBRE Y APELLIDOS: Edilson Fornel Chivata Salazar.

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.121.848.218 | EDAD: 34 | SEXO: F [ ] M [X]

DIRECCIÓN: Pje 775 # 42-73 B Dorfia | CIUDAD: Valledupar | TELÉFONO: 3152267206

CARGO: Operador C. Pesado. | EPS: Sanitas | GRUPO SANGUÍNEO: B+

## 3. EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS

CARDIOVASCULAR: [ ] | ALTURAS: [ ] | PIEL: [ ] | RESPIRATORIO: [ ] | OTRO: [ ] osteomuscular

## 4. EXÁMENES PARACLÍNICOS REALIZADOS

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AUDIOMETRÍA | X | C. HEMÁTICO | | TGO | | COPROLÓGICO | | P. SICOSENSOMETRICA | |
| VISIOMETRÍA | X | PARCIAL DE ORINA | | TGP | | FROTIS FARINGEO | | P. SICOTÉCNICA | |
| ESPIROMETRÍA | X | GLICEMIA | | VDRL | | KOH UÑAS | | PERFIL LIPÍDICO | |
| ELECTROCARDIOGRAMA | | COLESTEROL | | GRAVIDEZ | | BACILOSCOPIA | | VACUNA ANTITETÁNICA | |
| RX DE TORAX | | TRIGLICERIDOS | | PSA | | COLINESTERASA | | OTROS | |
| RX DE COLUMNA | | CREATININA | | ALCOHOLEMIA | | HEMOCLASIFICACIÓN | | | |

## 5. CONCEPTO MÉDICO LABORAL

| EXAMEN DE INGRESO | | EXAMEN PERIÓDICO | | EXAMEN DE RETIRO | |
|---|---|---|---|---|---|
| Cumple con los requisitos necesarios para el perfil del cargo. | X | Satisfactorio. | | Satisfactorio. | |
| Presenta condiciones de salud que no disminuyen su capacidad laboral. | | Signos y síntomas de enfermedad general, que deben ser valorados por la EPS. | | Con patología de origen común que debe ser valorados por la EPS | |
| Aplazado por presentar patología que requiere ser tratada para su corrección. | | Se deben reasignar funciones, reubicar, analizar puesto de trabajo. | | Secuelas de accidente de trabajo. | |
| No cumple con los requisitos del perfil del cargo. | | Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por la EPS/ARL | | Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por la ARP. | |

## 6. OBSERVACIONES

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| APTO PARA TRABAJOS EN ALTURAS: | SI | NO | NA | APTO PARA CONDUCCIÓN: | SI | NO | NA | APTO PARA MANIPULAR CARGAS | SI | NO | NA |
| APTO PARA ESPACIOS CONFINADOS: | SI | NO | NA | APTO PARA MANIPULACIÓN ALIMENTOS: | SI | NO | NA | REQUIERE SER REUBICADO | SI | NO | NA |

## 7. RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

| SEGÚN IMC | | MANEJO EPS / ARL | | RECOMENDACIONES | | INCLUIR EN SVE | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIETA | | CONTROL PYP POR EPS | | CONTROL OCUPACIONAL | | AUDITIVO | |
| EJERCICIO REGULAR | | REMISIÓN A EPS | | HIGIENE POSTURAL | | VISUAL | |
| VALORACIÓN POR NUTRICIÓN | | REMISIÓN A ARL | | USO DE EPP APROPIADOS | X | RESPIRATORIO | |
| DESCARTAR ALTERACIÓN METAB. | | SE PRESCRIBE TRATAMIENTO | | AYUDAS ERGONOMÉTRICAS | | ERGONÓMICO | |
| | | CONTINUAR MANEJO MÉDICO | | EVALUACIÓN PUESTO TRABAJO | | QUÍMICO | |
| | | | | MEDIDAS ANTI VARICES | | CARDIOVASCULAR | |

Resolución 2346/07 la historia clínica ocupacional, los documentos, exámenes o valoraciones paraclínicas son confidenciales y hacen parte de la Reserva Profesior

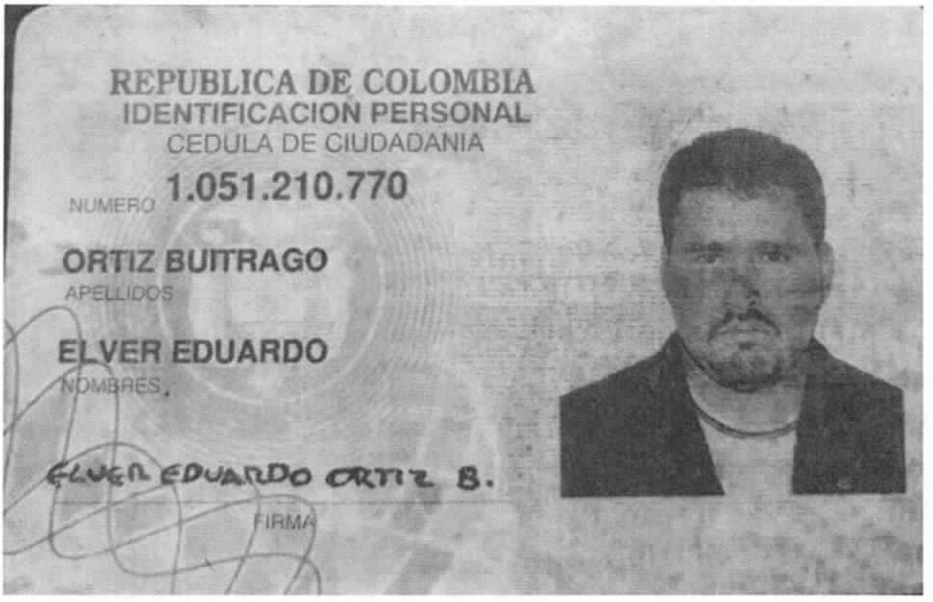
FIRMA Y SELLO REGISTRO MÉDICO

Hernán E. Medina C.
Medico Cirujano General
Rem 2007
Especialista en Salud Ocupacional
Reg 7953/2022

FIRMA DEL TRABAJADOR

CÉDULA 1121848218

Powered by CamScanner



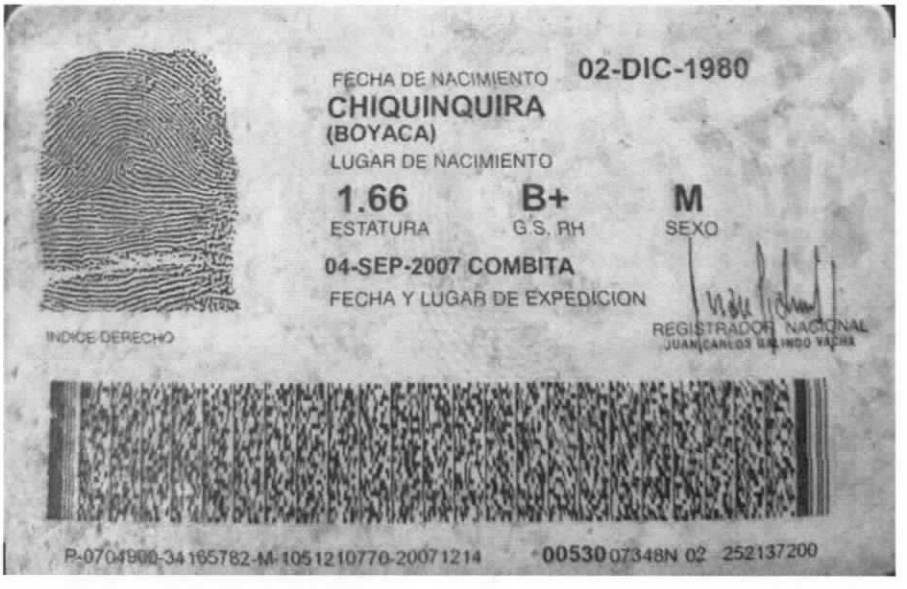
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.051.210.770

ORTIZ BUITRAGO
APELLIDOS

ELVER EDUARDO
NOMBRES

ELVER EDUARDO ORTIZ B.
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 02-DIC-1980
CHIQUINQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA
B+ G.S. RH
M SEXO

04-SEP-2007 COMBITA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-0704900-34165782-M-1051210770-20071214 00530 07348N 02 252137200

7750

EPS | sura

ARL | sura

Medellín, 12 de Septiembre de 2023

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSUESMAR 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 CONSUESMAR LTDA. | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: | 6.96% | |
| C1051210770 | ORTIZ BUITRAGO ELVER EDUARDO | 11/01/2023 | | Q2281322 | DEPENDIENTE | EN COBERTURA |

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10512107702325525250

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 12/09/2023 07:00:47 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.51.34.33, 192.230.104.11, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EPS | Cajacopi
Cuida de ti

# CERTIFICADO DE AFILIACION DE CAJACOPI EPS SAS

Se certifica que ORTIZ BUITRAGO ELVER EDUARDO identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANÍA número 1051210770 , se encuentra registrado(a), con la siguiente información:

**TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION:**
CC-1051210770
**NOMBRES Y APELLIDOS:**
ORTIZ BUITRAGO ELVER EDUARDO
**TIPO DE AFILIADO:**
COTIZANTE
**ESTADO DE AFILIACIÓN:**
ACTIVO
**FECHA DE INGRESO A CAJACOPI EPS SAS:**
11/12/2022
**FECHA RETIRO CAJACOPI EPS SAS:**
**DISCAPACIDAD:**
NINGUNA
**REGIMEN:**
CONTRIBUTIVO
**NIVEL:**1
**MUNICIPIO / DEPARTAMENTO:**
VILLAVICENCIO / META
**SUBDIRECCION NACIONAL OPERACIONES**
**Fecha de generacion: 13/09/2023**
**Codigo de verificacion: AFCS202200000440252**
**Generado por: usuweb**

**ESTE DOCUMENTO NO ES VALIDO PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADO**

7752

SISOMEC
Seguridad Industrial & Salud Ocupacional de Colombia
NIT. 900495667-0

# CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Resolución No. 2346 del 2007

Código: RE-SE-02
Versión: 01
Página 1 de 1

## 1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

NOMBRE DE LA EMPRESA: consuesmar SAS
FECHA: 07. 10. 2022 | CIUDAD: Vlcio | DPTO: meta
TIPO DE EXAMEN: INGRESO [X] | EGRESO [ ] | PERIÓDICO [ ] | POST-INCAPACIDAD [ ] | OTRO [ ] | CUAL:

## 2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

NOMBRE Y APELLIDOS: Elver Eduardo. ortiz Buitrago
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.051.210.770 | EDAD: 40 | SEXO: F [ ] M [X]
DIRECCIÓN: San Sisriano | CIUDAD: Vlcio | TELÉFONO: 3122091463
CARGO: operador de maquinaria pesada | EPS: cajacopi | GRUPO SANGUÍNEO: B+

## 3. EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS

CARDIOVASCULAR: [ ] | ALTURAS: [X] | PIEL: [ ] | RESPIRATORIO: [ ] | OSTEOMUSCULAR [X] | OTRO:

## 4. EXÁMENES PARACLÍNICOS REALIZADOS

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AUDIOMETRÍA | | C. HEMÁTICO | | TGO | | COPROLÓGICO | | P. SICOSENSOMETRICA | |
| VISIOMETRÍA | | PARCIAL DE ORINA | | TGP | | FROTIS FARINGEO | | P. SICOTÉCNICA | |
| ESPIROMETRÍA | | GLICEMIA | | VDRL | | KOH UÑAS | | PERFIL LIPÍDICO | |
| ELECTROCARDIOGRAMA | | COLESTEROL | | GRAVIDEZ | | BACILOSCOPIA | | VACUNA ANTITETÁNICA | |
| RX DE TORAX | | TRIGLICERIDOS | | PSA | | COLINESTERASA | | OTROS | |
| RX DE COLUMNA | | CREATININA | | ALCOHOLEMIA | | HEMOCLASIFICACIÓN | | | |

## 5. CONCEPTO MÉDICO LABORAL

| EXAMEN DE INGRESO | | EXAMEN PERIÓDICO | | EXAMEN DE RETIRO | |
|---|---|---|---|---|---|
| Cumple con los requisitos necesarios para el perfil del cargo. | ✓ | Satisfactorio. | | Satisfactorio. | |
| Presenta condiciones de salud que no disminuyen su capacidad laboral. | | Signos y síntomas de enfermedad general, que deben ser valorados por la EPS. | | Con patología de origen común que debe ser valorados por la EPS | |
| Aplazado por presentar patología que requiere ser tratada para su corrección. | | Se deben reasignar funciones, reubicar, analizar puesto de trabajo. | | Secuelas de accidente de trabajo. | |
| No cumple con los requisitos del perfil del cargo. | | Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por la EPS/ARL | | Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por la ARP. | |

## 6. OBSERVACIONES

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| APTO PARA TRABAJOS EN ALTURAS: | SI | NO | NA | APTO PARA CONDUCCIÓN: | SI | NO | NA | APTO PARA MANIPULAR CARGAS | SI | NO | NA |
| APTO PARA ESPACIOS CONFINADOS: | SI | NO | NA | APTO PARA MANIPULACIÓN ALIMENTOS: | SI | NO | NA | REQUIERE SER REUBICADO | SI | NO | NA |

## 7. RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

| SEGÚN IMC | | MANEJO EPS / ARL | | RECOMENDACIONES | | INCLUIR EN SVE | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIETA | ✓ | CONTROL PYP POR EPS | | CONTROL OCUPACIONAL | ✓ | AUDITIVO | |
| EJERCICIO REGULAR | ✓ | REMISIÓN A EPS | | HIGIENE POSTURAL | ✓ | VISUAL | |
| VALORACIÓN POR NUTRICIÓN | | REMISIÓN A ARL | | USO DE EPP APROPIADOS | | RESPIRATORIO | |
| DESCARTAR ALTERACIÓN METAB. | | SE PRESCRIBE TRATAMIENTO | | AYUDAS ERGONOMÉTRICAS | | ERGONÓMICO | |
| | | CONTINUAR MANEJO MÉDICO | | EVALUACIÓN PUESTO TRABAJO | | QUÍMICO | |
| | | | | MEDIDAS ANTI VARICES | | CARDIOVASCULAR | |

**Resolución 2346/07 la historia clínica ocupacional, los documentos, exámenes o valoraciones paraclínicas son confidenciales y hacen parte de la Reserva Profesional.**

FIRMA Y SELLO REGISTRO MÉDICO

Dr Hernán E Mer... MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

FIRMA DEL TRABAJADOR
ELVER ORTIZ

CÉDULA: 1051210770

| IDERMETA | INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | Código: GES-FO-126 |
|---|---|---|
| | PROCESO DE GESTIÓN ESTRATÉGICA | Vigencia: 08/11/2022 |
| | INFORME DE OBRA | Versión: 01 |

# WILSON CARDENAS

7781

| INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | Código: GES-FO-33 |
|---|---|---|
| | PROCESO DE GESTIÓN ESTRATÉGICA | Vigencia: 31/01/2023 |
| | ACTA DE REALACIÓN DE PERSONAL DE OBRA E INTERVENTORIA | Versión: 02 |

| CONTRATO N° | 106 - 2023 | PROYECTO N° | BPIN 2022005500024 - BPIN 2022005500022 - BPIN 2022005500094 |
|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | CONSTRUCCION ESCENARIOS DEPORTIVOS MULTIPROPOSITO PISTA DE PATINAJE Y PISTA DE ATLETISMO EN LA VILLA OLIMPICA DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO DEPARTAMENTO META |
| OBJETO DEL PROYECTO: | CONSTRUCCION DE ESCENARIOS DEPORTIVOS MULTIPROPOSITO PISTA DE PATINAJE Y PISTA DE ATLETICA EN LA VILLA OLIMPICA DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO-META. |
| CONTRATISTA: | WILSON CARDENAS |
| NIT: | 17343650 |
| CONTRATO DE INTERVENTORIA N° | 249 - 2023 |
| INTERVENTORIA: | CONSORCIO INTERESCENARIOS |

| PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: | 1 de septiembre de 2023 | a | 30 de septiembre de 2023 | | | | AFILIACIÓN | | | | | | | | Ingreso Base de Cotización |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombres y Apellidos | Cargo y/o oficio | Cedula | Tipo de Vinculacion | Fecha de Ingreso | Fecha de Retiro | Asignación Salarial | EPS | % | PENSIÓN | % | ARL | NIVEL | Caja de Compensación | % | |
| JEISON CARDENAS | AYUDANTE | 1.121.934.562 | CONTRATISTA | 15/05/2023 | | 1.160.000 | MEDIMAS | 4,00% | PORVENIR | 16% | SURA | $ 6,96 | COFREM | 4% | 1.160.000 |
| FRANCISCO JAVIER MONROY DIAZ | OPERADOR | 74.359.579 | SUBCONTRATADO | 28/07/2023 | 18/09/2023 | 1.160.000 | FAMISANAR | 12,05% | PORVENIR | 16% | SURA | $ 6,96 | - | - | 1.160.000 |
| JEFFERSON SIBEN PINEDA MOSQUERA | OPERADOR | 1.121.883.077 | SUBCONTRATADO | 28/08/2023 | 09/09/2023 | 2.200.000 | SALUD TOTAL | 4,00% | PORVENIR | 16% | SURA | $ 6,96 | COFREM | 4% | 2.200.000 |
| GALVAN MONTES YEFERSON ENRIQUE | OPERADOR | 78.648.546 | DIRECTO | 28/08/2023 | 02/09/2023 | 1.160.000 | NUEVA EPS | 4,00% | COLFONDOS | 16% | SURA | $ 6,96 | COFREM | 4% | 1.160.000 |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

Nota 1: Mediante la presente acta se acredita que el personal de la ejecución del proyecto se encuentra Afiliado a los sistemas de seguridad social en Salud, Pensión y Riesgos, Incluso los trabajadores independientes.
Nota 2: Se Anexa a la presente Acta las afiliaciones del personal relacionado, previamente verificadas por la Supervisión.

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella, el

Firma:
Nombre: JHON HENRY ORTIZ GARCIA
REPRESENTANTE LEGAL CONTRATISTA DE OBRA

Firma:
Nombre: HECTOR ARMADO GOMEZ JAIMES
REPRESENTANTE LEGAL INTERVENTORIA

Firma:
Nombre: LEONEL ROA RUIZ
DIRECTOR DE INTERVENTORÍA
N° Matricula Profesional: 2520279953CND

Firma:
Nombre: RAMIRO ANDRES BARRAGAN BETANCOURT
CONTADOR DE CONTRATISTA
N° Matricula Profesional: 278207 - T

Firma:
Nombre: YEISON SNEYDER GOMEZ GUERRERO
DIRECTOR DE OBRA
N° Matricula Profesional: 25202090820CND

Firma:
Nombre: LEIDY CAROLINA BETANCOURT BETANCOURT
CONTADOR DE INTERVENTORÍA
N° Matricula Profesional: 176215-T

| OBSERVACIONES: |
|---|
| |

# COMISION TOPOGRAFICA JUAN BARBOSA

7956

| INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | | |
|---|---|---|
| | INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | Código: GES-FO-33 |
| | PROCESO DE GESTIÓN ESTRATÉGICA | Vigencia: 31/01/2023 |
| | ACTA DE REALACIÓN DE PERSONAL DE OBRA E INTERVENTORIA | Versión: 02 |

| CONTRATO N° | 106 - 2023 | PROYECTO N° | BPIN 2022005500024 - BPIN 2022005500022 - BPIN 20220055000094 |
|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| OBJETO DEL CONTRATO | CONSTRUCCION ESCENARIOS DEPORTIVOS MULTIPROPOSITO PISTA DE PATINAJE Y PISTA DE ATLETISMO EN LA VILLA OLIMPICA DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO DEPARTAMENTO META |
| OBJETO DEL PROYECTO: | CONSTRUCCION DE ESCENARIOS DEPORTIVOS MULTIPROPOSITO PISTA DE PATINAJE Y PISTA DE ATLETICA EN LA VILLA OLIMPICA DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO-META. |
| CONTRATISTA: | TOPOGRAFIA JUAN BARBOSA |
| NIT: | 17118296 |
| CONTRATO DE INTERVENTORIA N° | 249 - 2023 |
| INTERVENTORIA: | CONSORCIO INTERESCENARIOS |

| PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: | 1 de septiembre de 2023 | a | ########## |
|---|---|---|---|

| Nombres y Apellidos | Cargo y/o oficio | Cedula | Tipo de Vinculacion | Fecha de Ingreso | Fecha de Retiro | Asignación Salarial | AFILIACIÓN | | | | | | | | Ingreso Base de Cotización |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | EPS | % | PENSIÓN | % | ARL | NIVEL | Caja de Compensación | % | |
| ALEXANDER PARDO BONILLA | CADENERO | 86.067.518 | CONTRATISTA | 10/05/2023 | 7/09/2023 | $ 1.160.000 | SANITAS | 4.00% | PROTECCION | 16% | SURA | 6.96% | COFREM | 4% | $ 1.160.000 |
| PABLO JOSE WILCHES CRUZ | TOPOGRAFO | 1.121.894.458 | CONTRATISTA | 19/09/2023 | | $ 1.160.000 | SANITAS | 4.00% | PROTECCION | 16% | SURA | 6.96% | COFREM | 4% | $ 1.160.000 |
| YEISON ANDRES FLOREZ CRUZ | CADENERO | 1.124.825.890 | CONTRATISTA | 12/09/2023 | | $ 1.160.000 | SALUD TOTAL | 4.00% | COLFONDOS | 16% | SURA | 6.96% | COFREM | 4% | $ 1.160.000 |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

Nota 1: Mediante la presente acta se acredita que el personal de la ejecución del proyecto se encuentra Afiliado a los sistemas de seguridad social en Salud, Pensión y Riesgos; incluso los trabajadores indopendientes.
Nota 2: Se Anexa a la presente Acta las afiliaciones del personal relacionado, previamente verificadas por la Supervisión.

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella, el

Firma:
Nombre: JHON HENRRY ORTIZ GARCIA
REPRESENTANTE LEGAL CONTRATISTA DE OBRA

Firma:
Nombre: HECTOR ARMANDO GOMEZ GOMES
REPRESENTANTE LEGAL INTERVENTORIA

Firma:
Nombre: LEONEL ROA RUIZ
DIRECTOR DE INTERVENTORIA
N° Matricula Profesional: 2520278953CND

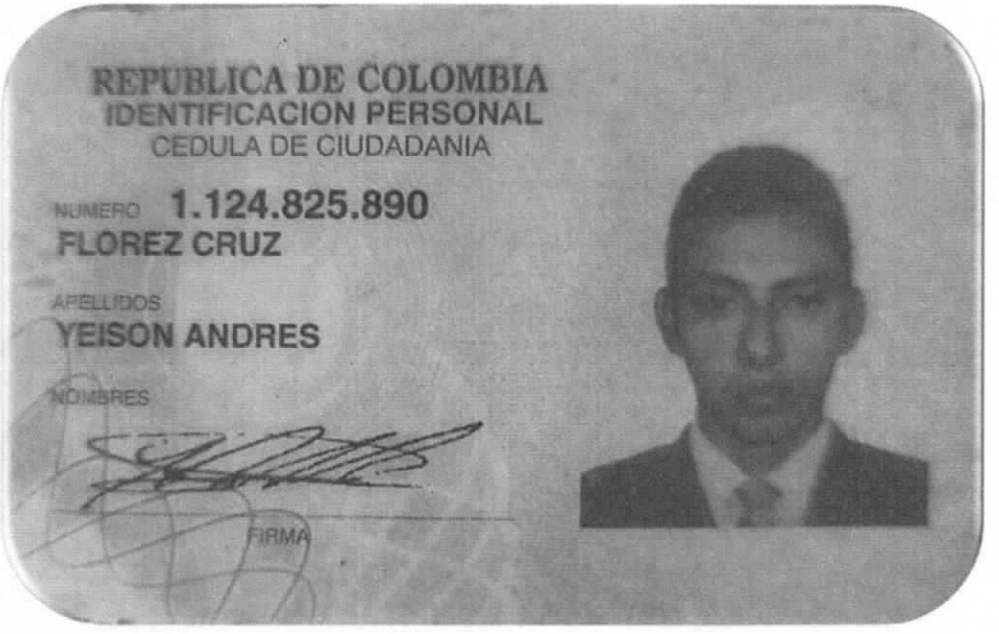
Firma:
Nombre: RAMIRO ANDRES BARRAGAN BETANCOURT
CONTADOR DE CONTRATISTA
N° Matricula Profesional: 278207 - T

Firma:
Nombre: YEINER LEIDER GOMEZ GUERRERO
DIRECTOR DE OBRA
N° Matricula Profesional: 25202090820CND

Firma:
Nombre: LEIDY CAROLINA BETANCOURT BETANCOURT
CONTADOR DE INTERVENTORIA
N° Matricula Profesional: 175215-T

| OBSERVACIONES: |
|---|
| |

7757



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.124.825.890
FLOREZ CRUZ

APELLIDOS
YEISON ANDRES

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-JUN-1994
SAN MARTIN
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

10-JUL-2012 PUERTO GAITAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-5204300-00397696-M-1124825890-20120906 0031018037A 1 38080676

7758

ARL | sura

Medellín, 10 de September de 2023

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

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

**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 | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: | 6.96 % | |
| C1124825890 | FLOREZ CRUZ YEISON ANDRES | 11/09/2023 | | O2479525 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 10/09/2023 23:34:08 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 179.1.129.11, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

7759

# SaludTotal EPS-S

| No de Radicacion | Fecha de Radicación |
|---|---|
| 4010963143 | 1\|1\|0\|9\|2\|0\|2\|3 |

**I. DATOS DEL TRÁMITE** (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo) — Página 1 de 2

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

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

**A. AFILIACIÓN**

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

| 6.Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| FLOREZ (Primer apellido) | CRUZ (Segundo apellido) | YEISON (Primer nombre) | ANDRES (Segundo nombre) |
| **7.Tipo documento de identidad** | **8.Número del documento de identidad** | **9.Sexo** | **10.Fecha de nacimiento** |
| CC | 1124825890 | Femenino ☐ Masculino ☒ | 15\|0\|5\|1\|9\|9\|4 |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

Datos personales

| 11.Etnia | 12.Discapacidad | 13.Puntaje SISBEN | 14.Grupo de poblacion especial |
|---|---|---|---|
| 6 | Tipo FNM Condicion TP | | |

| 15. Administradora de riesgos Laborales - ARL | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingreso base de cotizacion - IBC |
|---|---|---|
| SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A. | COLFONDOS | 1160000 |

**18.Residencia**

| Dirección | Telefono fijo | Telefono celular | Correo electronico |
|---|---|---|---|
| URB LA MADRID H 12 H 12 SUR SUR MADRID SUR | 6639144 | 3027702652 | YEISONFLOREZCRUZ@GMAIL.COM |

| Municipio/Distrito | zona | Localidad / comuna | Departamento |
|---|---|---|---|
| ACACIAS | Urbana ☒ Rural ☐ | VILLAVICENCIO | META |

**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 Femenino | 27.Sexo Masculino | 28.Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | |
| B2 | | | | | |
| B3 | | | | | |
| B4 | | | | | |
| B5 | | | | | |

Datos complementarios

| | 29.Parentesco | 30. Etnia | 31. Discapacidad Tipo F | Tipo N | Tipo M | Condición T | Condición 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

| | C | 34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS | Codigo de la IPS(a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| B | | MULTISALUD CP ACACIAS - MULTISALUD CP ACACIAS | MULTIACACI - MULTIACACI |
| B | | - | - |
| B | | - | - |
| B | | - | - |

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

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo de identificación | 37. Numero de documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| JUAN ANTONIO BARBOSA MAYORGA | CC | 17118296 | 01 |

| 39.Ubicación Dirección | Telefono | Correo electrónico | Municipio/distrito | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| CL 17 NO 37 D 19 | 3134309598 | JABTOPOGRAFIA.2015@GMAIL.COM | VILLAVICENCIO | META |

9760



**SISPRO**
**Sistema Integral de Información de la Protección Social**

**RUAF**
**Registro Único de Afiliados**

## Afiliaciones de una Persona en el Sistema

**INFORMACIÓN BASICA** Fecha de Corte: 2023-10-13

| Número de Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Sexo |
|---|---|---|---|---|---|
| CC 1124825890 | YEISON | ANDRES | FLOREZ | CRUZ | M |

**AFILIACIÓN A SALUD** Fecha de Corte: 2023-10-13

| Administradora | Régimen | Fecha Afiliacion | Estado de Afiliación | Tipo de Afiliado | Departamento -> Municipio |
|---|---|---|---|---|---|
| SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A. | Contributivo | 01/08/2022 | Activo | COTIZANTE | ACACIAS |

**AFILIACIÓN A PENSIONES** Fecha de Corte: 2023-10-13

| Régimen | Administradora | Fecha de Afiliación | Estado de Afiliación |
|---|---|---|---|
| PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL | COMPAÑIA COLOMBIANA ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS SA COLFONDOS | 2014-01-22 | Activo cotizante |

**AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES** Fecha de Corte: 2023-10-13

| Administradora | Fecha de Afiliación | Estado de Afiliación | Actividad Economica | Municipio Labora |
|---|---|---|---|---|
| Seguros de Vida Suramericana | 2023-09-11 | Activa | | Meta- VILLAVICENCIO |

**AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR** Fecha de Corte: 2023-10-13

| Administradora CF | Fecha de Afiliación | Estado de Afiliación | Tipo de Miembro de la Población Cubierta | Tipo de Afiliado | Municipio Labora |
|---|---|---|---|---|---|
| CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR REGIONAL DEL META COFREM | 2018-08-01 | Activo | Afiliado | Trabajador afiliado dependiente | |

**AFILIACIÓN A CESANTIAS** Fecha de Corte: 2023-10-13

| Régimen | Administradora | Fecha de Afiliación | Estado de Afiliación | Municipio Labora |
|---|---|---|---|---|
| CESANTÍAS: ESPECIAL | SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA | 2018-02-13 | VIGENTE | Bogotá, D.C.- BOGOTÀ |

**PENSIONADOS** Fecha de Corte: 2023-10-13

No se han reportado pensiones para esta persona.

**VINCULACIÓN A PROGRÀMAS DE ASISTENCIA SOCIAL** Fecha de Corte: 2023-10-13

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

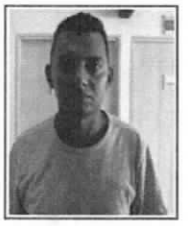


**Conmutador:** (57-1) 330 5000 - Central de fax (57-1) 330 5050
**Punto de atención presencial:** Carrera 13 No. 32-76 piso 1, Bogotá, código postal 110311
**Atención telefónica a través del Centro de Contacto:** En Bogotá: (57-1) 589 3750 Resto del país: 018000960020
**Horario de atención:** lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.

7761


**CONFIANZA IPS SAS**
Nit: 901.467.026 - 4
Dirección: Carrera 36 No 33 A - 08
Cel: 312 433 2036
E-mail: administracion@confianzaips.com
Web: www.confianzaips.com


ONAC ACREDITADO
ISO/IEC 17024:2012
22-CEP-070



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 5.559

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 11 DÍA | 09 MES | 2023 AÑO | VILLAVICENCIO (META, COLOMBIA) Ciudad | INGRESO |

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

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| JUAN ANTONIO BARBOSA MAYORGA | JUAN ANTONIO BARBOSA MAYORGA |

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

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| FLOREZ CRUZ YEISON ANDRES | MASCULINO | 29 AÑOS 2 MESES 26 DÍAS | Tipo: CC | Número: 1124825890 |

Cargo
**CADENERO**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

**APTO** | APTO

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

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

| | |
|---|---|
| Examen Medico Ocupacional Ingreso | ✓ |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

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

**Médico**

Firma:

Nombre: TORRES LADINO OSCAR ANDRES

R. M.: 2588 L.S.O.:

Código de Seguridad
D1019J1P5559

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: FLOREZ CRUZ YEISON ANDRES

CC: 1124825890

7762

| IDERMETA | INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | Código: GES-FO-126 |
|---|---|---|
| | PROCESO DE GESTIÓN ESTRATÉGICA | Vigencia: 08/11/2022 |
| | INFORME DE OBRA | Versión: 01 |

# FCC IN BLAU

7763

| INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | Código: GES-FO-33 |
|---|---|---|
| | PROCESO DE GESTIÓN ESTRATÉGICA | Vigencia: 31/01/2023 |
| | ACTA DE REALACIÓN DE PERSONAL DE OBRA E INTERVENTORIA | Versión: 02 |

| CONTRATO N° | 106 - 2023 | PROYECTO N° | BPIN 2022005500024 - BPIN 2022005500022 - BPIN 2022005500084 |
|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| OBJETO DEL CONTRATO | CONSTRUCCION ESCENARIOS DEPORTIVOS MULTIPROPOSITO PISTA DE PATINAJE Y PISTA DE ATLETISMO EN LA VILLA OLIMPICA DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO DEPARTAMENTO META |
| OBJETO DEL PROYECTO: | CONSTRUCCION DE ESCENARIOS DEPORTIVOS MULTIPROPOSITO PISTA DE PATINAJE Y PISTA DE ATLETICA EN LA VILLA OLIMPICA DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO-META. |
| CONTRATISTA: | FCC IN BLAU SAS |
| NIT: | 901504060 |
| CONTRATO DE INTERVENTORIA N° | 249 - 2023 |
| INTERVENTORIA: | CONSORCIO INTERESCENARIOS |

| PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: | 1 de septiembre de 2023 | a | ########## |
|---|---|---|---|

| Nombres y Apellidos | Cargo y/o oficio | Cedula | Tipo de Vinculacion | Fecha de Ingreso | Fecha de Retiro | Asignación Salarial | AFILIACIÓN | | | | | | | | Ingreso Base de Cotización |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | EPS | % | PENSIÓN | % | ARL | NIVEL | Caja de Compensación | % | |
| JENNY CAROLINA GIRALDO MARIN | INSPECTOR SST | 1.121.884.190 | CONTRATISTA | 14/08/2023 | | $ 1.650.000 | COMPENSAR | 4,00% | COLPENSIONES | 16% | SURA | 6,96% | COFREM | 4% | $ 1.650.000 |
| YERSON FABIAN MORENO ACHURY | AYUDANTE | 1.005.532.891 | CONTRATISTA | 16/08/2023 | 30/09/2023 | $ 1.160.000 | CAPITAL SALUD | 4,00% | PORVENIR | 16% | SURA | 6,96% | COFREM | 4% | $ 1.160.000 |
| DIEGO FERNANDO ERCISO | AYUDANTE | 1.121.821.140 | CONTRATISTA | 15/08/2023 | 30/09/2023 | $ 1.160.000 | SALUD TOTAL | 4,00% | PROTECCION | 16% | SURA | 6,96% | COMPENSAR | 4% | $ 1.160.000 |
| BRAYAN ALBERTO ORTIZ | AYUDANTE | 1.121.894.212 | CONTRATISTA | 17/08/2023 | 30/09/2023 | $ 1.160.000 | COMPENSAR | 4,00% | PORVENIR | 16% | SURA | 6,96% | COFREM | 4% | $ 1.160.000 |
| CESAR ORLANDO CAÑON JIMENEZ | COORDINADOR OBRA | 73.126.939 | CONTRATISTA | 14/08/2023 | | $ 1.160.000 | COMPENSAR | 4,00% | PORVENIR | 16% | SURA | 6,96% | COMPENSAR | 4% | $ 1.160.000 |
| ARLEY ARTURO GUERRA | OFICIAL | 479.034 | CONTRATISTA | 18/08/2023 | | $ 1.160.000 | COMPENSAR | 4,00% | COLPENSIONES | 16% | SURA | 6,96% | COMPENSAR | 4% | $ 1.160.000 |
| LIBANIEL GONZALEZ MARTINEZ | OFICIAL | 17.334.205 | CONTRATISTA | 23/08/2023 | | $ 1.160.000 | NUEVA EPS | 4,00% | PORVENIR | 16% | SURA | 6,96% | COMPENSAR | 4% | $ 1.160.000 |
| GERMAIN FEIJOO MONTOYA | HERRERO | 4.403.939 | CONTRATISTA | 23/08/2023 | | $ 1.160.000 | NUEVA EPS | 4,00% | PROTECCION | 16% | SURA | 6,96% | COMPENSAR | 4% | $ 1.160.000 |
| MIGUEL ANGEL NARVAEZ | HERRERO | 1.005.650.371 | CONTRATISTA | 23/08/2023 | 8/09/2023 | $ 1.160.000 | FAMISANAR | 4,00% | PORVENIR | 16% | SURA | 6,96% | COMPENSAR | 4% | $ 1.160.000 |
| DERFY GUACARAPE MANFARA | AYUDANTE | 1.007.495.295 | CONTRATISTA | 23/08/2023 | 30/09/2023 | $ 1.160.000 | SALUD TOTAL | 4,00% | PORVENIR | 16% | SURA | 6,96% | COMPENSAR | 4% | $ 1.160.000 |
| JOHN FREDY VELANDIA | HERRERO | 86.047.229 | CONTRATISTA | 23/08/2023 | | $ 1.160.000 | CAPITAL SALUD | 4,00% | PORVENIR | 16% | SURA | 6,96% | COMPENSAR | 4% | $ 1.160.000 |
| JUAN DAVID MARTINEZ | HERRERO | 1.006.855.970 | CONTRATISTA | 23/08/2023 | | $ 1.160.000 | CAJACOPI | 4,00% | COLFONDOS | 16% | SURA | 6,96% | COMPENSAR | 4% | $ 1.160.000 |
| GERMAN PEREIRA FERREIRA | AYUDANTE | 73.557.184 | CONTRATISTA | 23/08/2023 | | $ 1.160.000 | SANITAS | 4,00% | COLFONDOS | 16% | SURA | 6,96% | COMPENSAR | 4% | $ 1.160.000 |
| WILMER ANDRES JARABA MORA | HERRERO | 1.014.016.963 | CONTRATISTA | 25/08/2023 | | $ 1.160.000 | SANITAS | 4,00% | PORVENIR | 16% | SURA | 6,96% | COMPENSAR | 4% | $ 1.160.000 |
| OMAR IVAN PEREZ HENAO | OFICIAL | 1.121.706.061 | CONTRATISTA | 28/08/2023 | | $ 1.160.000 | SALUD TOTAL | 4,00% | COLPENSIONES | 16% | SURA | 6,96% | COMPENSAR | 4% | $ 1.160.000 |
| JOSE FERNANDO PEREZ TRIANA | OFICIAL | 1.116.203.742 | CONTRATISTA | 29/08/2023 | | $ 1.160.000 | CAJACOPI | 4,00% | COLPENSIONES | 16% | SURA | 6,96% | COMPENSAR | 4% | $ 1.160.000 |
| WILSON TRIANA CAVIELES | AYUDANTE | 86.005.035 | CONTRATISTA | 5/09/2023 | 30/09/2023 | $ 1.160.000 | FAMISANAR | 4,00% | PORVENIR | 16% | SURA | 6,96% | COMPENSAR | 4% | $ 1.160.000 |
| WILSON EDGARDO RAMIREZ FUQUENE | AYUDANTE | 79.693.185 | CONTRATISTA | 5/09/2023 | | $ 1.160.000 | FAMISANAR | 4,00% | PORVENIR | 16% | SURA | 6,96% | COMPENSAR | 4% | $ 1.160.000 |
| JOSE HECTOR MONTOYA MANJARRES | OFICIAL | 10.123.468 | CONTRATISTA | 21/09/2023 | | $ 1.160.000 | NUEVA EPS | 4,00% | COLPENSIONES | 16% | SURA | 6,96% | COMPENSAR | 4% | $ 1.160.000 |
| LEWIS MONTERO BALVIN | AYUDANTE | 1.052.739.524 | CONTRATISTA | 23/09/2023 | | $ 1.160.000 | MUTUAL SER | 4,00% | PORVENIR | 16% | SURA | 6,96% | COMPENSAR | 4% | $ 1.160.000 |

Nota 1: Mediante la presente acta se acredita que el personal de la ejecución del proyecto se encuentra Afiliado a los sistemas de seguridad social en Salud, Pensión y Riesgos; incluso los trabajadores independientes.
Nota 2: Se Anexa a la presente Acta las afiliaciones del personal relacionado, previamente verificadas por la Supervisión.

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella, el

Firma:
Nombre: JHON HENRY ORTIZ GARCIA
REPRESENTANTE LEGAL CONTRATISTA DE OBRA

Firma:
Nombre: HECTOR ARMANDO GOMEZ JAIME
REPRESENTANTE LEGAL INTERVENTORÍA

Firma:
Nombre: LEONEL ROA RUIZ
DIRECTOR DE INTERVENTORÍA
N° Matricula Profesional: 252027983CND

Firma:
Nombre: MARIO ANDRES BARRAGAN BETANCOURT
CONTADOR DE CONTRATISTA
N° Matricula Profesional: 278207 - T

Firma:
Nombre: YENIDH ESNEYDER GOMEZ GUERRERO
DIRECTOR DE OBRA
N° Matricula Profesional: 25202090820CND

Firma:
Nombre: LEIDY CAROLINA BETANCOURT BETANCOURT
CONTADOR DE INTERVENTORÍA
N° Matricula Profesional: 175215-T

| OBSERVACIONES: |
|---|
| |

7764

**FCC IN BLAU S.A.S**
generamos relaciones en firme

Villavicencio, septiembre 30 de 2023

**FCC IN BLAU SAS** con NIT 901.504.060-4, informa que el señor YERSON FABIAN MORENO, identificado con cédula de ciudadanía N° 1006532891, quien desempeño el cargo de AYUDANTE DE OBRA en la obra ESCENARIOS DEPORTIVOS. Se trasladó de obra desde el día 30 de septiembre de 2023.

Cordialmente

Juan Carlos Cañón López
Representante Legal
FCC IN BLAU SAS

Yerson M

Trabajador
CC. 1006532891

7765

**FCC IN BLAU S.A.S**
generamos relaciones en firme

Villavicencio, septiembre 30 de 2023

**FCC IN BLAU SAS** con NIT 901.504.060-4, informa que el señor DIEGO FERNANDO ENCISO TORRES, identificado con cédula de ciudadanía N° 1121821140, quien desempeño el cargo de AYUDANTE DE OBRA en la obra ESCENARIOS DEPORTIVOS. Se trasladó de obra desde el día 30 de septiembre de 2023.

Cordialmente

Juan Carlos Cañón López
Representante Legal
FCC IN BLAU SAS

Trabajador
CC. 1121821140

7766

**FCC IN BLAU S.A.S**
generamos relaciones en firme

Villavicencio, Septiembre 30 de 2023

**FCC IN BLAU SAS** con NIT 901.504.060-4, informa que el señor BRAYAN ALBERTO ORTIZ, identificado con cédula de ciudadanía N° 1121894212, quien desempeño el cargo de AYUDANTE DE OBRA en la obra ESCENARIOS DEPORTIVOS. Se trasladó de obra desde el día 30 de septiembre de 2023.

Cordialmente

Juan Carlos Cañón López
Representante Legal
FCC IN BLAU SAS

Trabajador
CC. 1121894212

7767

**FCC IN BLAU S.A.S**
generamos relaciones en firme

Bogotá D.C., septiembre 15 de 2023

Señores:

VILLA OLIMPICA
Ciudad.

**Ref.: Contrato No** 106 - 2023 – 03

Estimados señores:

En mi condición de Representante legal de la empresa **FCC IN BLAU SAS** con NIT 901.504.060-4, hago constar que durante la ejecución del contrato de obra 106 - 2023 – 03; se ha efectuado en forma correcta y oportuna las vinculaciones y pago de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral salud, riesgos laborales, pensión, aportes a la caja de compensación familiar, instituto colombiano de bienestar familiar y Sena para el período comprendido entre el 23 de agosto al 8 de septiembre de 2023, según lo dispuesto en el art. 50 de la ley 789 de 2002 y Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007. Así mismo, se realizaron los pagos de salarios y/u honorarios, liquidaciones y demás obligaciones sociales, laborales y contractuales del 23 de agosto al 8 de septiembre de 2023, acorde con el tipo de vinculación pactado entre las partes, conforme a la normatividad vigente del personal relacionado a continuación:

| NOMBRE | CEDULA | CARGO |
|---|---|---|
| MIGUEL ANGEL NARVAEZ CHAMORRO | 1.005.650.371 | AUXILIAR DE OBRA |

Cordialmente

Juan Carlos Cañón López
Representante Legal
FCC IN BLAU SAS

7768

**FCC IN BLAU S.A.S.**

DOC. No. **241**

**LIQUIDACIÓN DEL 23 DE AGOSTO AL 8 DE SEPTIEMBRE DE 2023**

**FECHA DE EXP.** 2023-09-15
**C. COSTO:** 2
**NOMBRE:** MIGUEL ANGEL NARVAEZ CHAMORRO
**CEDULA:** 1.005.650.371

**CARGO:** AUXILIAR DE OBRA
**FECHA. INGRESO** 23/08/2023
**CONTRATO:** 786

| **PERIODO DE LIQUIDACION** | |
|---|---|
| FECHA TERMINACION DE CONTRATO | 8-sep-23 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 23-ago-23 |
| TIEMPO TOTAL LABORADO | 16,00 |
| TIEMPO NO LABORADO | 0 |

| **SALARIO BASE DE LIQUIDACION:** | | |
|---|---|---|
| SUELDO BASICO: | $ | 1.160.000 |
| AUXILIO DE TRANSPORTE: | $ | 140.606 |
| PROMEDIO SALARIO VARIABLE | $ | - |
| **TOTAL BASE DE LIQUIDACION** | $ | 1.300.606 |

| **PRIMA** | |
|---|---|
| **FECHA DE LIQUIDACION PRIMA** | 23-ago-23 |
| FECHA DE CORTE PRIMA | 8-sep-23 |
| DIAS PRIMA | 16,00 |

| **CESANTIAS** | |
|---|---|
| **FECHA DE LIQUIDACION CESANTIAS** | 23-ago-23 |
| FECHA DE CORTE CESANTIAS | 8-sep-23 |
| DIAS CESANTIAS | 16,00 |

| **VACACIONES** | |
|---|---|
| **FECHA DE LIQUIDACION VACACIOI** | 23-ago-23 |
| FECHA DE CORTE VACACIONES | 8-sep-23 |
| TOTAL DIAS DE VACIONES | 0,67 |
| DIAS TOMADOS DE VACACIONES | 0,00 |
| DIAS PENDIENTES | 0,67 |

| **INTERESES A LAS CESANTIAS** | |
|---|---|
| **FECHA DE LIQUIDACION INTERESES** | 23-ago-23 |
| FECHA DE CORTE INTERESES | 8-sep-23 |
| DIAS INTERESES | 16,00 |

| **RESUMEN LIQUIDACION PAGOS:** | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **DIAS DE VACACIONES PENDIENTES** | 0,67 | / | 1.160.000 | | 30 | | | $ | 25.778 |
| **CESANTIAS:** | 1.300.606 | / | 360 | x | 16 | | | $ | 57.805 |
| **INTERESES DE CESANTIAS** | 57.805 | / | 360 | x | 16 | X | 12% | $ | 308 |
| **PRIMA SERVICIOS** | 1.300.606 | / | 360 | x | 16 | | | $ | 57.805 |
| **SUELDO PENDIENTE POR CANCELA** | 1.160.000 | / | 30 | x | 0 | | | $ | - |
| **AUX. TRANSP. PENDIENTE POR CAI** | 140.606 | / | 30 | x | 0 | | | $ | - |
| **INCAPACIDAD** | 1.160.000 | / | 30 | x | 0 | | | $ | - |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **TOTAL DEVENGOS** | | | | **$ 141.695** |
| **RESUMEN DESCUENTOS LIQUIDACION :** | | **MENSUAL** | **QUINC.** | |
| **SALUD:** | 4% | 0 | | $ - |
| **PENSION:** | 4% | 0 | | $ - |
| **PRESTAMOS O ANTICIPOS:** | | | | $ - |
| **TOTAL DEDUCCIONES** | | | | **$ -** |
| **VALOR LIQUIDACION** | | | | **$ 141.695** |

**LA SUMA DE: CIENTO CUARENTA Y UN MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS M/CTE.**

**SE HACE CONSTAR:**

Que el patrono ha incorporado en la liquidación de PRESTACIONES SOCIALES, la totalidad de los valores correspondientes a salarios, toda remuneración que tenga por causa del contrato de trabajo que ha quedado extinguido, EL TRABAJADOR declara que ha recibido a su entera satisfacción la suma mencionada y declara a la empresa a paz y salvo por todo concepto derivado directa e indirectamente del contrato de trabajo celebrado entre las partes.

**EL EMPLEADO**
**C.C.** 1.005.650.371

**EL EMPLEADOR**
**CC. 901,504,060-4**

7769

**FCC IN BLAU S.A.S**
generamos relaciones en firme

Bogotá D.C., septiembre 30 de 2023

Señores:

VILLA OLIMPICA
Ciudad.

**Ref.: Contrato No** 106 - 2023 – 03

Estimados señores:

En mi condición de Representante legal de la empresa **FCC IN BLAU SAS** con NIT 901.504.060-4, hago constar que durante la ejecución del contrato de obra 106 - 2023 – 03; se ha efectuado en forma correcta y oportuna las vinculaciones y pago de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral salud, riesgos laborales, pensión, aportes a la caja de compensación familiar, instituto colombiano de bienestar familiar y Sena para el período comprendido entre el 23 de agosto al 30 de septiembre de 2023, según lo dispuesto en el art. 50 de la ley 789 de 2002 y Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007. Así mismo, se realizaron los pagos de salarios y/u honorarios, liquidaciones y demás obligaciones sociales, laborales y contractuales del 23 de agosto al 30 de septiembre de 2023, acorde con el tipo de vinculación pactado entre las partes, conforme a la normatividad vigente del personal relacionado a continuación:

| NOMBRE | CEDULA | CARGO |
|---|---|---|
| DERFY GUACARAPARE MANFARA | 1.007.495.295 | AUXILIAR DE OBRA |

Cordialmente

Juan Carlos Cañón López
Representante Legal
FCC IN BLAU SAS

7770

**FCC IN BLAU S.A.S.**

DOC. No. **242**

**LIQUIDACIÓN DEL 23 DE AGOSTO AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2023**

**FECHA DE EXP.** 2023-09-30
**C. COSTO:** 2
**NOMBRE:** DERFY GUACARAPARE MANFARA
**CEDULA:** 1.007.495.295

**CARGO:** AUXILIAR DE OBRA
**FECHA. INGRESO** 23/08/2023
**CONTRATO:** 789

| **PERIODO DE LIQUIDACION** | |
|---|---|
| FECHA TERMINACION DE CONTRATO | 30-sep-23 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 23-ago-23 |
| TIEMPO TOTAL LABORADO | 38,00 |
| TIEMPO NO LABORADO | 0 |

| **SALARIO BASE DE LIQUIDACION:** | | |
|---|---|---|
| SUELDO BASICO: | $ | 1.160.000 |
| AUXILIO DE TRANSPORTE: | $ | 140.606 |
| PROMEDIO SALARIO VARIABLE | $ | - |
| **TOTAL BASE DE LIQUIDACION** | $ | 1.300.606 |

| **PRIMA** | |
|---|---|
| **FECHA DE LIQUIDACION PRIMA** | 23-ago-23 |
| FECHA DE CORTE PRIMA | 30-sep-23 |
| DIAS PRIMA | 38,00 |

| **CESANTIAS** | |
|---|---|
| **FECHA DE LIQUIDACION CESANTIAS** | 23-ago-23 |
| FECHA DE CORTE CESANTIAS | 30-sep-23 |
| DIAS CESANTIAS | 38,00 |

| **VACACIONES** | |
|---|---|
| **FECHA DE LIQUIDACION VACACIOI** | 23-ago-23 |
| FECHA DE CORTE VACACIONES | 30-sep-23 |
| TOTAL DIAS DE VACIONES | 1,58 |
| DIAS TOMADOS DE VACACIONES | 0,00 |
| DIAS PENDIENTES | 1,58 |

| **INTERESES A LAS CESANTIAS** | |
|---|---|
| **FECHA DE LIQUIDACION INTERESES** | 23-ago-23 |
| FECHA DE CORTE INTERESES | 30-sep-23 |
| DIAS INTERESES | 38,00 |

| **RESUMEN LIQUIDACION PAGOS:** | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **DIAS DE VACACIONES PENDIENTES** | 1,58 | / | 1.160.000 | | 30 | | | $ | 61.222 |
| **CESANTIAS:** | 1.300.606 | / | 360 | x | 38 | | | $ | 137.286 |
| **INTERESES DE CESANTIAS** | 137.286 | / | 360 | x | 38 | X | 12% | $ | 1.739 |
| **PRIMA SERVICIOS** | 1.300.606 | / | 360 | x | 38 | | | $ | 137.286 |
| **SUELDO PENDIENTE POR CANCELA** | 1.160.000 | / | 30 | x | 0 | | | $ | - |
| **AUX. TRANSP. PENDIENTE POR CAI** | 140.606 | / | 30 | x | 0 | | | $ | - |
| **INCAPACIDAD** | 1.160.000 | / | 30 | x | 0 | | | $ | - |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **TOTAL DEVENGOS** | | | | **$ 337.534** |
| **RESUMEN DESCUENTOS LIQUIDACION :** | | **MENSUAL** | **QUINC.** | |
| **SALUD:** | 4% | 0 | | $ - |
| **PENSION:** | 4% | 0 | | $ - |
| **PRESTAMOS O ANTICIPOS:** | | | | $ - |
| **TOTAL DEDUCCIONES** | | | | **$ -** |
| **VALOR LIQUIDACION** | | | | **$ 337.534** |

**LA SUMA DE: TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL QUINIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS M/CTE.**

**SE HACE CONSTAR:**

Que el patrono ha incorporado en la liquidación de PRESTACIONES SOCIALES, la totalidad de los valores correspondientes a salarios, toda remuneración que tenga por causa del contrato de trabajo que ha quedado extinguido, EL TRABAJADOR declara que ha recibido a su entera satisfacción la suma mencionada y declara a la empresa a paz y salvo por todo concepto derivado directa e indirectamente del contrato de trabajo celebrado entre las partes.

**EL EMPLEADO**
**C.C.** 1.007.495.295

**EL EMPLEADOR**
**CC. 901,504,060-4**

7771

**FCC IN BLAU S.A.S**
generamos relaciones en firme

Bogotá D.C., septiembre 30 de 2023

Señores:

VILLA OLIMPICA
Ciudad.

**Ref.: Contrato No** 106 - 2023 – 03.

Estimados señores:

En mi condición de Representante legal de la empresa **FCC IN BLAU SAS** con NIT 901.504.060-4, hago constar que durante la ejecución del contrato de obra 106 - 2023 – 03; se ha efectuado en forma correcta y oportuna las vinculaciones y pago de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral salud, riesgos laborales, pensión, aportes a la caja de compensación familiar, instituto colombiano de bienestar familiar y Sena para el período comprendido entre el 4 al 30 de septiembre de 2023, según lo dispuesto en el art. 50 de la ley 789 de 2002 y Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007. Así mismo, se realizaron los pagos de salarios y/u honorarios, liquidaciones y demás obligaciones sociales, laborales y contractuales del 4 al 30 de septiembre de 2023, acorde con el tipo de vinculación pactado entre las partes, conforme a la normatividad vigente del personal relacionado a continuación:

| NOMBRE | CEDULA | CARGO |
|---|---|---|
| WILSON TRIANA CAVIELES | 86.005.035 | AUXILIAR DE OBRA |

Cordialmente

Juan Carlos Cañón López
Representante Legal
FCC IN BLAU SAS

7772

**FCC IN BLAU S.A.S.**

DOC. No. **243**

**LIQUIDACIÓN DEL 04 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2023**

**FECHA DE EXP.** 2023-09-30
**C. COSTO:** 2
**NOMBRE:** WILSON TRIANA CAVIELES
**CEDULA:** 86.005.035

**CARGO:** AUXILIAR DE OBRA
**FECHA. INGRESO** 4/09/2023
**CONTRATO:** 799

**PERIODO DE LIQUIDACION**

| | |
|---|---|
| FECHA TERMINACION DE CONTRATO | 30-sep-23 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 4-sep-23 |
| TIEMPO TOTAL LABORADO | 27,00 |
| TIEMPO NO LABORADO | 0 |

| **SALARIO BASE DE LIQUIDACION:** | | |
|---|---|---|
| SUELDO BASICO: | $ | 1.160.000 |
| AUXILIO DE TRANSPORTE: | $ | 140.606 |
| PROMEDIO SALARIO VARIABLE | $ | - |
| **TOTAL BASE DE LIQUIDACION** | $ | 1.300.606 |

**PRIMA**

| | |
|---|---|
| **FECHA DE LIQUIDACION PRIMA** | 4-sep-23 |
| FECHA DE CORTE PRIMA | 30-sep-23 |
| DIAS PRIMA | 27,00 |

**CESANTIAS**

| | |
|---|---|
| **FECHA DE LIQUIDACION CESANTIAS** | 4-sep-23 |
| FECHA DE CORTE CESANTIAS | 30-sep-23 |
| DIAS CESANTIAS | 27,00 |

**VACACIONES**

| | |
|---|---|
| **FECHA DE LIQUIDACION VACACIOI** | 4-sep-23 |
| FECHA DE CORTE VACACIONES | 30-sep-23 |
| TOTAL DIAS DE VACIONES | 1,13 |
| DIAS TOMADOS DE VACACIONES | 0,00 |
| DIAS PENDIENTES | 1,13 |

**INTERESES A LAS CESANTIAS**

| | |
|---|---|
| **FECHA DE LIQUIDACION INTERESES** | 4-sep-23 |
| FECHA DE CORTE INTERESES | 30-sep-23 |
| DIAS INTERESES | 27,00 |

**RESUMEN LIQUIDACION PAGOS:**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **DIAS DE VACACIONES PENDIENTES** | 1,13 | / | 1.160.000 | | 30 | | | $ | 43.500 |
| **CESANTIAS:** | 1.300.606 | / | 360 | x | 27 | | | $ | 97.545 |
| **INTERESES DE CESANTIAS** | 97.545 | / | 360 | x | 27 | X | 12% | $ | 878 |
| **PRIMA SERVICIOS** | 1.300.606 | / | 360 | x | 27 | | | $ | 97.545 |
| **SUELDO PENDIENTE POR CANCELA** | 1.160.000 | / | 30 | x | 0 | | | $ | - |
| **AUX. TRANSP. PENDIENTE POR CAI** | 140.606 | / | 30 | x | 0 | | | $ | - |
| **INCAPACIDAD** | 1.160.000 | / | 30 | x | 0 | | | $ | - |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **TOTAL DEVENGOS** | | | | **$ 239.469** |
| **RESUMEN DESCUENTOS LIQUIDACION :** | | **MENSUAL** | **QUINC.** | |
| **SALUD:** | 4% | 0 | | $ - |
| **PENSION:** | 4% | 0 | | $ - |
| **PRESTAMOS O ANTICIPOS:** | | | | $ - |
| **TOTAL DEDUCCIONES** | | | | **$ -** |
| **VALOR LIQUIDACION** | | | | **$ 239.469** |

**LA SUMA DE: DOSCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS M/CTE.**

**SE HACE CONSTAR:** -

Que el patrono ha incorporado en la liquidación de PRESTACIONES SOCIALES, la totalidad de los valores correspondientes a salarios, toda remuneración que tenga por causa del contrato de trabajo que ha quedado extinguido, EL TRABAJADOR declara que ha recibido a su entera satisfacción la suma mencionada y declara a la empresa a paz y salvo por todo concepto derivado directa e indirectamente del contrato de trabajo celebrado entre las partes.

**EL EMPLEADO**
**C.C.** 86.005.035

**EL EMPLEADOR**
**CC. 901,504,060-4**



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 86.005.035

TRIANA CAVIELES

APELLIDOS

WILSON

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-ABR-1969

ACACIAS
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

25-MAY-1988 GRANADA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-5200500-00189236 M 0086006035-20091022 0017389395A 1 28483883

7774

ARL | sura

Medellín, 03 de Septiembre de 2023

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de FCC IN BLAU SAS, en el centro de trabajo 0000000003 - VILLAVICENCIO, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C86005035 | TRIANA CAVIELES WILSON | 04/09/2023 | | 20894055 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

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:C731682402324679684

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/09/2023 22:08:04 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.84.170.91, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

7775

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9010372345

No. de Radicación: 26743821

Fecha de Radicación: 04 09 2023

## I. DATOS DEL TRÁMITE

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

| 1. Tipo de trámite | 2. Tipo de Afiliación | 3. Régimen | 4. Tipo de afiliado | 5. Tipo de cotizante | Código (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|
| A. Afiliación<br>B. Reporte de Novedades X | A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia X • Beneficiario o afiliado adicional<br>B. Colectivo<br>C. Institucional<br>D. De oficio | A. Contributivo X<br>B. Subsidiado | A. Cotizante X<br>B. Cabeza de familia<br>C. Beneficiario | A. Dependiente X<br>B. Independiente<br>C. Pensionado | |

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

| 6. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| TRIANA | CAVIELES | WILSON | |
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CC | 86005035 | Femenino ☐ Masculino X | 22 04 1969 |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

| 11. Etnia | 12. Discapacidad | 13. Puntaje SISBÉN | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de riesgos laborales - ARL | 16. Administradora de pensiones |
|---|---|---|---|---|---|
| | Tipo ☐ Condición ☐ | | | SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. | |

| 17. Ingreso base de cotización - IBC | 18. Residencia | | | |
|---|---|---|---|---|
| $1.160.000 | Dirección | Teléfono fijo | Teléfono celular | |
| Código departamento | Código municipio | Zona Urbana ☐ Rural ☐ | Localidad / Comuna | Código localidad |

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

| 19. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |

| 20. Tipo de documento de identidad | 21. Número del documento de identidad | 22. Sexo | 23. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| | | Femenino ☐ Masculino ☐ | D D M M A A A A |

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

| | 24. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

| | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número del documento de identidad | 27. Sexo Femenino | 27. Sexo Masculino | 28. Fecha de nacimiento | Datos complementarios 29. Parentesco | 30. Etnia |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | D D M M A A A A | | |
| B2 | | | | | D D M M A A A A | | |
| B3 | | | | | D D M M A A A A | | |
| B4 | | | | | D D M M A A A A | | |
| B5 | | | | | D D M M A A A A | | |

| | 31. Discapacidad Tipo F | N | M | Condición T | P | 32. Datos de residencia Municipio / Distrito | Zona Urbana | Rural | Departamento | Teléfono fijo y/o celular | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | | |

## Selección de la IPS Primaria

| | 34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| C | | |
| B1 | | |
| B2 | | |
| B3 | | |

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

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo de documento de identificación | 37. Número del documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) | |
|---|---|---|---|---|
| FCC IN BLAU | NT | 901504060 | | |
| **39. Ubicación** | | | | |
| CALLE 18SUR N 18 57 | 3008024477 | | BOGOTA | DISTRITO CAPITAL |
| Dirección | Teléfono fijo y/o celular | Correo electrónico | Municipio / Distrito | Departamento |

## B. REPORTE DE NOVEDADES

**40. Tipo de Novedad**

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

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

| 41. Datos básicos de identificación | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | |
| **Tipo de documento de identidad** | **Número del documento de Identidad** | **Sexo** Femenino ☐ Masculino ☐ | **Fecha de nacimiento** D D M M A A A A | **42. Fecha novedad** 04 09 2023 |
| **43. EPS anterior** | **44. Motivo de traslado** Código | **45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones** | | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

## VIII. FIRMAS

| 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario | 55. El representante, autorizado o apoderado de la afiliación, solicitud, modificación de la afiliación, actualización o de oficio |
|---|---|
| | |

## IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ NC ☐ Cantidad ☐ Total ☐

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

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la entidad Territorial | | 67. Datos del SISBÉN | | | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Código del municipio | Código del departamento | Número de la ficha | Puntaje | Nivel | D D M M A A A A | D D M M A A A A |

**70. Datos del funcionario que realiza la validación**

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | OBSERVACIONES: |
|---|---|---|
| | | CARGO: OBRERO DE CONSTRUCCION |

71. Firma del funcionario

VIGILADO Supersalud

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

Cambio Empleo

INTERNET

07/2014

7776

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**WILSON TRIANA CAVIELES,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **86.005.035**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Septiembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

*Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a* www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

7777

# CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

Carrera 37 No. 36 - 29 B. Barzal bioscalidad@gmail.com Cel: 3003020495 - 3013192047
Resolución 2346 de 2007 y 3673 de 2008



| TIPO DE EXAMEN | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ADMISION | X | EMPRESA: | FCC IN BLAU S.A.S. | | | |
| PERIODICO | | NIT: | 9.015.040.604 | | | |
| RETIRO | | CIUDAD: | VILLAVICENCIO | DPTO | META | |
| POST-INC | | FECHA: | 1/09/2023 | | | |

## DATOS PERSONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| APELLIDOS : | TRIANA CAVIELES | NOMBRES: | WILSON |
| CC / TI / CE | | CARGO: | AYUDANTE |
| No. | 86.005.035 | EPS: | |
| | | GRUPO SANGUINEO: | O+ |
| EDAD | 53 | DIRECCION: | LAS BASTILLA |
| TELEFONO | 3164868212 | | |

## PRUEBAS PARACLINICAS

| PRUEBA | HALLAZGOS |
|---|---|

## LABORATORIOS

## EXAMEN MEDICO GENERAL

| HALLAZGOS DE IMPORTANCIA | PACIENTE SANO |
|---|---|

## CONCEPTO MEDICO LABORAL

| | EXAMEN DE INGRESO | | EXAMEN PERIODICO | | EXAMEN DE RETIRO |
|---|---|---|---|---|---|
| X | Cumple con los requisitos necesarios para el perfil del cargo | | Satisfactorio | | Satisfactorio |
| | Presenta Condiciones de Salud que no disminuyen su capacidad laboral | | Signos y sintomas de enfermedad | | Patologia de Origen comun debe ser valorado por EPS |
| | Aplazado por Presentar Patologia que requiere ser tratada para su correccion | | Se deben reasignar funciones, reubicar, analizar puesto de trabajo | | Secuelas de accidente de trabajo |
| | No cumple con los Requisitos del Cargo | | Signos de enfermedad Profesional que deeben ser valorados por la EPS/ARL | | Signos de enfermedad Profesional - Valorar EPS |

## OBSERVACIONES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS | | APTO PARA CONDUCCION | | APTO PARA MANIPULAR CARGAS | |
| APTO PARA ESPACIOS CONFINADOS | | APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS | | REQUIERE SER REUBICADO | |

| SEGÚN IMC | | MANEJO EPS / ARL | | RECOMENDACIONES | | INCLUIR EN SVE | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Dieta | | Control PYP por EPS | | Control Ocupacional | X | AUDITIVO | |
| | | | | Higiene Postural | X | | |
| Ejercicio Regular | | Remision a EPS | | Uso de EPP | | VISUAL | |
| | | | | Apropiados | X | RESPIRATORIO | |
| Valoración por Nutrición | | Remision a ARL | | Ayudas Ergonomicas | | ERGONOMICO | |
| | | Realizar examenes | | Evaluacion Pto Trabajo | | QUIMICO | |
| Descartar Alteración Metab | | complementarios | | | | | |
| | | Continuar manejo medico | | Medidas Anti Varices | | CARDIO VASC | |

Entiendo que la información contenida en el presente informe es confidencial y será anexada a mi historia clínica ocupacional. Se me ha explicado y he comprendido los resultados de los diferentes exámenes, sus causas ocupacionales y extraocupacionales y sus consecuencias. En constancia firmo.

Dr Fernán E Medina E
MEDICO GENERAL
RM 903/07
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
RES. 1152/2012

FIRMA DEL MEDICO

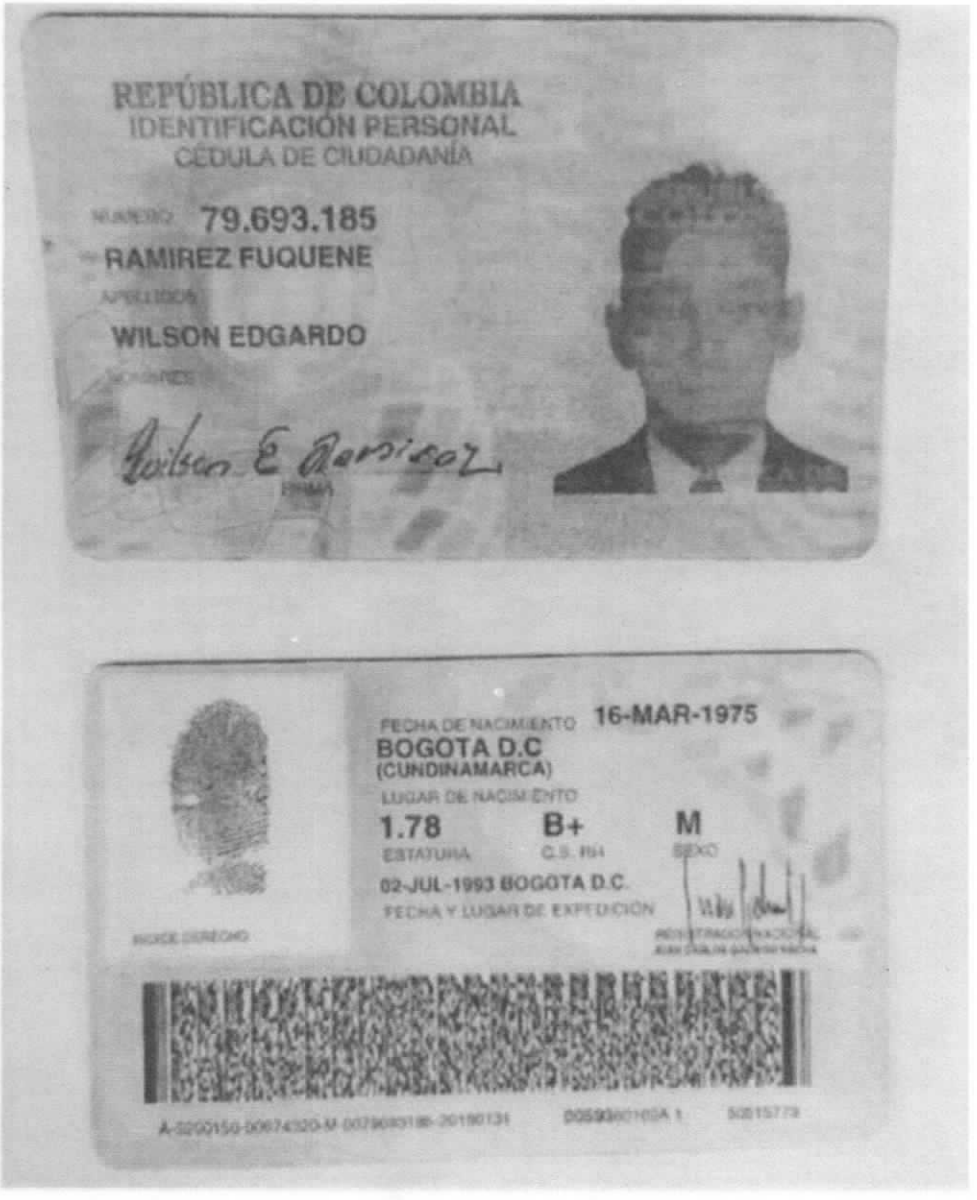
FIRMA DEL TRABAJADOR

VERIFIQUE AUTENTICIDAD DE ESTE CONCEPTO EN EL CORREO: bioscalidad@gmail.com

3003020495

* DOCUMENTO PERSONAL E INTRASFERIBLE , CUALQUIER MODIFICACION U FALSIFICACION ACARREARA PROBLEMAS LEGALES

16/


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 79.693.185
RAMIREZ FUQUENE
APELLIDOS
WILSON EDGARDO
NOMBRES
FIRMA
FECHA DE NACIMIENTO 16-MAR-1975
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.78
ESTATURA
B+
G.S. RH
M
SEXO
02-JUL-1993 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO

ARL | sura 7779

Medellín, 03 de Septiembre de 2023

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de FCC IN BLAU SAS, en el centro de trabajo 0000000003 - VILLAVICENCIO, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C79693185 | RAMIREZ FUQUENE WILSON EDGARDO | 04/09/2023 | | 129R5822 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

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:C731682402324679304

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/09/2023 22:01:44 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.84.170.91, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

7780

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9010372445

No. de Radicación: 26744002

Fecha de Radicación: 04 09 2023

## I. DATOS DEL TRÁMITE

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

| 1. Tipo de trámite | 2. Tipo de Afiliación | 3. Régimen | 4. Tipo de afiliado | 5. Tipo de cotizante | Código (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|
| A. Afiliación<br>B. Reporte de Novedades X | A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia X • Beneficiario o afiliado adicional<br>B. Colectivo<br>C. Institucional<br>D. De oficio | A. Contributivo X<br>B. Subsidiado | A. Cotizante X<br>B. Cabeza de familia<br>C. Beneficiario | A. Dependiente X<br>B. Independiente<br>C. Pensionado | |

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

| 6. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| RAMIREZ | FUQUENE | WILSON | EDGARDO |
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CC | 79693185 | Femenino ☐ Masculino X | D D M M A A A A: 16 03 1975 |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

| 11. Etnia | 12. Discapacidad | 13. Puntaje SISBÉN | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de riesgos laborales - ARL | 16. Administradora de pensiones |
|---|---|---|---|---|---|
| | Tipo ☐ ☐ ☐ Condición ☐ ☐ | | | SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. | |

| 17. Ingreso base de cotización - IBC | 18. Residencia | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| $1.160.000 | Dirección | Teléfono fijo | Teléfono celular | | |
| Correo electrónico | Municipio / Distrito | Zona: Urbana ☐ Rural ☐ | Localidad / Corregimiento | Departamento | |

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

| 19. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |

| 20. Tipo de documento de identidad | 21. Número del documento de identidad | 22. Sexo | 23. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| | | Femenino ☐ Masculino ☐ | D D M M A A A A |

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

| 24. Apellidos y nombres | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

| | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número del documento de identidad | 27. Sexo | | 28. Fecha de nacimiento | Datos complementarios | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Femenino | Masculino | D D M M A A A A | 29. Parentesco | 30. Etnia |
| B1 | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | |

| | 31. Discapacidad | | | | | 32. Datos de residencia | | | | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Tipo | | | Condición | | | Zona | | | |
| | F | N | M | T | P | Municipio / Distrito | Urbana | Rural | Departamento | Teléfono fijo y/o celular |
| B1 | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | |

## Selección de la IPS Primaria

| | 34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| C | | |
| B | | |
| B | | |
| B | | |

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

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo de documento de identificación | 37. Número del documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| FCC IN BLAU | NT | 901504060 | |

| 39. Ubicación | | | | |
|---|---|---|---|---|
| CALLE 18SUR N 18 57 | 3008024477 | Correo electrónico | BOGOTA<br>Municipio / Distrito | DISTRITO CAPITAL<br>Departamento |

## B. REPORTE DE NOVEDADES

**40. Tipo de Novedad**

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

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo | Fecha de nacimiento | 42. Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino ☐ Masculino ☐ | D D M M A A A A | 04 09 2023 |

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

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

## VIII. FIRMAS

| 54. El cotizante, cónyuge, compañero(a) permanente o cabeza de familia | 55. El representante, apoderado o persona responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio |
|---|---|
| | |

## IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CCE ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ Cantidad ☐ Total ☐

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

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la entidad Territorial | | 67. Datos del SISBÉN | | | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Código del municipio | Código del departamento | Número de la ficha | Puntaje | Nivel | D D M M A A A A | D D M M A A A A |
| | | | | | | |

**70. Datos del funcionario que realiza la validación**

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| | | CARGO: OBRERO DE CONSTRUCCION |

71. Firma del funcionario

VIGILADO Supersalud

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

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

7781

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

## CERTIFICA QUE:

**WILSON EDGARDO RAMIREZ FUQUENE,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.693.185**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Septiembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

*Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a* www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

7782

# CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

Carrera 37 No. 36 - 29 B. Barzal bioscalidad@gmail.com Cel: 3003020495 - 3013192047
Resolución 2346 de 2007 y 3673 de 2008



| TIPO DE EXAMEN | | EMPRESA: | FCC IN BLAU S.A.S. | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ADMISION | X | NIT: | 9.015.040.604 | | |
| PERIODICO | | CIUDAD: | VILLAVICENCIO | DPTO | META |
| RETIRO | | | | | |
| POST-INC | | FECHA: | 2/09/2023 | | |

## DATOS PERSONALES

| APELLIDOS : | RAMIREZ FUQUENE | NOMBRES: | WILSON EDGARDO |
|---|---|---|---|
| | | CARGO: | AYUDANTE |
| CC / TI / CE | | No. 79.693.185 | EPS: FAMISANAR |
| | | | GRUPO SANGUINEO: B+ |
| EDAD | 48 | TELEFONO 3108600532 | DIRECCION: VAREDA LA CECILIA |

## PRUEBAS PARACLINICAS

| PRUEBA | HALLAZGOS |
|---|---|

## LABORATORIOS

## EXAMEN MEDICO GENERAL

| HALLAZGOS DE IMPORTANCIA | PACIENTE SANO |
|---|---|

## CONCEPTO MEDICO LABORAL

| EXAMEN DE INGRESO | | EXAMEN PERIODICO | | EXAMEN DE RETIRO | |
|---|---|---|---|---|---|
| X | Cumple con los requisitos necesarios para el perfil del cargo | | Satisfactorio | | Satisfactorio |
| | Presenta Condiciones de Salud que no disminuyen su capacidad laboral | | Signos y sintomas de enfermedad | | Patologia de Origen comun debe ser valorado por EPS |
| | Aplazado por Presentar Patologia que requiere ser tratada para su correccion | | Se deben reasignar funciones, reubicar, analizar puesto de trabajo | | Secuelas de accidente de trabajo |
| | No cumple con los Requisitos del Cargo | | Signos de enfermedad Profesional que deeben ser valorados por la EPS/ARL | | Signos de enfermedad Profesional - Valorar EPS |

## OBSERVACIONES

| APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS | | APTO PARA CONDUCCION | | APTO PARA MANIPULAR CARGAS | |
|---|---|---|---|---|---|
| APTO PARA ESPACIOS CONFINADOS | | APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS | | REQUIERE SER REUBICADO | |

| SEGÚN IMC | | MANEJO EPS / ARL | | RECOMENDACIONES | | INCLUIR EN SVE | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Dieta | | Control PYP por EPS | | Control Ocupacional | X | AUDITIVO | |
| | | | | Higiene Postural | X | | |
| Ejercicio Regular | | Remision a EPS | | Uso de EPP | | VISUAL | |
| | | | | Apropiados | X | RESPIRATORIO | |
| Valoración por Nutrición | | Remision a ARL | | Ayudas Ergonomicas | | ERGONOMICO | |
| | | Realizar examenes | | Evaluacion Pto Trabajo | | QUIMICO | |
| Descartar Alteración Metab | | complementarios | | | | | |
| | | Continuar manejo medico | | Medidas Anti Varices | | CARDIO VASC | |

Entiendo que la información contenida en el presente informe es confidencial y será anexada a mi historia clínica ocupacional. Se me ha explicado y he comprendido los resultados de los diferentes exámenes, sus causas ocupacionales y extraocupacionales y sus consecuencias. En constancia firmo.

Dr Fernán E Medina
MEDICO GENERAL
RM 9004/07
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
RES. 1152/2012

FIRMA DEL MEDICO

FIRMA DEL TRABAJADOR

VERIFIQUE AUTENTICIDAD DE ESTE CONCEPTO EN EL CORREO: bioscalidad@gmail.com

3003020495

* DOCUMENTO PERSONAL E INTRASFERIBLE , CUALQUIER MODIFICACION U FALSIFICACION ACARREARA PROBLEMAS LEGALES

7783

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 10.123.468
MONTOYA MANJARRES

APELLIDOS
JOSE HECTOR

NOMBRES
José Hector Montoya.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-AGO-1966
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

06-NOV-1984 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-2400100-01331710-M-0010123468-20221129 0091648832A 1 8506454735

7784

ARL | sura

Medellín, 19 de Septiembre de 2023

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de FCC IN BLAU SAS, en el centro de trabajo 0000000003 - VILLAVICENCIO, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C10123468 | MONTOYA MANJARRES JOSE HECTOR | 20/09/2023 | | 44s252s2 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

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:C731682402326277499

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 19/09/2023 21:31:39 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.84.170.91, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

7785

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 19/09/2023, el empleador FCC IN BLAU S.A.S. identificado con NIT número 901504060 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

| NÚMERO DE RADICACIÓN | FECHA DE RADICACIÓN | TIPO DE SOLICITUD |
|---|---|---|
| 6189725 | 19/09/2023 | Reingresos |

DETALLE

| TIPO | IDENTIFICACIÓN | NOMBRE COTIZANTE | IBC | CARGO | FECHA |
|---|---|---|---|---|---|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA | 10123468 | JOSEHECTOR MONTOYA MANJARRES | 1160000 | AYUDANTE DE OBRA | 2023-09-20 |

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 19 días del mes de Septiembre del año 2023.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

7786.

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOSE HECTOR MONTOYA MANJARRES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **10123468,** estuvo afiliado/a al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *TRASLADADO A OTRO FONDO.*

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 19 de septiembre de 2023.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**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.

7787

# CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

Carrera 37 No. 36 - 29 B. Barzal bioscalidad@gmail.com Cel: 3003020495 - 3013192047
Resolución 2346 de 2007 y 3673 de 2008



| TIPO DE EXAMEN | | EMPRESA: | FCC IN BLAU S.A.S. | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ADMISION | X | NIT: | 9.015.040.604 | | |
| PERIODICO | | CIUDAD: | VILLAVICENCIO | DPTO | META |
| RETIRO | | | | | |
| POST-INC | | FECHA: | 12/09/2023 | | |

## DATOS PERSONALES

| APELLIDOS : | MONTOYA MANJARRES | NOMBRES: | JOSE HECTOR |
|---|---|---|---|
| | | CARGO: | OFICIAL |
| CC / TI / CE | / / | No. | 10.123.468 |
| | | EPS: | NUEVA EPS |
| | | GRUPO SANGUINEO: | O+ |
| EDAD | 57 | TELEFONO | 3229401458 |
| | | DIRECCION: | VILLA ORTIZ |

## PRUEBAS PARACLINICAS

| PRUEBA | HALLAZGOS |
|---|---|

## LABORATORIOS

## EXAMEN MEDICO GENERAL

| HALLAZGOS DE IMPORTANCIA | HERNIA INGUINAL |
|---|---|

## CONCEPTO MEDICO LABORAL

| EXAMEN DE INGRESO | | EXAMEN PERIODICO | | EXAMEN DE RETIRO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Cumple con los requisitos necesarios para el perfil del cargo | | Satisfactorio | | Satisfactorio |
| X | Presenta Condiciones de Salud que no disminuyen su capacidad laboral | | Signos y sintomas de enfermedad | | Patologia de Origen comun debe ser valorado por EPS |
| | Aplazado por Presentar Patologia que requiere ser tratada para su correccion | | Se deben reasignar funciones, reubicar, analizar puesto de trabajo | | Secuelas de accidente de trabajo |
| | No cumple con los Requisitos del Cargo | | Signos de enfermedad Profesional que deeben ser valorados por la EPS/ARL | | Signos de enfermedad Profesional - Valorar EPS |

## OBSERVACIONES

NO LEVANTAR, CARGAR O EMPUJAR PESO SUP A 20 KG

| APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS | | APTO PARA CONDUCCION | | APTO PARA MANIPULAR CARGAS | |
|---|---|---|---|---|---|
| APTO PARA ESPACIOS CONFINADOS | | APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS | | REQUIERE SER REUBICADO | |

| SEGÚN IMC | | MANEJO EPS / ARL | | RECOMENDACIONES | | INCLUIR EN SVE | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Dieta | | Control PYP por EPS | | Control Ocupacional | X | AUDITIVO | |
| | | | | Higiene Postural | X | | |
| Ejercicio Regular | | Remision a EPS | | Uso de EPP | | VISUAL | |
| | | | | Apropiados | X | RESPIRATORIO | |
| Valoración por Nutrición | | Remision a ARL | | Ayudas Ergonomicas | | ERGONOMICO | |
| | | Realizar examenes | | Evaluacion Pto Trabajo | | QUIMICO | |
| Descartar Alteración Metab | | complementarios | | | | | |
| | | Continuar manejo medico | | Medidas Anti Varices | | CARDIO VASC | |

Entiendo que la información contenida en el presente informe es confidencial y será anexada a mi historia clínica ocupacional. Se me ha explicado y he comprendido los resultados de los diferentes exámenes, sus causas ocupacionales y extraocupacionales y sus consecuencias. En constancia firmo.

Dr Fernán E Medina E.
MEDICO GENERAL
RM 900/07
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
RES. 1152/2012

FIRMA DEL MEDICO

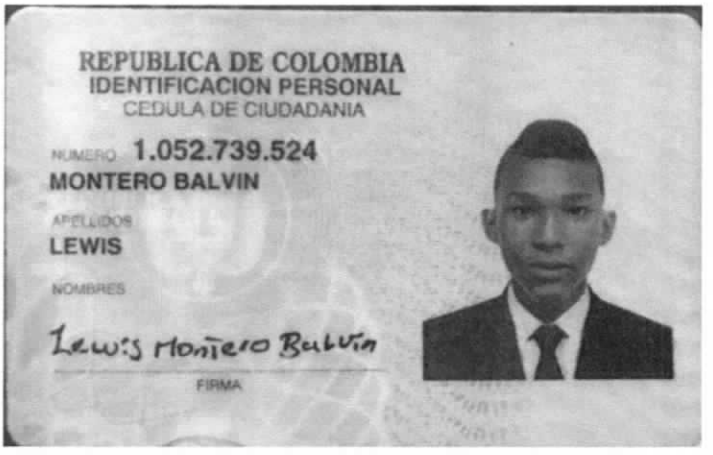
José Hector Montoya.

FIRMA DEL TRABAJADOR

VERIFIQUE AUTENTICIDAD DE ESTE CONCEPTO EN EL CORREO: bioscalidad@gmail.com

3003020495

* DOCUMENTO PERSONAL E INTRASFERIBLE , CUALQUIER MODIFICACION U FALSIFICACION ACARREARA PROBLEMAS LEGALES



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.052.739.524
MONTERO BALVIN

APELLIDOS
LEWIS

NOMBRES

Lewis Montero Balvin

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 21-OCT-1997
VILLANUEVA
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.87 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

06-ENE-2016 VILLANUEVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-0512400-00801288-M-1052739524-20160314 0048951893A 1 44679080

7789

ARL | sura

Medellín, 22 de Septiembre de 2023

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de FCC IN BLAU SAS, en el centro de trabajo 0000000003 - VILLAVICENCIO, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C1052739524 | MONTERO BALVIN LEWIS | 23/09/2023 | | 2309328w | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

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:C731682402326537472

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 22/09/2023 10:24:28 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.84.170.91, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

7790

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No de Radicación: 13873-00000061-SM

Fecha de Radicación: 25/09/2023

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

## I. DATOS DE TRÁMITE

| 1. Tipo de Trámite | 2. Tipo de Afiliación | | 3. Régimen |
|---|---|---|---|
| A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ] | B. Colectiva [ ] | A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia [X] -Beneficiario o Afiliado [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ] | A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ] |

| 4. Tipo de Afiliado | 5. Tipo de Cotizante | Código (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] | A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] | [ ] |

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

| 6. Apellidos y Nombres | | | |
|---|---|---|---|
| MONTERO | BALVIN | LEWIS | Segundo nombre |
| **7. Tipo de Documento de Identidad** | **8. Número del documento de identidad** | **9. Sexo** | **10. Fecha de Nacimiento** |
| CC | 1052739524 | Femenino [ ] Masculino [X] | 21/10/1997 |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

| 11. Etnia | 12. Discapacidad | | 13. Puntaje SISBEN | 14. Grupo de Población Especial |
|---|---|---|---|---|
| 06 | Tipo [F N M] | Condición [T P] | [ ] | 5 |

| 15. Administradora de Riesgos Laborales - | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingreso Base de Cotización - IBC |
|---|---|---|
| SURAMERICANA DE SEGUROS | PORVENIR | 1160000 |

| 18. Residencia | Teléfono Fijo | | |
|---|---|---|---|
| SAN JOSE DE LOS CAMPANOS KRA 103B 39 19 | | 3128251051 | |
| VILLANUEVA | Zona: Urbana [X] Rural [ ] | VILLANUEVA | BOLIVAR |
| Municipio/Distrito | | Localidad/Comuna | Departamento |

## V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

| 19. Apellidos y Nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| **20. Tipo de Documento de identidad** | **21. Número del documento de identidad** | **22. Sexo** | **23. Fecha de Nacimiento** |
| [ ] | | Femenino [ ] Masculino [ ] | DD/MM/AAAA |

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados

| 24. | Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|---|
| B1 | MURIEL | MENDIVIL | LESMAN | SAMIR |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

| 25. | Tipo de documento de identidad | 26. Número del documento de identidad | 27. Sexo | | 28. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Femenino | Masculino | |
| B1 | Tarjeta de identidad | 1052733973 | | X | 04/04/2008 |
| B2 | | | | | DD/MM/AAAA |
| B3 | | | | | DD/MM/AAAA |
| B4 | | | | | DD/MM/AAAA |
| B5 | | | | | DD/MM/AAAA |

Datos complementarios

| 29. | Parentesco | 30. Etnia | 31. Discapacidad | Tipo | | Condición | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | F | N | M | T | P |
| B1 | Tercer grado de consanguinidad | 06 | | | | | |
| B2 | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | |

| 32. | Datos de residencia Municipio/Distrito | Zona Urban | Zona Rural | Departamento | Teléfono Fijo y/o celular | 33. Valor de la UPC del afiliado (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | EL CARMEN DE BOLIVAR | | X | BOLIVAR | 3204531295 | |
| B2 | | | | | | |
| B3 | | | | | | |
| B4 | | | | | | |
| B5 | | | | | | |

Selección de la IPS Primaria

| 34. Nombre de la institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| C | | |
| B | 1 | |
| B | 2 | |
| B | 3 | |
| B | 4 | |

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

| 35. Nombre o razón | 36. Tipo de Documento de identidad | 37.Número del documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| FCC IN BLAU SAS | NI | 901504060 | Empleador |

| 39. Ubicación | | | | |
|---|---|---|---|---|
| CALLE 18 SUR # 57 - 25 | 3008024477 | acanonfcc@gmail.com | BOGOTA D.C. | BOGOTA D.C. |
| Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio/Distrito | Departamento |

7791

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

**FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS**

**B. REPORTE DE NOVEDADES**

**40. Tipo de Novedad**

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

**VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD**

| 41. Datos básicos de identificación | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre | |
| Tipo de documento de identidad [ ] | | Sexo Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento D D M M A A A A | 42. Fecha 2 3 0 9 2 0 2 3 |
| 43. EPS anterior | 44. Motivo de Traslado Código [ ] | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones | | |

**VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

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

**VIII. FIRMAS**

| 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario | 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación, colectiva institucional o de Oficio |
|---|---|

**IX. ANEXOS**

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

**X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL**

| 66. Identificación de la Entidad Territorial | | 67. Datos del SISBEN | | | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Código del municipio | Código del departamento | Número de ficha | Puntaje | Nivel | D D M M A A A A | D D M M A A A A |

| 70. Datos del funcionario que realiza la validación | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| Tipo documento de identidad [ ] | Número del documento de identidad | 71. Firma del funcionario | |

OBSERVACIONES:

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

7792

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**LEWIS MONTERO BALVIN,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.052.739.524**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Septiembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

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

7793

# CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

Carrera 37 No. 36 - 29 B. Barzal bioscalidad@gmail.com Cel: 3003020495 - 3013192047
Resolución 2346 de 2007 y 3673 de 2008



| TIPO DE EXAMEN | | EMPRESA: | FCC IN BLAU S.A.S. | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ADMISION | X | NIT: | 9.015.040.604 | | |
| PERIODICO | | CIUDAD: | VILLAVICENCIO | DPTO | META |
| RETIRO | | | | | |
| POST-INC | | FECHA: | 22/09/2023 | | |

## DATOS PERSONALES

| APELLIDOS : | MONTERO BALVIN | NOMBRES: | LEWIS |
|---|---|---|---|
| | | CARGO: | AYUDANTE |
| CC / TI / CE | | No. 1.052.739.524 | EPS: MULTISALUID |
| | | | GRUPO SANGUINEO: A+ |
| EDAD | 26 | TELEFONO 3128251051 | DIRECCION: LLANO LINDO |

## PRUEBAS PARACLINICAS

| PRUEBA | HALLAZGOS |
|---|---|

## LABORATORIOS

## EXAMEN MEDICO GENERAL

| HALLAZGOS DE IMPORTANCIA | PACIENTE SANO |
|---|---|

## CONCEPTO MEDICO LABORAL

| EXAMEN DE INGRESO | | EXAMEN PERIODICO | | EXAMEN DE RETIRO | |
|---|---|---|---|---|---|
| X | Cumple con los requisitos necesarios para el perfil del cargo | | Satisfactorio | | Satisfactorio |
| | Presenta Condiciones de Salud que no disminuyen su capacidad laboral | | Signos y sintomas de enfermedad | | Patologia de Origen comun debe ser valorado por EPS |
| | Aplazado por Presentar Patologia que requiere ser tratada para su correccion | | Se deben reasignar funciones, reubicar, analizar puesto de trabajo | | Secuelas de accidente de trabajo |
| | No cumple con los Requisitos del Cargo | | Signos de enfermedad Profesional que deeben ser valorados por la EPS/ARL | | Signos de enfermedad Profesional - Valorar EPS |

## OBSERVACIONES

| APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS | | APTO PARA CONDUCCION | | APTO PARA MANIPULAR CARGAS | |
|---|---|---|---|---|---|
| APTO PARA ESPACIOS CONFINADOS | | APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS | | REQUIERE SER REUBICADO | |

| SEGÚN IMC | | MANEJO EPS / ARL | | RECOMENDACIONES | | INCLUIR EN SVE | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Dieta | | Control PYP por EPS | | Control Ocupacional | X | AUDITIVO | |
| | | | | Higiene Postural | X | | |
| Ejercicio Regular | | Remision a EPS | | Uso de EPP | | VISUAL | |
| | | | | Apropiados | X | RESPIRATORIO | |
| Valoración por Nutrición | | Remision a ARL | | Ayudas Ergonomicas | | ERGONOMICO | |
| | | Realizar examenes | | Evaluacion Pto Trabajo | | QUIMICO | |
| Descartar Alteración Metab | | complementarios | | | | | |
| | | Continuar manejo medico | | Medidas Anti Varices | | CARDIO VASC | |

Entiendo que la información contenida en el presente informe es confidencial y será anexada a mi historia clínica ocupacional. Se me ha explicado y he comprendido los resultados de los diferentes exámenes, sus causas ocupacionales y extraocupacionales y sus consecuencias. En constancia firmo.

Dr Fiernán E Medina E
MEDICO GENERAL
RM 900/07
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
RES 1152/2012

FIRMA DEL MEDICO

FIRMA DEL TRABAJADOR

VERIFIQUE AUTENTICIDAD DE ESTE CONCEPTO EN EL CORREO: bioscalidad@gmail.com 3003020495

* DOCUMENTO PERSONAL E INTRASFERIBLE , CUALQUIER MODIFICACION U FALSIFICACION ACARREARA PROBLEMAS LEGALES

7794

| IDERMETA | INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | Código: GES-FO-126 |
|---|---|---|
| | PROCESO DE GESTIÓN ESTRATÉGICA | Vigencia: 08/11/2022 |
| | INFORME DE OBRA | Versión: 01 |

# COMISION TOPOGRAFICA RAUL VELASCO

*Carrera 16 # 24-03 Barrio Olimpico - Popular*
*6701469 - 6701465*
*contactenos@idermeta.gov.co*
*Villavicencio - Meta. Colombia*

7795

| INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | Código: GES-FO-33 |
|---|---|---|
| | PROCESO DE GESTIÓN ESTRATÉGICA | Vigencia: 31/01/2023 |
| | ACTA DE REALACIÓN DE PERSONAL DE OBRA E INTERVENTORIA | Versión: 02 |

| CONTRATO N° | 106 - 2023 | PROYECTO N° | BPIN 2022005500024 - BPIN 2022005500022 - BPIN 2022005500094 |
|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| OBJETO DEL CONTRATO | CONSTRUCCION ESCENARIOS DEPORTIVOS MULTIPROPOSITO PISTA DE PATINAJE Y PISTA DE ATLETISMO EN LA VILLA OLIMPICA DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO DEPARTAMENTO META |
| OBJETO DEL PROYECTO: | CONSTRUCCION DE ESCENARIOS DEPORTIVOS MULTIPROPOSITO PISTA DE PATINAJE Y PISTA DE ATLETICA EN LA VILLA OLIMPICA DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO-META. |
| CONTRATISTA: | RAUL ALBERTO VELASCO AVILA |
| NIT: | 79783558 |
| CONTRATO DE INTERVENTORIA N° | 249 - 2023 |
| INTERVENTORIA: | CONSORCIO INTERESCENARIOS |

| PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: | 1 de septiembre de 2023 | a | ########## | | | | AFILIACIÓN | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombres y Apellidos | Cargo y/o oficio | Cedula | Tipo de Vinculacion | Fecha de Ingreso | Fecha de Retiro | Asignación Salarial | EPS | % | PENSIÓN | % | ARL | NIVEL | Caja de Compensación | % | Ingreso Base de Cotización |
| RAUL ALBERTO VELASCO AVILA | TOPOGRAFO | 79.783.558 | CONTRATISTA | 25/09/2023 | | $ 1.520.000 | SANITAS | 12,5% | COLPENSIONES | 16% | POSITIVA | 6,96% | 0 | 0% | $ 1.520.000 |
| OSCAR IVAN MENDEZ LOZANO | CADENERO | 1.122.650.304 | CONTRATISTA | 25/09/2023 | | $ 1.160.000 | CAJACOPI | 4% | COLPENSIONES | 16% | SURA | 6,96% | COFREM | 4% | $ 1.160.000 |
| ANGEL OCTAVIO SANABRIA SARMIENTO | CADENERO | 1.121.824.582 | CONTRATISTA | 25/09/2023 | | $ 1.160.000 | SALUD TOTAL | 4% | COLPENSIONES | 16% | SURA | 6,96% | COFREM | 4% | $ 1.160.000 |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

Nota 1: Mediante la presente acta se acredita que el personal de la ejecución del proyecto se encuentra Afiliado a los sistemas de seguridad social en Salud, Pensión y Riesgos, incluso los trabajadores independientes.
Nota 2: Se Aneva a la presente Acta las afiliaciones del personal relacionado, previamente verificadas por la Supervisión.

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella, el

Firma:
Nombre: JHON HENRRY ORTIZ GARCIA
REPRESENTANTE LEGAL CONTRATISTA DE OBRA

Firma:
Nombre: HECTOR ARMANDO GOMEZ GOMEZ
REPRESENTANTE LEGAL INTERVENTORÍA

Firma:
Nombre: LEONEL ROA RUIZ
DIRECTOR DE INTERVENTORÍA
N° Matricula Profesional: 2520279953CND

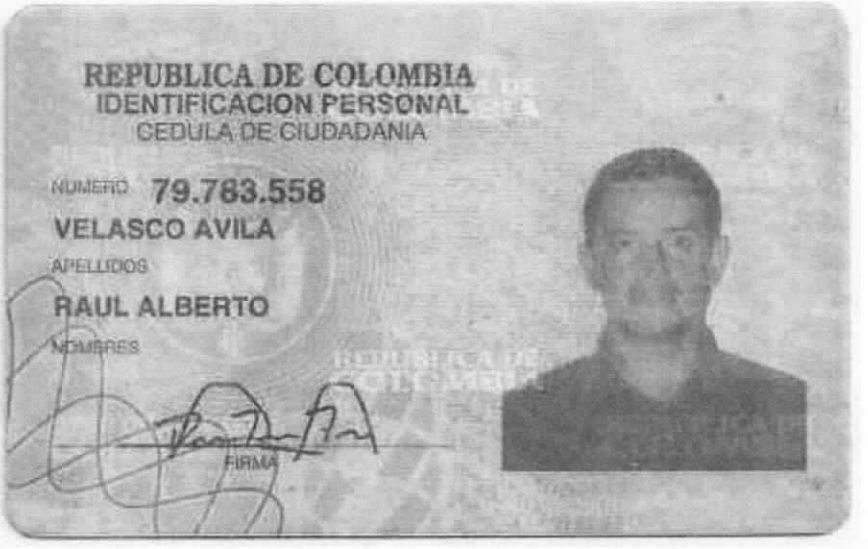
Firma:
Nombre: MAURICIO FLORES BARRAGAN BETANCOURT
CONTADOR DE CONTRATISTA
N° Matricula Profesional: 278207 - T

Firma:
Nombre: YEISON EDREYDER GOMEZ GUERRERO
DIRECTOR DE OBRA
N° Matricula Profesional: 2520209820CND

Firma:
Nombre: LEIDY [illegible] BETANCOURT
CONTADOR DE INTERVENTORÍA
N° Matricula Profesional: 175[illegible]-T

| OBSERVACIONES: |
|---|
| |

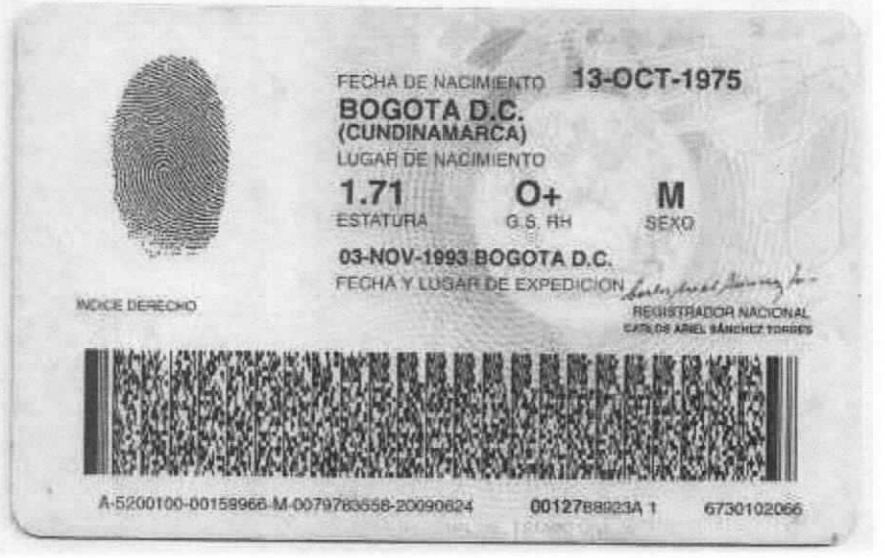
7796



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.783.558
VELASCO AVILA
APELLIDOS
RAUL ALBERTO
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-OCT-1975
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

03-NOV-1993 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5200100-00158966-M-0079783558-20090624 0012788923A 1 6730102066

7797

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **RAUL ALBERTO VELASCO AVILA** con **CC** No. **79783558**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| **Contratante:** NI 899999998 - INDEPENDIENTE VOLUNTARIO (DECRETO 1563/16) | **Fecha de última cobertura:** 13/05/2022<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE VOLUNTARIO<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 01/04/2022<br>**Fecha fin de Contrato:** 31/12/2050<br>**Clase de Riesgo:** 3<br>**Cargo :** SUBDIRECTOR<br>**Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO |

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301019403383.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 21 días del mes de septiembre de 2023.

Cordialmente

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

7798

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2023

# CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 79783558 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Velasco Avila,Raul Alberto |
| TIPO DE AFILIADO | Segundo Cotizante |
| TIPO DE TRABAJADOR | N/A |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN | 25/07/2006 |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | Vigente |
| ESTADO DE SERVICIO | Habilitado |
| REGIMEN | Contributivo |

La presente se expide a nombre de Velasco Avila,Raul Alberto, a los 21 días del mes de septiembre del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

7799

Colpensiones
10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **RAUL ALBERTO VELASCO AVILA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79783558,** se encuentra afiliado/a desde **08/02/1995** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 21 de septiembre de 2023.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**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.

7800

**INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.**

| | |
|---|---|
| **No. Identificación** | 901200839-9 |
| **Dirección:** | CALLE 15 N° 37L 10 ET 8 B. ESPERANZA |
| **Telefono:** | 6668018-3176678051 |
| **Email:** | gerencia@integrarips.com |

**CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en ANEXO OSTEOMUSCULAR**

## Información General



| | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha impresión: | VILLAVICENCIO - 2023/09/04 | Nro Ingreso: | 20230904020123 |
| Paciente: | RAUL ALBERTO VELASCO AVILA | CC: | 79783558 |
| Edad: | 47 años | Nombre Cliente: | PARTICULAR |
| Género: | Masculino | Tipo Evaluación: | Ingreso |
| Cargo: | TOPOGRAFO | | |
| Orígen: | RAUL ALBERTO VELASCO AVILA | Destino: | RAUL ALBERTO VELASCO AVILA |
| Fecha Salida: | 2023-09-04 11:47:08 | Fecha Atención: | 2023-09-04 11:40:07 |

## Pruebas de Apoyo Diagnóstico

**PARACLINICOS** **LABORATORIO CLINICO** **COMPLEMENTARIOS** **VACUNAS**

## Certificacion de Aptitud

| | |
|---|---|
| CONCEPTO - EXAMEN INGRESO: | APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO |
| OBSERVACIONES AL CONCEPTO: | SIN OBSERVACIÓN |
| ENFASIS - ANEXO OSTEOMUSCULAR: | Definicion de caso para el SVE desordenes Osteomusculares<br>**CASO DESCARTADO** |

## Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

## Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

## Recomendaciones Específicas

NINGUNA

**Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S..**

Profesional Ocupacional: AMIRA ROSA CASTRO OSPINA 0
Registro M.D: 474902001
Licencia S.O: 78592022

Firma del Paciente: RAUL ALBERTO VELASCO AVILA
Identificacion: CC. - 79783558

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

9801

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.122.650.304
MENDEZ LOZANO

APELLIDOS
OSCAR IVAN

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-MAR-1993
ACACIAS
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

29-MAR-2011 RESTREPO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-5205000-00294700-M-1122650304-20110419 0026743710A 1 36429909

7802

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

cajacopi

No. de Radicación

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran antes del formulario antes de diligenciarlo)

Página 1 de 2

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación — B. Reporte de Novedades [X]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual — Cotizante o Cabeza de Familia / Beneficiario o afiliado adicional — B. Colectiva — C. Institucional — D. De oficio

3. Régimen: A. Contributivo [X] — B. Subsidiado

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] — B. Cabeza de Familia — C. Beneficiario

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente — B. Independiente — C. Pensionado

Código (a registrar por la EPS)

## A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y Nombres

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| MENDEZ | LOZANO | OSCAR | IVAN |

7. Tipo de documento de identidad: CEDULA DE CIUDADANIA

8. Número del documento de identidad: 1.122.880.304

9. Sexo: Femenino — Masculino X

10. Fecha de nacimiento: 3 4 0 3 1 9 9 3 (D D M M A A A A)

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia — 12. Discapacidad: Tipo (F N M) — Condición (T P) — 13. Puntaje SISBEN — 14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: SURA

16. Administradora de pensiones: COLPENSIONES

17. Ingreso base de cotización - IBC: 1.160.000

18. Residencia: Dirección: CL 42A 16B-32 ESTE — Teléfono Fijo — Teléfono Celular: 3138571664 — Correo Electrónico: RAUL.VELASCO.ING7@GMAIL.COM

Municipio/Distrito: VILLAVICENCIO — Zona: Urbana X / Rural — Localidad / Comuna: COVIRAN — Departamento: META

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

| 19. Apellidos y nombres: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 20. Tipo de documento de identidad | 21. Número del documento de identidad | 22. Sexo: Femenino | Masculino | 23. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A) |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

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

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

| | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número del documento de identidad | 27. Sexo: Femenino | Masculino | 28. Fecha de Nacimiento (D D M M A A A A) |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | |
| B2 | | | | | |
| B3 | | | | | |
| B4 | | | | | |
| B5 | | | | | |

Datos Complementarios

| | 29. Parentesco | 30. Etnia | 31. Discapacidad: Tipo (F N M) | Condición (T P) |
|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

cajacopi RADICADO SECCIONAL META
FECHA: 25/09/2023
HORA:
FIRMA: Juan José

| | 32. Datos de residencia: Municipio /Distrito | Zona: Urbana | Rural | Departamento | Teléfono Fijo y/o Celular | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | |
| B2 | | | | | | |
| B3 | | | | | | |
| B4 | | | | | | |
| B5 | | | | | | |

Selección de la IPS Primaria

| | 34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| C | | |
| D | | |
| D | | |
| D | | |

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

| 36. Nombre o razón social | 37. Tipo de documento de identificación | 38. Número del documento de identificación | 39. Tipo de aportante (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| RAUL ALBERTO VELASCO AVILA | NIT | 7478355-4 | |

40. Ubicación: Dirección: CL 42A 16B-32 ESTE — Teléfono: 3138571664 — Correo Electrónico: RAUL.VELASCO.ING7@GMAIL.COM — Municipio/Distrito: VILLAVICENCIO — Departamento: META

7803

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **OSCAR IVAN MENDEZ LOZANO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1122650304,** se encuentra afiliado/a desde **18/09/2012** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 21 de septiembre de 2023.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**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.

7804

**INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.**

| | |
|---|---|
| **No. Identificación** | 901200839-9 |
| **Dirección:** | CALLE 15 N° 37L 10 ET 8 B. ESPERANZA |
| **Telefono:** | 6668018-3176678051 |
| **Email:** | gerencia@integrarips.com |

**CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en ANEXO OSTEOMUSCULAR**

## Información General



| | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha impresión: | VILLAVICENCIO - 2023/09/21 | Nro Ingreso: | 2023092102019 |
| Paciente: | OSCAR IVAN MENDEZ LOSANO | CC: | 1122650304 |
| Edad: | 30 años | Nombre Cliente: | PARTICULAR |
| Género: | Masculino | Tipo Evaluación: | Ingreso |
| Cargo: | CADENERO 1 | | |
| Orígen: | CONSORCIO ESENARIOS DEPORTIVOS 2023 | Destino: | CONSORCIO ESENARIOS DEPORTIVOS 2023 |
| Fecha Salida: | 2023-09-21 08:50:22 | Fecha Atención: | 2023-09-21 08:43:38 |

## Pruebas de Apoyo Diagnóstico

**PARACLINICOS** **LABORATORIO CLINICO** **COMPLEMENTARIOS** **VACUNAS**

## Certificacion de Aptitud

| | |
|---|---|
| CONCEPTO - EXAMEN INGRESO: | APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO |
| OBSERVACIONES AL CONCEPTO: | SIN OBSERVACIÓN |
| ENFASIS - ANEXO OSTEOMUSCULAR: | Definicion de caso para el SVE desordenes Osteomusculares<br>**CASO DESCARTADO** |

## Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

## Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

## Recomendaciones Específicas

NINGUNA

**Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S..**

Profesional Ocupacional: RUBEN IVAN MARTINEZ LOBO 0
Registro M.D: 688591999
Licencia S.O: 7407-21

Firma del Paciente: OSCAR IVAN MENDEZ LOSANO
Identificacion: CC. - 1122650304

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.121.824.582
SANABRIA SARMIENTO
APELLIDOS
ANGEL OCTAVIO
NOMBRES

Octavio Sanabria
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-JUN-1986
MAPIRIPAN
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

04-OCT-2004 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5200100-00147074-M-1121824582-20090117 0009539525A 1 6740017121

Scanned by TapScanner

7806

ARL | sura

Medellín, 20 de September de 2023

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

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

**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 META | | Clase: 5 | | Porcentaje Cotización: | 6.96 % |
| C1121824582 | SANABRIA SARMIENTO ANGEL OCTAVIO | 21/09/2023 | | 92227i15 | 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 20/09/2023 21:03:44 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.51.34.43, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

7807

Salud Total EPS-S

| No de Radicacion | Fecha de Radicación |
|---|---|
| 4011029694 | 2\|5\|0\|9\|2\|0\|2\|3 |

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

| 1.tipo de tramite | 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) 1 |
| A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiano ☐ | A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐ | |

**A. AFILIACIÓN**

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

| 6.Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| SANABRIA (Primer apellido) | SARMIENTO (Segundo apellido) | ANGEL (Primer nombre) | OCTAVIO (Segundo nombre) |
| **7.Tipo documento de Identidad** | **8.Número del documento de Identidad** | **9.Sexo** | **10.Fecha de nacimiento** |
| CC | 1121824582 | Femenino ☐ Masculino ☒ | 2\|4\|0\|6\|1\|9\|8\|6 |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

Datos personales

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

| 15. Administradora de riesgos Laborales - ARL | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingreso base de cotizacion - IBC |
|---|---|---|
| SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A. | PORVENIR FPC | 1160000 |

**18.Residencia**

| Dirección | Telefono fijo | Telefono celular | Correo electronico |
|---|---|---|---|
| MZ D CA 9 URB | | 3138571664 | OCTAVIOSANABRIA@GMAIL.COM |

| Municipio/Distrito | zona | Localidad / comuna | Departamento |
|---|---|---|---|
| VILLAVICENCIO | Urbana ☒ Rural ☐ | | META |

**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 Femenino | 27.Sexo Masculino | 28.Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | |
| B2 | | | | | |
| B3 | | | | | |
| B4 | | | | | |
| B5 | | | | | |

Datos complementarios

| | 29.Parentesco | 30. Etnia | 31. Discapacidad Tipo F | Tipo N | Tipo M | Condición T | Condición 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 TORRE 33 - VS TORRE 33 | VSTORRE33 - VSTORRE33 |
| 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) |
|---|---|---|---|
| RAUL ALBERTO VELASCO | CC | 79783558 | 01 |

39.Ubicación

| Dirección | Teleéfono | Correo electrónico | Municipio/distrito | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| CL 42A NO 16B 32 BRR COVISAN | 3138571 | RAUL.VELASCO.ING@GMAIL.COM | VILLAVICENCIO | META |

7808

| No de Radicacion |
|---|
| 4011029694 |



## 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. Reinscripcion 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\|1\|0\|9\|2\|0\|2\|3 |

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

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficianos 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 internacion del cotizante,cabeza de familia ,beneficianos 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 beneficianos o afiliados adicionales.
- 51. ☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- 52. ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficianos 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 |
|---|---|
| Angel Sanabria | |

## 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 autorzación 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 capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.**

7809

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANGEL OCTAVIO SANABRIA SARMIENTO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1121824582,** se encuentra afiliado/a desde **07/06/2011** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 09 de agosto de 2023.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**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.

7810

**INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.**

| | |
|---|---|
| **No. Identificación** | 901200839-9 |
| **Dirección:** | CALLE 15 N° 37L 10 ET 8 B. ESPERANZA |
| **Telefono:** | 6668018-3176678051 |
| **Email:** | gerencia@integrarips.com |

**CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en ANEXO OSTEOMUSCULAR**

## Información General

| | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha impresión: | VILLAVICENCIO - 2023/09/21 | Nro Ingreso: | 2023092102017 |
| Paciente: | ANGEL OCTAVIO SANABRIA SARMIENTO | CC: | 1121824582 |
| Edad: | 37 años | Nombre Cliente: | PARTICULAR |
| Género: | Masculino | Tipo Evaluación: | Ingreso |
| Cargo: | CADENERO 1 | | |
| Orígen: | CONSORCIO ESCENARIOS DEPORTIVOS 2023 | Destino: | CONSORCIO ESCENARIOS DEPORTIVOS 2023 |
| Fecha Salida: | 2023-09-21 08:31:45 | Fecha Atención: | 2023-09-21 08:25:53 |



## Pruebas de Apoyo Diagnóstico

**PARACLINICOS** **LABORATORIO CLINICO** **COMPLEMENTARIOS** **VACUNAS**

## Certificacion de Aptitud

| | |
|---|---|
| CONCEPTO - EXAMEN INGRESO: | APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO |
| OBSERVACIONES AL CONCEPTO: | SIN OBSERVACIÓN |
| ENFASIS - ANEXO OSTEOMUSCULAR: | Definicion de caso para el SVE desordenes Osteomusculares<br>**CASO DESCARTADO** |

## Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

## Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

## Recomendaciones Específicas

NINGUNA

**Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S..**

Profesional Ocupacional: RUBEN IVAN MARTINEZ LOBO 0

Registro M.D: 688591999

Licencia S.O: 7407-21

Firma del Paciente: ANGEL OCTAVIO SANABRIA SARMIENTO

Identificacion: CC. - 1121824582

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

| IDERMETA | INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | Código: GES-FO-126 |
|---|---|---|
| | PROCESO DE GESTIÓN ESTRATÉGICA | Vigencia: 08/11/2022 |
| | INFORME DE OBRA | Versión: 01 |

# COMISION TOPOGRAFICA JONATHAN MALAVER

7812

| INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | Código: GES-FO-33 |
|---|---|---|
| | PROCESO DE GESTIÓN ESTRATÉGICA | Vigencia: 31/01/2023 |
| | ACTA DE REALACIÓN DE PERSONAL DE OBRA E INTERVENTORIA | Versión: 02 |

| CONTRATO N° | 106 - 2023 | PROYECTO N° | BPIN 2022005500024 - BPIN 2022005500022 - BPIN 2022005500094 |
|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| OBJETO DEL CONTRATO | CONSTRUCCION ESCENARIOS DEPORTIVOS MULTIPROPOSITO PISTA DE PATINAJE Y PISTA DE ATLETISMO EN LA VILLA OLIMPICA DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO DEPARTAMENTO META |
| OBJETO DEL PROYECTO: | CONSTRUCCION DE ESCENARIOS DEPORTIVOS MULTIPROPOSITO PISTA DE PATINAJE Y PISTA DE ATLETICA EN LA VILLA OLIMPICA DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO-META. |
| CONTRATISTA: | JONATHAN MALAVER NEIRA |
| NIT: | 1122122473 |
| CONTRATO DE INTERVENTORIA N° | 249 - 2023 |
| INTERVENTORÍA: | CONSORCIO INTERESCENARIOS |

| PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: | 1 de septiembre de 2023 | a | 30 de septiembre de 2023 | | | | AFILIACIÓN | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombres y Apellidos | Cargo y/o oficio | Cedula | Tipo de Vinculacion | Fecha de Ingreso | Fecha de Retiro | Asignación Salarial | EPS | % | PENSIÓN | % | ARL | NIVEL | Caja de Compensación | % | Ingreso Base de Cotización |
| JONATHAN MALAVER NEIRA | TOPOGRAFO | 1.122.122.473 | CONTRATISTA | 6/09/2023 | | $ 1.160.000 | SANITAS | 12,50% | PORVENIR | 16% | POSITIVA | $ 6,96 | 0 | 0% | $ 1.160.000 |
| HERNANDO OLIMPO ESCALANTE LOPEZ | CADENERO | 1.121.822.297 | CONTRATISTA | 5/09/2023 | | $ 1.550.000 | CAPITAL SALUD | 12,50% | PROTECCION | 16% | SURA | $ 6,96 | COFREM | 4% | $ 1.550.000 |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

Nota 1: Mediante la presente acta se acredita que el personal de la ejecución del proyecto se encuentra Afiliado a los sistemas de seguridad social en Salud, Pensión y Riesgos; incluso los trabajadores independientes.
Nota 2: Se Anexa a la presente Acta las afiliaciones del personal relacionado, previamente verificadas por la Supervisión.

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella, el

Firma:
Nombre: JHON HENRRY ORTIZ GARCIA
REPRESENTANTE LEGAL CONTRATISTA DE OBRA

Firma:
Nombre: HECTOR ARMANDO GOMEZ JAIME
REPRESENTANTE LEGAL INTERVENTORÍA

Firma:
Nombre: LEONEL ROA RUIZ
DIRECTOR DE INTERVENTORÍA
N° Matricula Profesional: 2520279953CND

Firma:
Nombre: RAMIRO ANDRES BARRAGAN BETANCOURT
CONTADOR DE CONTRATISTA
N° Matricula Profesional: 276207 - T

Firma:
Nombre: WILSON EREYDER GOMEZ GUERRERO
DIRECTOR DE OBRA
N° Matricula Profesional: 252020908 20CND

Firma:
Nombre: LEIDY CAROLINA BETANCOURT BETANCOURT
CONTADOR DE INTERVENTORÍA
N° Matricula Profesional: 175215-T

| OBSERVACIONES: |
|---|
| |

7813

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.122.122.473**

**MALAVER NEIRA**

APELLIDOS

**JONATHAN**

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-FEB-1988**

**BUCARAMANGA**
**(SANTANDER)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.64** ESTATURA | **O-** G.S. RH | **M** SEXO

**21-SEP-2006 ACACIAS**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00250690-M-1122122473-20100819 **0023**473585A 1 6860950272

7814

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **JONATHAN MALAVER NEIRA** con **CC** No. **1122122473**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| **Contratante:** NI 899999998 - INDEPENDIENTE VOLUNTARIO (DECRETO 1563/16) | **Fecha de última cobertura:** 06/09/2023<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE VOLUNTARIO<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 05/09/2023<br>**Fecha fin de Contrato:** 31/12/2050<br>**Clase de Riesgo:** 5<br>**Cargo :** AFILIACIÓN VOLUNTARIA<br>**Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO |

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20230101989806.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 5 días del mes de septiembre de 2023.

Cordialmente

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

7815

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

| No. de Radicación | Fecha de Radicación |
|---|---|
| | D D M M A A A A |

172542009

*(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)*

## I. DATOS DEL TRÁMITE

| 1. Tipo de Trámite | 2. Tipo de Afiliación | 3. Régimen |
|---|---|---|
| A. Afiliación ✓ B. Reporte de Novedades | A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia - Beneficiario o Afiliado adicional B. Colectiva C. Institucional D. De Oficio | A. Contributivo ✓ B. Subsidiado |

| 4. Tipo de Afiliado | 5. Tipo de Cotizante | Código |
|---|---|---|
| A. Cotizante ✓ B. Cabeza de Familia C. Beneficiario | A. Dependiente B. Independiente ✓ C. Pensionado | (a registrar por la EPS) |

## A. AFILIACIÓN

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

| 6. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido: MATAUER | Segundo Apellido: NEIRA | Primer Nombre: JONATHAN | Segundo Nombre: |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CN TI ✓ CE CD RC CC PA SC | 1122122473 | Femenino Masculino ✓ | D D M M A A A A |

### III. DATOS COMPLEMENTARIOS

**Datos Personales**

| 11. Etnia | 12. Discapacidad | 13. Puntaje SISBÉN | 14. Grupo de población especial |
|---|---|---|---|
| | Tipo F N M Condición T P | | |

| 15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingreso base de cotización - IBC |
|---|---|---|
| | | $2000.000 = |

| 18. Residencia | |
|---|---|
| Dirección: CALLE 6A # 39-62 BRISAS PLAZA | Teléfono Fijo: N/A |
| Teléfono Celular: 3153163401 | Correo Electrónico: topozenithe hotmail.com |
| Municipio / Distrito: VILLAVICENCIO | Zona: Urbana ✓ Rural |
| Localidad / Comuna | Departamento: META |

### IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

**Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante**

| 19. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
| | | | |

| 20. Tipo de documento de identidad | 21. Número del documento de identidad | 22. Sexo | 23. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CN TI CE CD RC CC PA SC | | Femenino Masculino | D D M M A A A A |

**Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales**

| 24. Apellidos y nombres | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

**Datos Complementarios**

| | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número del documento de identidad | 27. Sexo | 28. Fecha de nacimiento | 29. Parentesco |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | Femenino Masculino | D D M M A A A A | |
| B2 | | | Femenino Masculino | D D M M A A A A | |
| B3 | | | Femenino Masculino | D D M M A A A A | |
| B4 | | | Femenino Masculino | D D M M A A A A | |
| B5 | | | Femenino Masculino | D D M M A A A A | |

| | 30. Etnia | 31. Discapacidad Tipo | 31. Discapacidad Condición | 32. Datos de Residencia Municipio/Distrito | Zona | Departamento | Teléfono Fijo y/o Celular | 33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | F N M | T P | VILLAVICENCIO | Urbana ✓ Rural | META | | |
| B2 | | F N M | T P | | Urbana Rural | | | |
| B3 | | F N M | T P | | Urbana Rural | | | |
| B4 | | F N M | T P | | Urbana Rural | | | |
| B5 | | F N M | T P | | Urbana Rural | | | |

**Selección de la IPS Primaria**

| 34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|
| | |

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

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo documento de Identificación (NIT, CC, TI, PA, CE, CD) | 37. Número del documento de Identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| | | | 7 |

**39. Ubicación**

Dirección | Teléfono Fijo

Correo Electrónico | Municipio / Distrito | Departamento

## B. REPORTE DE NOVEDADES

**40. Tipo de Novedad**

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

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

**41. Datos básicos de identificación**

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

| Tipo de documento de identidad (CN, RC, TI, CC, PA, CE, CD, SC) | Número del documento de identidad | Sexo (Femenino / Masculino) | Fecha de nacimiento (D D M M A A A A) | 42. Fecha (D D M M A A A A) |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| 43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado | 45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones |
|---|---|---|
| SANITAS | Código | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

## VIII. FIRMAS

| 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario | 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio |
|---|---|
| 1122122473 | |

## IX. ANEXOS

- [x] 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad [1] (CN RC TI CC PA CE CD SC) TOTAL 1
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio | Código del Departamento | 67. Datos del SISBÉN: Número de ficha | Puntaje | Nivel | 68. Fecha de Radicación (D D M M A A A A) | 69. Fecha de Validación (D D M M A A A A) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

**70. Datos del funcionario que realiza la validación**

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

| Tipo de documento | Número de documento de identidad | 71. Firma del Funcionario |
|---|---|---|
| | | |

**Observaciones:**

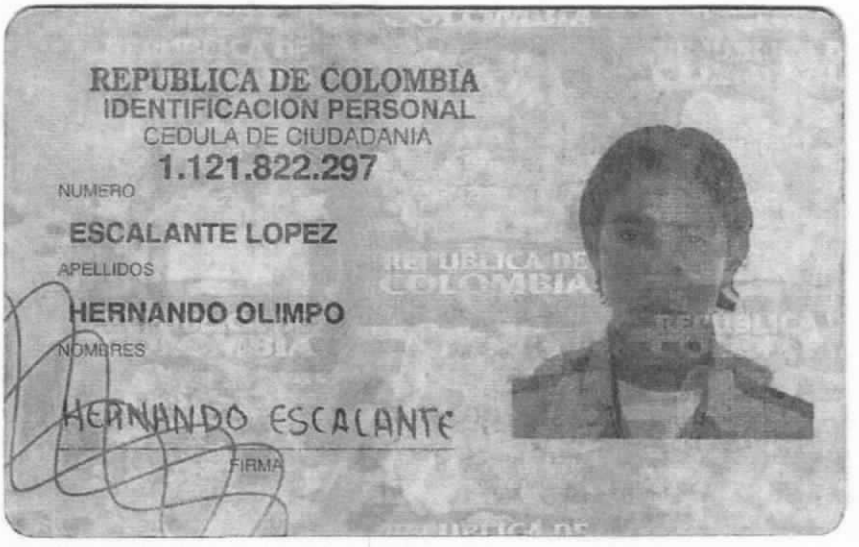
TC = 22
TA = 22

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

EPS Sanitas
OFICINA VILLAVICENCIO
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN
NIT: 800.251.440-6
FIRMA:
8 SEP 2015

| Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial | Sello de Radicación | Sticker procesamiento |
|---|---|---|
| | | |

7817



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.121.822.297
NUMERO

ESCALANTE LOPEZ
APELLIDOS

HERNANDO OLIMPO
NOMBRES

HERNANDO ESCALANTE
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-MAR-1986
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 ESTATURA
AB+ G.S. RH
M SEXO

14-JUL-2004 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-5200100-69130231-M-1121822297-20040921 02735 04265C 02 173549471

ARL | sura 7818

Medellín, 04 de September de 2023

## LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

## HACE CONSTAR:

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

**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 META | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: | 6.96 % | |
| C1121822297 | ESCALANTE LOPEZ HERNANDO OLIMPO | 05/09/2023 | | 227P2241 | 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 04/09/2023 18:17:13 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.107.200.182, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

9819

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud EPS-S
Te entiende. Te atiende

**FORMULARIO No.**

| Número de Radicación | Fecha de Radicación |
|---|---|
| | 04 09 2023 |

**I. DATOS DEL TRÁMITE** *(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)* Página 1 de 2

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedad [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectiva [ ]; C. Institucional [ ]; D. De Oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X]; B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X]; B. Cabeza de Familia [ ]; C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X]; B. Independiente [ ]; C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS) [ ]

## A. AFILIACIÓN

**II. Datos básicos de identificación (del cotizante o cabeza de familia)**

| 6. Apellidos y nombres completos | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido: Escalante | Segundo apellido: Lopez | Primer nombre: Hernando | Segundo nombre: Olimpo |

| 7. Tipo documento de identidad | 8. Número de documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CC | 1.121.822.297 | Femenino [ ] Masculino [X] | 09 10 31 1981 6 |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**
**Datos personales**

| 11. Etnia | 12. Discapacidad | 13. Puntaje SISBÉN | 14. Grupo de población especial |
|---|---|---|---|
| | Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P] | | |

| 15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingresos base de cotización - IBC |
|---|---|---|
| SURA | Proteccion | 1160.000 |

| 18. Residencia | | | |
|---|---|---|---|
| Dirección: Cll 27 este N 20A-03 | Teléfono: 6620918 | Teléfono celular: 3127790378 | Correo electrónico: hernandescalante@gmail |

| Municipio/Distrito | Zona | | Departamento |
|---|---|---|---|
| Villavicencio | Urbana [X] Rural [ ] | Pinilla (Comuna) | Meta |

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

| 19. Apellidos y nombres completos | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |

| 20. Tipo documento de identidad | 21. Número de documento de identidad | 22. Sexo | 23. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| | | Femenino [ ] Masculino [ ] | |

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

| | 24. Apellidos y nombres completos: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

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

**Datos complementarios**

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

| | 32. Datos de residencia Municipio/Distrito | Zona Urbana | Rural | Departamento | Teléfono fijo y/o celular | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | |
| B2 | | | | | | |
| B3 | | | | | | |
| B4 | | | | | | |
| B5 | | | | | | |

**Selección de la IPS primaria**

| | 34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| C | | |
| B | | |
| B | | |
| B | | |

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

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo de documento de identificación | 37. Número del documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador a pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| Jonathan Malaver Neira | CC | 1.122.122.473 | |

| 39. Ubicación | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Dirección: Cll 6 A 39-52 | Teléfono: 6620918 | Correo electrónico: topozenith@hotmail | Municipio/Distrito: Villavicencio | Departamento: Meta | |

VERSIÓN JUNIO/2016

capitalsalud eps-s
Te entiende. Te atiende

**FORMULARIO No.** 7820



## B. REPORTE DE NOVEDADES

**0. Tipo de Novedad**

- [ ] 1. Modificación datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de los datos básicos de Identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Movilidad — [X] A. Régimen Contributivo / [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado — [ ] A. Mismo Régimen / [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de pensionado.

### VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | Sexo | Fecha de nacimiento | 42. Fecha |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino [ ] Masculino [ ] | | 04092023 |

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

### VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al régimen contributivo, especial o de excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto.

### VIII. FIRMAS

| 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario | 55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva. Institucional o de Oficio |
|---|---|
| HERNANDO ESCALANTE | |

### IX. ANEXOS

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

### X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la Entidad Territorial | | 67. Datos del SISBÉN | | | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Código del Municipio | Código del Departamento | Número de ficha | Puntaje | Nivel | | |
| | | | | | | |

70. Datos del funcionario que realiza la validación

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

RADICADO PARA ESTUDIO EPS
0 SEP 2023
ROSI NAYIBE ROMERO MARTINEZ
AGENTE COMERCIAL

**Observaciones:**

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

Versión Superintendencia

7821

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **ESCALANTE LOPEZ HERNANDO OLIMPO** identificado(a) con **CC** número **1.121.822.297** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de abril de 2008 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 04 de septiembre de 2023.

Cordialmente,

Laura P. Merchán M.

**Laura Patricia Merchan Metaute**
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

20230904162215

*Centro de Especialistas*
**Santa Barbara I.P.S E.U**
***Nit. 900.051.899-7***

Cra 38 No 36-30 Barzal Tels: 6848597 – 3138517542 V/cio
Cra 14 No 12-34 Tel: 6574516 Cel: 3112703665 Acacias – Meta
Email: Santabarbara.ips@gmail.com www.ipssantabarbara.com

7822



**INFORMACION GENERAL**

FECHA EXAMEN: **29/08/2023 10:38** CIUDAD: **META - ACACIAS**

Entidad Contratante: **PARTICULAR**

**INFORMACION DEL TRABAJADOR**

Datos de Identificacion: **CC 1121822297 HERNANDO OLIMPO ESCALANTE LOPEZ**

Edad: **37 Años** | Cargo:

# EXAMEN MEDICO DE OPTOMETRIA

## ANTECEDENTES PERSONALES

| GENERALES | SI/NO | GENERALES | OJO DERECHO | OJO IZQUIERDO |
|---|---|---|---|---|
| Hipertension Arterial | NO | Cirugia Ocular | NO | NO |
| Diabetes | NO | Queratocono | NO | NO |
| Hipoglicemia | NO | Glaucoma | NO | NO |
| Toxoplasmosis | NO | Catarata | NO | NO |
| Cefalea | NO | Retinopatia | NO | NO |
| Trauma Craneocefalico | NO | Desprendimiento de retina | NO | NO |
| Otros | NO | Ambliopia | NO | NO |
| Otros Cuales | | Estrabismo | NO | NO |

**Problemas de Refraccion:** NO **Cual:**

**Corregido:** NO **Tipo de Correccion:** **Frecuencia Uso:**

**Tiempo Trascurrido desde el ult. examen visual:** 3 MESES **Tiempo trancurrido desde el ult. cambio de formula:**

## SIGNOS Y SINTOMAS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Vision Doble | NO | Cefalea | NO | Salto de Renglones | NO |
| Fotofobia | NO | Irritacion Ocular | NO | Disminucion Agudeza visual vision lejana | NO |
| Cansancio Ocular | NO | Lagrimeo | NO | Disminucion Agudeza visual vision Proxima | NO |
| Ardor Ocular | NO | Prurito Ocular | NO | Secreciones | NO |
| Miodesopsias | NO | Dolor Ocular | NO | | |

**Observacion:**

## EVALUACION

**AGUDEZA VISUAL**

| | Sin Correccion | | Con Correccion | |
|---|---|---|---|---|
| | Vision Lejana | Vision Proxima | Vision Lejana | Vision Proxima |
| Ojo Derecho | 20/20 | 0.5 M | | |
| Ojo Izquierdo | 20/20 | 0.5 M | | |

**LENSOMETRIA**

| | Vision Lejana | Vision Proxima |
|---|---|---|
| Oido Derecho | | |
| Oido Izquierdo | | |

**EXAMEN EXTERNO**

| | Ojo Derecho | Ojo Izquierdo |
|---|---|---|
| Pinguecuela | NO | NO |
| Resequedad Ocular | NO | NO |
| Inyeccion Conjuntival | NO | NO |
| Hiperemia Conjuntival | NO | NO |
| Ptosis Palpebral | NO | NO |
| Blefaritis | NO | NO |
| Pterigio | NO | NO |
| Secrecion Ocular | NO | NO |
| Edema Palpebral | NO | NO |

**ESTADO MOTOR**

| | |
|---|---|
| Cover Test Vision Lejana | ORTHOFORIA |
| Cover Test Vision Proxima a 40 cm | ORTHOFORIA |
| Punto Proximo de Convergencia | 10 CMS |

| | Ojo Der. | Ojo Izq. |
|---|---|---|
| Retinos copia | | |
| Estereopsis | Normal | Normal |
| Vision Cromatica | Normal | Normal |
| Campo Visual | Normal | Normal |
| Oftalmoscopia | Normal | Normal |

**SUBJETIVO**

| | Esfera | Cilindro | Eje | Agudeza Visual |
|---|---|---|---|---|
| Ojo Derecho | | | | |
| Ojo Izquierdo | | | | |
| Adicion de Lente | | | | |

Centro de Especialistas
Santa Barbara I.P.S E.U
Nit. 900.051.699-7

Cra 38 No 36-30 Barzal Tels: 6848597 – 3138517542 V/cio
Cra 14 No 12-34 Tel: 6574516 Cel: 3112703665 Acacias – Meta
Email: Santabarbara.ips@gmail.com www.ipssantabarbara.com

7823

De acuerdo al Decreto 2345 de 2007se certifica que por parte del trabajador, que todos los datos consignado en la historia ocupacional y medica son verdicos. se autoriza informar a la empresa, las conclusiones generales del estado de salud de la poblacione examinada. Informacion que sera consignada en el diagnostico de salud de la empresaa la cual pertenezca, y se utilizara para el cumplimiento de los subprogramas (art 15) de medicina preventiva y del trabajo, segun art. 10 de la resolucion 1015 de 1989, o la norma que la notifique, adicione o sustituya.



**INFORMACION GENERAL**

FECHA EXAMEN: **29/08/2023** CIUDAD: **META - ACACIAS**

Empresa: **PARTICULAR** Proyecto: **PARTICULAR**

**INFORMACION DEL TRABAJADOR**

| | | |
|---|---|---|
| Documento Identidad: **CC 1121822297** | NOMBRE: **HERNANDO OLIMPO ESCALANTE LOPEZ** | |
| Edad: **37 Años** | Cargo: **AUXILIAR DE TOPOGRAFIA** | Evaluacion Medica de: **INGRESO** |

# CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

**EXAMENES PRACTICADOS**

OPTOMETRIA
AUDIOMETRIA

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

**CONCEPTO DE APTITUD**

| EXAMEN DE INGRESO | | EXAMEN PERIODICO | | EXAMEN DE RETIRO | |
|---|---|---|---|---|---|
| Cumple con los requisitos necesarios para el perfil del cargo | X | Satisfactorio | | Satisfactorio | |
| Presenta condiciones de salud que no disminuye su capacidad laboral | | Signos y Sintomas de enfermedad general que deber ser valorados por su EPS | | Condiciones de salud que deben ser valoradas por su EPS | |
| Presenta condiciones de salud que pueden comprometer su productividad | | Se debe reasignar funciones, reubicar, analizar puesto de trabajo | | Continuar manjeo por ARL | |
| Presenta condicones de salud que deben ser tratadas antes de ingresar | | Secuela de accidente de trabajo | | Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por su EPS | |
| No cumple con los requisitos del perfil del cargo | | Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por su EPS | | Valoración medica laboral para evaluación y calificación | |
| Proceso no terminado | | Proceso no terminado | | Proceso no terminado | |

**Observaciones:**

| EXAMENES ANEXOS | SI/ NO | Apto / No AP | EXAMENES ANEXOS | SI/ NO | EXAMENES ANEXOS | SI/ NO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| REQUIERE PARA EXAMENES EN ALTURAS | NO | NA | OSTEOMUSCULAR | SI | NEUROLOGICO | |
| REQUIERE PARA MANIPULAR ALIMENTOS | NO | NA | RESPIRATORIO | | DERMATOLOGICO | |
| REQUIERE PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS | NO | NA | CARDIOVASCULAR | NO | MANIPULAR CARGAS | |

**RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES**

| SEGUN IMC | | MANEJO POR EPS / ARL | | RECOMENDACIONES | | SVC / (Incluir en) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Dieta | | Control periodico PP o EPS | | Control Periodico Ocupacional | | Visual | |
| Ejercicio Regular | X | Se Prescribe Tratamiento | | Higiene Postural | X | Auditivo | |
| Dieta y Ejercicio Regular | | Remi. a EPS manejo medico | | Utilizacion de EPP | | Respiratorio | |
| Valoracion Nutricion por EPS | | Continuar Manejo Medico | | Utilizacion de Ayudas Ergono. | | Ergonomico | |
| Descartar Altera. Metabolicas | | Remision ARL para manejo | | Medidas Anti Varices | | Cardiovascular | |
| Dieta, Ejecicios y Med. | | Uso Proteccion Solar FiltroUV | | Evaluacion Puesto de Trabajo | | Psicolaboral | |
| | | | | Pausas Activas Cada 3 Horas | X | Quimico | |
| | | | | Pausas Ergonomicas | | Biologico | |

**RECOMENDACIONES:** USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

Medico **ELKIN DANIEL CARDENAS BAUTISTA**
R.M: **501455-2003**

Hernando Escalante

Paciente: **HERNANDO OLIMPO ESCALANTE LOPEZ**
**CC 1121822297**

Centro de Especialistas
Santa Barbara I.P.S E.U
Nit. 900.051.899-7

Cra 38 No 36-30 Barzal Tels: 6848597 – 3138517542 V/cio
Cra 14 No 12-34 Tel: 6574516 Cel: 3112703665 Acacias – Meta
Email: Santabarbara.ips@gmail.com www.ipssantabarbara.com

7824



**INFORMACION GENERAL**

FECHA EXAMEN: **29/08/2023 10:38** CIUDAD: **META - ACACIAS**

Entidad Contratante: **PARTICULAR**

**INFORMACION DEL TRABAJADOR**

Datos de Identificacion: **CC 1121822297 HERNANDO OLIMPO ESCALANTE LOPEZ**

Edad: **37 Años** | Cargo:

# EXAMEN MEDICO DE OPTOMETRIA

Observaciones:

## DIAGNOSTICOS GENERALES E INTERPRETACIONES

| DIAGNOSTICOS | | | INTERPRETACION | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Ojo Derecho | Ojo Izquierdo | | Ojo Derecho | Ojo Izquierdo |
| Emetropia | NO | NO | Problema de Refraccion no Corregida | NO | NO |
| Miopia | NO | NO | Problema de Refraccion adecuadamente Corregida | NO | NO |
| Astigmatismo | NO | NO | Problema de Refraccion Inadecuadamente Corregida | NO | NO |
| Presbicia | NO | NO | No Requiere Correccion | NO | NO |
| Ambliopia | NO | NO | | | |
| Problema de Motilidad | NO | NO | | | |
| Insuficiencia de Convergencia | NO | NO | | | |

**Diagnóstico Relacionado 1:**
**Diagnóstico Relacionado 2:**
**Diagnóstico Relacionado 3:**

## CONCEPTO GENERAL

Emétrope, uso gafas de protección solar, uso de Epp visual según labores de riesgo visual

## RECOMENDACIONES

**Control en 1 año:** SI
**Control en 6 meses:** NO
**Correccion Optica con anteojos:** NO
**Correccion Optica con lentes de Contacto:** NO
**Valoracion por Ortoptica:** NO
**Valoracion por Oftamologia:** NO

Medico TATIANA CUASTUMAL ARTEAGA
R.M: 547-1999

Dra. Tatiana Cuastumal Arteaga
OPTOMETRA
Reg. [illegible]

Paciente: CC 1121822297 HERNANDO O

Hernando Escalante

Centro de Especialistas
Santa Barbara I.P.S E.U
Nit. 900.051.899-7

Cra 38 No 36-30 Barzal Tels: 6848597 – 3138517542 V/cio
Cra 14 No 12-34 Tel: 6574516 Cel: 3112703665 Acacias – Meta
Email: Santabarbara.ips@gmail.com www.ipssantabarbara.com

7825



**INFORMACION GENERAL**

FECHA EXAMEN: 29/08/2023 08:55 CIUDAD: 50

Entidad Contratante: PARTICULAR

**INFORMACION DEL TRABAJADOR**

Datos de Identificacion: CC 1121822297 HERNANDO OLIMPO ESCALANTE LOPEZ

Edad: 37 Años | Cargo:

# EXAMEN MEDICO DE AUDIOMETRIA

## ANTECEDENTES LABORALES CON EXPOSICION AL RUIDO EN EMPRESA ACTUAL Y/O ANTERIORES

| Nombre Empresa | Cargo | Tiempo Exposicion | | Uso de Proteccion | Tipo de Proteccion | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Acomulado (Años) | Diario (Horas) | | | |
| | | | | | | |

## ANTECEDENTES AUDITIVOS PERSONALES

| ANTECEDENTE | SI/NO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| Otitis | NO | |
| Trauma | NO | |
| Cirugia | NO | |
| Ingesta Ototoxica | NO | |
| Hipoacusia Subjetiva | NO | |
| Acufenos | NO | |
| Otros | | |

## ANTECEDENTES EXTRALABORALES CON EXPOSICION AL RUIDO

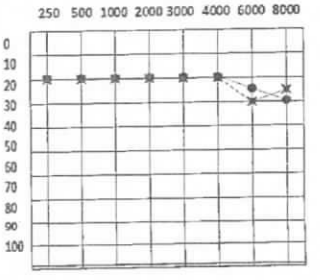
| ACTIVIDAD | SI/NO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| Moto | NO | |
| Motores Turbo | SI | |
| Poligono | NO | |
| Tabaco | NO | |
| Trauma Acustico | NO | |
| Servicio Militar | NO | |
| Quimicos | NO | |
| Auriculares | NO | |
| Bares, Tabernas Discotk | NO | |

## CONDICIONES DE LA TOMA DE LA PRUEBA

Descanso Auditivo: NO Uso Cabina Sonoamorti.: SI Marca y ref. Audiometro: Realizo Re Test: NO

## AUDIOGRAMA

| MODALIDAD | OIDO | SIMBOLO | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VA | OD | O | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 25 | 30 |
| | OI | X | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 30 | 25 |
| VO | OD | <> | | | | | | | | |
| | OI | <> | | | | | | | | |
| VA/MASK | OD | <> | | | | | | | | |
| | OI | <> | | | | | | | | |
| VO/MASK | OD | <> | | | | | | | | |
| | OI | <> | | | | | | | | |




Otoscopia Oido Derecho: PABELLÓN AURICULAR NORMAL, MEMBRANA TIMPÁN

Otoscopia Oido Izquierdo: PABELLÓN AURICULAR NORMAL, MEMBRANA TIMPÁ

## DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Audicion Normal Oido Dererecho | NORMAL | Hipoacusia Oido Derecho | | Severidad Oido Derecho | |
| Audicion Normal Oido Izquierdo | NORMAL | Hipoacusia Oido Izquierdo | | Severidad Oido Izquierdo | |
| Audicion Normal Bilateral | NORMAL | Hipoacusia Bilateral | | | |

Centro de Especialistas
Santa Barbara I.P.S E.U
Nit. 900.051.899-7

Cra 38 No 36-30 Barzal Tels: 6848597 – 3138517542 V/cio
Cra 14 No 12-34 Tel: 6574516 Cel: 3112703665 Acacias – Meta
Email: Santabarbara.ips@gmail.com www.ipssantabarbara.com

2826



**INFORMACION GENERAL**

FECHA EXAMEN: **29/08/2023 08:55** CIUDAD: **50**

Entidad Contratante: **PARTICULAR**

**INFORMACION DEL TRABAJADOR**

Datos de Identificacion: CC 1121822297 HERNANDO OLIMPO ESCALANTE LOPEZ

Edad: **37 Años** | Cargo:

# EXAMEN MEDICO DE AUDIOMETRIA

**DIAGNOSTICOS CIE10**

**Diagnostico Principal:** Z011 EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION — **Observacion:**

**Diagnostico Relacionado 1:** — **Observacion:**

**Diagnostico Relacionado 2:** — **Observacion:**

**Diagnostico Relacionado 3:** — **Observacion:**

**CONCEPTO GENERAL**

AUDICIÓN FUNCIONAL NIVEL BILATERAL

**RECOMENDACIONES**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Control en 1 año:** SI | **Uso de EPP:** NO | **Pruebas Complementarias:** NO | **Remision ORL:** NO | **Sugerencia ORLNO** |
| **Control en 6 meses:** NO | **Nueva AudiometriaNO** | **Lavado de Oidos:** NO | **Remision ML:** NO | **Proteccion Auditiva:** SI |

**Observaciones:**

Medico JEIMY ARCHILA AVILA
R.M: 02874-2013

Paciente: CC 1121822297 HERNANDO OLIMPO ESCALANTE LOPEZ

7827

| IDERMETA | INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | Código: GES-FO-126 |
|---|---|---|
| | PROCESO DE GESTIÓN ESTRATÉGICA | Vigencia: 08/11/2022 |
| | INFORME DE OBRA | Versión: 01 |

# CONTROL DE SEGURIDAD INDUSTRIAL

# SEGUIMIENTO A LA SEGURIDAD SOCIAL

*Carrera 16 # 24-03 Barrio Olímpico - Popular*
*6701469 - 6701465*
*contactenos@idermeta.gov.co*
*Villavicencio - Meta, Colombia*

AL SERVICIO DE LA GENTE

# CONSORCIO

| INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | Código: GES-FO-39 |
|---|---|---|
| | PROCESO DE GESTIÓN ESTRÁTEGICA | Vigencia: 31/01/2023 |
| | ACTA CONTROL Y SEGUIMIENTO SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCAL OBRA | Versión: 02 |

7829

| | | | |
|---|---|---|---|
| CONTRATO N° | 106 - 2023 | PROYECTO N° | BPIN 2022005500024 - BPIN 2022005500022 - BPIN 2022005500094 |

| | |
|---|---|
| OBJETO DEL PROYECTO: | CONSTRUCCION DE ESCENARIOS DEPORTIVOS MULTIPROPOSITO, PISTA DE PATINAJE Y PISTA DE ATLETICA EN LA VILLA OLIMPICA DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO-META. |
| CONTRATISTA: | CONSORCIO ESCENARIOS DEPORTIVOS VILLA OLIMPICA 2023 |
| NIT: | 901682871 - 2 |
| CONTRATO DE INTERVENTORÍA N° | 249 - 2023 |
| INTERVENTORÍA: | CONSORCIO INTERESCENARIOS |

| NUMERO DE PLANILLA: | 9457636115 | | | | PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: | | 1 de septiembre de 2023 | | | | a | 30 de septiembre de 2023 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre personal | Cargo y/o oficio | cedula | sueldo | Dias Cotizados | SALUD | | PENSIÓN | | RIESGOS LABORALES | | I.C.B.F. | SENA | CAJA DE COMPENSACIÓN | TOTAL A PAGAR |
| | | | | | EPS | Valor | Pensión | Valor | ARL | Valor | | | | |
| ARIAS BOTELLO ZUNEILE PAOLA | SST | 1032423397 | $ 1.160.000 | 30 | SANITAS | $ 46.400 | PROTECCION | $ 185.600 | SURA | $ 80.800 | $ - | $ - | $ 46.400 | $ 359.200 |
| BARRAGAN BETANCOURT RAMIRO ANDRES | CONTADOR | 1121930422 | $ 2.521.009 | 30 | NUEVA EPS | $ 100.900 | PROTECCION | $ 403.400 | SURA | $ 175.500 | $ - | $ - | $ 100.900 | $ 780.700 |
| BRAVO AMAYA LAURA XIMENA | AUX SST | 1121939501 | $ 1.273.914 | 30 | SANITAS | $ 51.000 | PROTECCION | $ 203.900 | SURA | $ 88.700 | $ - | $ - | $ 51.000 | $ 394.600 |
| CABARCA LIZCA VERONICA STEFANIA | SST | 1121887775 | $ 1.890.756 | 30 | SALUD TOTAL | $ 75.700 | PORVENIR | $ 302.600 | SURA | $ 131.600 | $ - | $ - | $ 75.700 | $ 585.600 |
| CAICEDO CASTAÑO CARLOS ANDRES | RESIDENTE | 1121844675 | $ 1.890.756 | 30 | NUEVA EPS | $ 75.700 | PORVENIR | $ 302.600 | SURA | $ 131.600 | $ - | $ - | $ 75.700 | $ 585.600 |
| CASTILLO SANCHEZ JHON NEYDER | AYUDANTE | 1123160526 | $ 1.490.723 | 30 | NUEVA EPS | $ 59.700 | PROTECCION | $ 238.600 | SURA | $ 103.800 | $ - | $ - | $ 59.700 | $ 461.800 |
| CONTRERAS PEÑA THERLY YANINY | AMBIENTAL | 1122815443 | $ 1.160.000 | 30 | SANITAS | $ 46.400 | PORVENIR | $ 185.600 | SURA | $ 80.800 | $ - | $ - | $ 46.400 | $ 359.200 |
| CRUZ CASTILLO JOSE ANGEL | AYUDANTE | 17265332 | $ 733.021 | 18 | SALUD TOTAL | $ 29.400 | PORVENIR | $ 117.300 | SURA | $ 51.100 | $ - | $ - | $ 29.400 | $ 227.200 |
| FARFAN ACUÑA ADRIANA PAOLA | DIBUJANTE | 39804588 | $ 1.160.000 | 30 | COMPENSAR | $ 46.400 | PROTECCION | $ 185.600 | SURA | $ 80.800 | $ - | $ - | $ 46.400 | $ 359.200 |
| FERNANDEZ GUERRERO CARLOS JAVIER | AYUDANTE | 86072014 | $ 1.160.000 | 18 | SANITAS | $ 30.100 | PORVENIR | $ 120.300 | SURA | $ 52.400 | $ - | $ - | $ 30.100 | $ 232.900 |
| FUENTES CARRILLO CAMILO ANDRES | RESIDENTE | 1121959006 | $ 1.890.756 | 30 | SANITAS | $ 75.700 | COLPENSIONES | $ 302.600 | SURA | $ 131.600 | $ - | $ - | $ 75.700 | $ 585.600 |
| GARCIA CLAVIJO JAVIER LEONARDO | CONDUCTOR | 14839553 | $ 1.160.000 | 17 | SANITAS | $ 26.300 | PORVENIR | $ 105.200 | SURA | $ 45.800 | $ - | $ - | $ 26.300 | $ 203.600 |
| GIRALDO GONZALEZ CRISTINA | RESIDENTE | 1121833213 | $ 2.521.009 | 30 | SALUD TOTAL | $ 100.900 | PORVENIR | $ 403.400 | SURA | $ 175.500 | $ - | $ - | $ 100.900 | $ 780.700 |
| GIRALDO CARREÑO VICTOR HUGO | AYUDANTE | 1121836660 | $ 1.520.340 | 30 | CAJACOPI | $ 59.700 | PORVENIR | $ 238.600 | SURA | $ 103.800 | $ - | $ - | $ 59.700 | $ 461.800 |
| GOMEZ RIOS OLIVERIO | GERENTE DE OBRA | 79349455 | $ 1.160.000 | 30 | COMPENSAR | $ 46.400 | COLFONDOS | $ 185.600 | SURA | $ 80.800 | $ - | $ - | $ 46.400 | $ 359.200 |
| GOMEZ GUERRERO YEISON ESNEYDER | DIRECTOR DE OBRA | 86051263 | $ 5.042.017 | 30 | SANITAS | $ 201.700 | PORVENIR | $ 857.400 | SURA | $ 351.000 | $ - | $ - | $ 201.700 | $ 1.611.800 |
| GRATEROL GUTIERREZ BRAYAN ENRRIQUE | AYUDANTE | 6917526 | $ 154.667 | 4 | SALUD TOTAL | $ 6.200 | COLPENSIONES | $ 24.800 | SURA | $ 10.800 | $ - | $ - | $ 6.200 | $ 48.000 |
| GUTIERREZ CRUZ MIGUEL ANGEL | AUX CONTABLE | 1020839935 | $ 1.160.000 | 30 | FAMISANAR | $ 46.400 | PROTECCION | $ 185.600 | SURA | $ 80.800 | $ - | $ - | $ 46.400 | $ 359.200 |
| HERNANDEZ CAMPOS BRAYAN STEVEN | AYUDANTE | 1121951112 | $ 77.334 | 2 | CAPITAL SALUD | $ 3.100 | PORVENIR | $ 12.400 | SURA | $ 5.400 | $ - | $ - | $ 3.100 | $ 24.000 |
| HUMOA ACEVEDO CARLOS ALBERTO | RESIDENTE | 1121913852 | $ 1.890.756 | 30 | SALUD TOTAL | $ 75.700 | PORVENIR | $ 302.600 | SURA | $ 131.600 | $ - | $ - | $ 75.700 | $ 585.600 |
| MORANTE ASPRILLA VICTOR MANUEL | SUPERNUMERARIO | 2762914 | $ 1.752.340 | 30 | SALUD TOTAL | $ 70.100 | PROTECCION | $ 280.400 | SURA | $ 122.000 | $ - | $ - | $ 70.100 | $ 542.600 |
| ORTIZ GARCIA JHON HENRY | REPRESENTANTE LEGAL | 1121840118 | $ 3.500.000 | 30 | SALUD TOTAL | $ 140.000 | PROTECCION | $ 560.000 | SURA | $ 243.600 | $ - | $ - | $ 140.000 | $ 1.083.600 |
| PEÑA HERRERAEDINSON CARLOSJAIR | ALMACENIST | 17266958 | $ 1.178.511 | 30 | SANITAS | $ 47.200 | PORVENIR | $ 188.600 | SURA | $ 82.100 | $ - | $ - | $ 47.200 | $ 365.100 |
| PUPO MENDOZA ISAAC JOSE | AUX DE INGENIERIA | 1137974624 | $ 1.160.000 | 30 | SANITAS | $ 46.400 | COLPENSIONES | $ 185.600 | SURA | $ 80.800 | $ - | $ - | $ 46.400 | $ 359.200 |
| RAMOS ROMERO JONATHAN JAVIER | AYUDANTE | 4873060 | $ 488.671 | 12 | NUEVA EPS MOVILIDAD | $ 19.600 | COLPENSIONES | $ 78.200 | SURA | $ 34.100 | $ - | $ - | $ 19.600 | $ 151.500 |
| RAMOS ROMERO YORDANO ALBERTO | AYUDANTE | 5374170 | $ 1.503.064 | 30 | NUEVA EPS MOVILIDAD | $ 60.200 | COLPENSIONES | $ 240.500 | SURA | $ 104.700 | $ - | $ - | $ 60.200 | $ 465.600 |

7830

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SARMIENTO SABOGAL LUIS FERNANDO | RESIDE[redacted]E OBRA | 79649620[redacted] | [redacted] 1.180.000 | 30 | SALUD TOTAL | $ 45[redacted] | COLPENSIONES | $ 1[redacted] | SURA | $ 80.800 | $ - | $ - | $ 46.400 | $ 359.200 |
| SUTA AGUILAR JUAN JOSE | RESIDENTE | 1193090239 | $ 468.890 | 11 | SALUD TOTAL | $ 18.800 | PORVENIR | $ 75.100 | SURA | $ 32.700 | $ - | $ - | $ 18.800 | $ 145.400 |
| JEISSON EDUARDO VIZCAINO GARZON | SUPERNUMERARIO | 1121817035 | $ 1.406.809 | 30 | COMPENSAR | $ 56.300 | PORVENIR | $ 225.100 | SURA | $ 98.000 | $ - | $ - | $ 56.300 | $ 435.700 |
| Total | | | | | | | | | | | | | | $ 13.273.400 |

Nota: los pagos parafiscales serán verificados por la interventoría o supervisión y se anexan a la presente acta.

| OBSERVACIONES GENERALES |
|---|
| |

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella, el día _____

Firma:
Nombre: JHON HENRRY ORTIZ GARCIA
REPRESENTANTE LEGAL CONTRATISTA OBRA

Firma:
Nombre: HECTOR ARMANDO GOMEZ JAIMES
REPRESENTANTE LEGAL INTERVENTORÍA

Firma:
Nombre: YEISON ESNEYDER GOMEZ GUERRERO
DIRECTOR DE OBRA
N° Matrícula Profesional: 25202090820CND

Firma:
Nombre: LEONEL ROA RUIZ
DIRECTOR DE INTERVENTORÍA
N° Matrícula Profesional: 2520279953CND

Firma:
Nombre: DAMIRO ANDRES BARRAGAN BETANCOURT
CONTADOR DE CONTRATISTA OBRA
N° Matrícula Profesional: 278207 - T

Firma:
Nombre: LEIDY CAROLINA BETANCOURT BETANCOURT
CONTADOR DE INTERVENTORÍA
N° Matrícula Profesional: 175215-T

3108124260

aportes en línea

# Planilla Resumen

7831

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NIT 901682871 | 2 | CONSORCIO ESCENARIOS DEPORTIVOS VILLA OLIMPICA 2023 | A - 200 O MAS COTIZANTES | CONSORCIO ESCENARIOS DEPORTIVOS | ESTADIO BELLO HORIZONTE | VILLAVICENCIO-META | 3108042477 | Si |

## DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-09 | 2023-10 | 223080306 | 9457636115 | E | 2023/10/18 | 2023/10/17 | BANCOLOMBIA | 0 | $13,273,400 |

## LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| EMPLEADO | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| 1 | CC | 1032423397 | ARIAS BOTELLO ZUHEILE PAOLA | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS005 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-11 | 30 | $1,160,000 | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $359,200 |
| 2 | CC | 1121930422 | BARRAGAN BETANCOURT RAMIRO ANDRES | X | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 30 | $2,521,009 | $403,400 | EPS037 | 30 | $2,521,009 | $100,900 | CCF34 | 30 | $2,521,009 | $100,900 | 14-11 | 30 | $2,521,009 | $175,500 | 30 | $0 | $0 | SI | $780,700 |
| 3 | CC | 1121939501 | BRAVO AMAYA LAURA XIMENA | X | | | | | | | | X | | | | | | | | | 230301 | 30 | $1,273,914 | $203,900 | EPS005 | 30 | $1,273,914 | $51,000 | CCF34 | 30 | $1,273,914 | $51,000 | 14-11 | 30 | $1,273,914 | $88,700 | 30 | $0 | $0 | SI | $394,600 |
| 4 | CC | 1121887775 | CABARCA LIZCA VERONICA STEFANIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 30 | $1,890,756 | $302,600 | EPS002 | 30 | $1,890,756 | $75,700 | CCF34 | 30 | $1,890,756 | $75,700 | 14-11 | 30 | $1,890,756 | $131,600 | 30 | $0 | $0 | SI | $585,600 |
| 5 | CC | 1121844675 | CAICEDO CASTAÑO CARLOS ANDRES | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 30 | $1,890,756 | $302,600 | EPS037 | 30 | $1,890,756 | $75,700 | CCF34 | 30 | $1,890,756 | $75,700 | 14-11 | 30 | $1,890,756 | $131,600 | 30 | $0 | $0 | SI | $585,600 |
| 6 | CC | 1123160526 | CASTILLO SANCHEZ JHON NEYDER | | | | | | | | | X | | | | | | | | | 230201 | 30 | $1,490,723 | $238,600 | EPS041 | 30 | $1,490,723 | $59,700 | CCF34 | 30 | $1,490,723 | $59,700 | 14-11 | 30 | $1,490,723 | $103,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $461,800 |
| 7 | CC | 1122815443 | CONTRERAS PEÑA THERLY YANINY | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS005 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-11 | 30 | $1,160,000 | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $359,200 |
| 8 | CC | 17265332 | CRUZ CASTILLO JOSE ANGEL | X | | | | | | | | X | | | | | | | | | 230301 | 18 | $733,021 | $117,300 | EPS002 | 18 | $733,021 | $29,400 | CCF34 | 18 | $733,021 | $29,400 | 14-11 | 18 | $733,021 | $51,100 | 18 | $0 | $0 | SI | $227,200 |
| 9 | CC | 39804588 | FARFAN ACUÑA ADRIANA PAOLA | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS008 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-11 | 30 | $1,160,000 | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $359,200 |
| 10 | CC | 86072014 | FERNANDEZ GUERRERO CARLOS JAVIER | X | | | | | | | | X | | | | | | | | | 230301 | 18 | $751,532 | $120,300 | EPS005 | 18 | $751,532 | $30,100 | CCF34 | 18 | $751,532 | $30,100 | 14-11 | 18 | $751,532 | $52,400 | 18 | $0 | $0 | SI | $232,900 |
| 11 | CC | 1121959006 | FUENTES CARRILLO CAMILO ANDRES | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 30 | $1,890,756 | $302,600 | EPS005 | 30 | $1,890,756 | $75,700 | CCF34 | 30 | $1,890,756 | $75,700 | 14-11 | 30 | $1,890,756 | $131,600 | 30 | $0 | $0 | SI | $585,600 |
| 12 | CC | 14839553 | GARCIA CLAVIJO JAVIER LEONARDO | | X | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 17 | $657,334 | $105,200 | EPS005 | 17 | $657,334 | $26,300 | CCF34 | 17 | $657,334 | $26,300 | 14-11 | 17 | $657,334 | $45,800 | 17 | $0 | $0 | SI | $203,600 |
| 13 | CC | 1121833213 | GIRALDO GONZALEZ CRISTINA | X | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 30 | $2,521,009 | $403,400 | EPS002 | 30 | $2,521,009 | $100,900 | CCF34 | 30 | $2,521,009 | $100,900 | 14-11 | 30 | $2,521,009 | $175,500 | 30 | $0 | $0 | SI | $780,700 |
| 14 | CC | 1121836660 | GIRALDO CARREÑO VICTOR HUGO | | | | | | | | | X | | | | | | | | | 230301 | 30 | $1,490,723 | $238,600 | CCFC55 | 30 | $1,490,723 | $59,700 | CCF34 | 30 | $1,490,723 | $59,700 | 14-11 | 30 | $1,490,723 | $103,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $461,800 |
| 15 | CC | 79349455 | GOMEZ RIOS OLIVERIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS008 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-11 | 30 | $1,160,000 | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $359,200 |
| 16 | CC | 86051263 | GOMEZ GUERRERO YEISON ESNEYDER | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 30 | $5,042,017 | $857,400 | EPS005 | 30 | $5,042,017 | $201,700 | CCF34 | 30 | $5,042,017 | $201,700 | 14-11 | 30 | $5,042,017 | $351,000 | 30 | $0 | $0 | SI | $1,611,800 |
| 17 | PT | 6917526 | GRATEROL GUTIERREZ BRAYAN ENRRIQUE | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 4 | $154,667 | $24,800 | EPS002 | 4 | $154,667 | $6,200 | CCF34 | 4 | $154,667 | $6,200 | 14-11 | 4 | $154,667 | $10,800 | 4 | $0 | $0 | SI | $48,000 |
| 18 | CC | 1020839935 | GUTIERREZ CRUZ MIGUEL ANGEL | X | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS017 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-11 | 30 | $1,160,000 | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $359,200 |
| 19 | CC | 1121951112 | HERNANDEZ CAMPOS BRAYAN STEVEN | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 2 | $77,334 | $12,400 | EPSC34 | 2 | $77,334 | $3,100 | CCF34 | 2 | $77,334 | $3,100 | 14-11 | 2 | $77,334 | $5,400 | 2 | $0 | $0 | SI | $24,000 |
| 20 | CC | 1121913852 | HUMOA ACEVEDO CARLOS ALBERTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 30 | $1,890,756 | $302,600 | EPS002 | 30 | $1,890,756 | $75,700 | CCF34 | 30 | $1,890,756 | $75,700 | 14-11 | 30 | $1,890,756 | $131,600 | 30 | $0 | $0 | SI | $585,600 |
| 21 | CC | 2762914 | MORANTE ASPRILLA VICTOR MANUEL | | | | | | | | | X | | | | | | | | | 230201 | 30 | $1,752,340 | $280,400 | EPS002 | 30 | $1,752,340 | $70,100 | CCF34 | 30 | $1,752,340 | $70,100 | 14-11 | 30 | $1,752,340 | $122,000 | 30 | $0 | $0 | SI | $542,600 |
| 22 | CC | 1121840118 | ORTIZ GARCIA JHON HENRY | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 30 | $3,500,000 | $560,000 | EPS002 | 30 | $3,500,000 | $140,000 | CCF34 | 30 | $3,500,000 | $140,000 | 14-11 | 30 | $3,500,000 | $243,600 | 30 | $0 | $0 | SI | $1,083,600 |
| 23 | CC | 17266958 | PEÑA HERRERA EDINSON CARLOS JAIR | | | | | | | | | X | | | | | | | | | 230301 | 30 | $1,178,511 | $188,600 | EPS005 | 30 | $1,178,511 | $47,200 | CCF34 | 30 | $1,178,511 | $47,200 | 14-11 | 30 | $1,178,511 | $82,100 | 30 | $0 | $0 | SI | $365,100 |
| 24 | CC | 1137974624 | PUPO MENDOZA ISAAC JOSE | X | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS005 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-11 | 30 | $1,160,000 | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $359,200 |
| 25 | PT | 4873060 | RAMOS ROMERO JONATHAN JAVIER | X | | | | | | | | X | | | | | | | | | 25-14 | 12 | $488,681 | $78,200 | EPS041 | 12 | $488,681 | $19,600 | CCF34 | 12 | $488,681 | $19,600 | 14-11 | 12 | $488,681 | $34,100 | 12 | $0 | $0 | SI | $151,500 |
| 26 | PT | 5374170 | RAMOS ROMERO YORDANO ALBERTO | | | | | | | | | X | | | | | | | | | 25-14 | 30 | $1,503,064 | $240,500 | EPS041 | 30 | $1,503,064 | $60,200 | CCF34 | 30 | $1,503,064 | $60,200 | 14-11 | 30 | $1,503,064 | $104,700 | 30 | $0 | $0 | SI | $465,600 |
| 27 | CC | 79849620 | SARMIENTO SABOGAL LUIS FERNANDO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS002 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-11 | 30 | $1,160,000 | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $359,200 |
| 28 | CC | 1193090239 | SUTA AGUILAR JUAN JOSE | X | | | | | | | | X | | | | | | | | | 230301 | 11 | $468,890 | $75,100 | EPS002 | 11 | $468,890 | $18,800 | CCF34 | 11 | $468,890 | $18,800 | 14-11 | 11 | $468,890 | $32,700 | 11 | $0 | $0 | SI | $145,400 |



2023/10/17 10:46 AM

# Pl[illegible]lla Resumen

7832

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 29 | CC | 1121817035 | VIZCAINO GARZON JEISSON EDUARDO | | | | | | | | | X | | | | | | | | | 230301 | 30 | $1,406,809 | $225,100 | EPS008 | 30 | $1,406,809 | $56,300 | CCF34 | 30 | $1,406,809 | $56,300 | 14-11 | 30 | $1,406,809 | $98,000 | 30 | $0 | $0 | SI | $435,700 |
| **Total** | **Afiliados( 29)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $42,694,602 | $6,882,800 | | | $42,694,602 | $1,708,800 | | | $42,694,602 | $1,708,800 | | | $42,694,602 | $2,973,000 | | $0 | $0 | | $13,273,400 |

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

aportes en línea

# Planilla Resumen

7833

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| NIT 901682871 | 2 | CONSORCIO ESCENARIOS DEPORTIVOS VILLA OLIMPICA 2023 | A - 200 O MAS COTIZANTES | CONSORCIO ESCENARIOS DEPORTIVOS | ESTADIO BELLO HORIZONTE | VILLAVICENCIO-META | 3108042477 | SI |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-09 | 2023-10 | 223080306 | 9457636115 | E | 2023/10/18 | 2023/10/17 | BANCOLOMBIA | 0 | $13,273,400 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 4) | | | | 29 | $6,882,800 | $0 | $0 | $6,882,800 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 1 | $185,600 | $0 | $0 | $185,600 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 6 | $1,017,300 | $0 | $0 | $1,017,300 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 16 | $3,826,300 | $0 | $0 | $3,826,300 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 6 | $1,853,600 | $0 | $0 | $1,853,600 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 29 | $2,973,000 | $0 | $0 | $2,973,000 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 29 | $2,973,000 | $0 | $0 | $2,973,000 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 29 | $1,708,800 | $0 | $0 | $1,708,800 |
| COFREM | CCF34 | 892,000,146 | 3 | 29 | $1,708,800 | $0 | $0 | $1,708,800 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 8) | | | | 29 | $1,708,800 | $0 | $0 | $1,708,800 |
| CAJACOPI | CCFC55 | 901,543,211 | 6 | 1 | $59,700 | $0 | $0 | $59,700 |
| CAPITAL SALUD | EPSC34 | 900,298,372 | 9 | 1 | $3,100 | $0 | $0 | $3,100 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 3 | $149,100 | $0 | $0 | $149,100 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830,003,564 | 7 | 1 | $46,400 | $0 | $0 | $46,400 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 2 | $176,600 | $0 | $0 | $176,600 |
| NUEVA EPS MOVILIDAD | EPS041 | 900,156,264 | 2 | 3 | $139,500 | $0 | $0 | $139,500 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800,130,907 | 4 | 9 | $563,200 | $0 | $0 | $563,200 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 9 | $571,200 | $0 | $0 | $571,200 |
| TOTAL | | | | 29 | $13,273,400 | $0 | $0 | $13,273,400 |

7834

| INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | Código: GES-FO-39 |
|---|---|---|
| | PROCESO DE GESTIÓN ESTRÁTEGICA | Vigencia: 31/01/2023 |
| | ACTA CONTROL Y SEGUIMIENTO SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCAL OBRA | Versión: 02 |

| CONTRATO N° | 106 - 2023 | PROYECTO N° | BPIN 2022005500024 - BPIN 2022005500022 - BPIN 2022005500094 |
|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| OBJETO DEL PROYECTO: | CONSTRUCCION DE ESCENARIOS DEPORTIVOS MULTIPROPOSITO, PISTA DE PATINAJE Y PISTA DE ATLETICA EN LA VILLA OLIMPICA DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO-META. |
| CONTRATISTA: | CAMILO ANDRES CASTAÑEDA GOMEZ |
| NIT: | 1.019.008.320 |
| CONTRATO DE INTERVENTORÍA N° | 249 - 2023 |
| INTERVENTORÍA: | CONSORCIO INTERESCENARIOS |

| NUMERO DE PLANILLA: | 1058226316 | | | | PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: | | 1 de septiembre de 2023 | | a | | 30 de septiembre de 2023 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre personal | Cargo y/o oficio | cedula | sueldo | Días Cotizados | SALUD | | PENSIÓN | | RIESGOS LABORALES | | I.C.B.F. | SENA | CAJA DE COMPENSACIÓN | TOTAL A PAGAR |
| | | | | | EPS | Valor | Pensión | Valor | ARL | Valor | | | | |
| CAMILO ANDRES CASTAÑEDA GOMEZ | OPERADOR | 1019008320 | $ 1.160.000 | 30 | SALUD TOTAL | $ 145.000 | PORVENIR | $ 185.600 | SURA | $ 80.800 | $ - | $ - | $ - | $ 411.400 |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | | | | | | | | | | | | | | $ 411.400 |

Nota: los pagos parafiscales serán verificados por la interventoría o supervisión y se anexan a la presente acta.

| OBSERVACIONES GENERALES |
|---|
| Se genera un valor adicional por mora de $2,700 lo cual es la diferencia del valor total del pago en la planilla. |

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella, el día _____

Firma:
Nombre: JHON HENRRY ORTIZ GARCIA
REPRESENTANTE LEGAL CONTRATISTA OBRA

Firma:
Nombre: HECTOR ARMANDO GOMEZ JAIMES
REPRESENTANTE LEGAL INTERVENTORÍA

Firma:
Nombre: YEISON ESNEYDER GOMEZ GUERRERO
DIRECTOR DE OBRA
N° Matrícula Profesional: 25202090820CND

Firma:
Nombre: LEONEL ROA RUIZ
DIRECTOR DE INTERVENTORÍA
N° Matrícula Profesional: 2520279953CND

Firma:
Nombre: RAMIRO ANDRES BARRAGAN BETANCOURT
CONTADOR DE CONTRATISTA OBRA
N° Matrícula Profesional: 278207 - T

Firma:
Nombre: LEIDY CAROLINA BETANCOURT BETANCOURT
CONTADOR DE INTERVENTORÍA
N° Matrícula Profesional: 175215-T

7835

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2023-10-11, 04:45:22 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1058226316

**Periodo Cotización:** septiembre de 2023 **Periodo Servicio:** septiembre de 2023

**PAGADO 11/10/2023**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | CAMILO ANDRES CASTAÑEDA GOMEZ | | |
| **Documento** | CC1019008320 | **Dirección** | CL 36B #16 - 01 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 6656565 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | VILLAVICENCIO | **Departamento** | META |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | ARL SURA |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días APP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 1019008320 | CAMILO ANDRES CASTAÑEDA GOMEZ | 57 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (230301) PORVENIR | $ 1.160.000 | $ 185.600 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 1.160.000 | $ 145.000 | 6,960 | $ 1.160.000 | $ 80.800 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 411.400 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.160.000 | $ 1.160.000 | $ 1.160.000 | $ 0 | $ 185.600 | $ 145.000 | $ 80.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 411.400 | $ 2.700 | $ 414.100 |



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

¡El Poder de lo SIMPLE!

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

9836

| INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | Código: GES-FO-39 |
|---|---|
| PROCESO DE GESTIÓN ESTRÁTEGICA | Vigencia: 31/01/2023 |
| ACTA CONTROL Y SEGUIMIENTO SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCAL OBRA | Versión: 02 |

| CONTRATO N° | 106 - 2023 | PROYECTO N° | BPIN 2022005500024 - BPIN 2022005500022 - BPIN 2022005500094 |
|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| OBJETO DEL PROYECTO: | CONSTRUCCION DE ESCENARIOS DEPORTIVOS MULTIPROPOSITO, PISTA DE PATINAJE Y PISTA DE ATLETICA EN LA VILLA OLIMPICA DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO-META. |
| CONTRATISTA: | CONSUESMAR SAS |
| NIT: | 830508211-0 |
| CONTRATO DE INTERVENTORÍA N° | 249 - 2023 |
| INTERVENTORÍA: | CONSORCIO INTERESCENARIOS |

| NUMERO DE PLANILLA: | 71548795 | | | | PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: | | 1 de septiembre de 2023 | | a | | 30 de septiembre de 2023 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre personal | Cargo y/o oficio | cedula | sueldo | Dias Cotizados | SALUD | | PENSIÓN | | RIESGOS LABORALES | | I.C.B.F. | SENA | CAJA DE COMPENSACIÓN | TOTAL A PAGAR |
| | | | | | EPS | Valor | Pensión | Valor | ARL | Valor | | | | |
| ELVER EDUARDO ORTIZ BUITRAGO | OPERADOR | 1051210770 | $ 1.160.000 | 30 | CAJACOPI | $ 46.400 | COLFONDOS | $ 185.600 | SURA | $ 80.800 | $ - | $ - | $ 46.400 | $ 359.200 |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | | | | | | | | | | | | | | $ 359.200 |

Nota: los pagos parafiscales serán verificados por la interventoría o supervisión y se anexan a la presente acta.

| OBSERVACIONES GENERALES |
|---|
| Se genera un valor adicional por mora de $2,100 lo cual es la diferencia del valor total del pago en la planilla. |

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella, el día _____

Firma:
Nombre: JHON HENRRY ORTIZ GARCIA
REPRESENTANTE LEGAL CONTRATISTA OBRA

Firma:
Nombre: HECTOR ARMANDO GOMEZ JAIMES
REPRESENTANTE LEGAL INTERVENTORÍA

Firma:
Nombre: YEISON ESNEYDER GOMEZ GUERRERO
DIRECTOR DE OBRA
N° Matrícula Profesional: 25202090820CND

Firma:
Nombre: LEONEL ROA RUIZ
DIRECTOR DE INTERVENTORÍA
N° Matrícula Profesional: 2520279953CND

Firma:
Nombre: RAMIRO ANDRES BARRAGAN BETANCOURT
CONTADOR DE CONTRATISTA OBRA
N° Matrícula Profesional: 278207 - T

Firma:
Nombre: LEIDY CAROLINA BETANCOURT BETANCOURT
CONTADOR DE INTERVENTORÍA
N° Matrícula Profesional: 175215-T

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

7837



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| NI | 830508211-0 | CONSUESMAR SAS | CL 2 B # 32 B 28 | 3108153554 | ingmalog@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| SUCURSAL | B – menos de 200 c | PRINCIPAL | PPAL | META | VILLAVICENCIO | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| 2023-10 | 2023-09 | E | 09/10/2023 | 71548795 | TOTAL A PAGAR | |
| | | | | | $361.300 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Colpensiones | Extranjero | Exterior | Colom. exterior | Enviomasivo | 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 | 1051210770 | ORTIZ BUITRAGO ELVER EDUARDO | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001 | 1,160,000 | 185,600 | 0 | 0 | 0 | 0 | CCFC55 | 1,160,000 | 46,400 | 14-11 | 1,160,000 | 5 | 80,800 | CCF34 | 1,160,000 | 46,400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

7838



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| NI | 830508211-0 | CONSUESMAR SAS | | CL 2 B # 32 B 28 | 3108153554 | ingmalog@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| SUCURSAL | B – menos de 200 c | PRINCIPAL | PPAL | META | VILLAVICENCIO | | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-10 | 2023-09 | E | 09/10/2023 | 71548795 | $361.300 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Dias Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| CCFC55 | EPS-S Cajacopi | 901543211-6 | 46.400 | 0 | | 0 | | 0 | 5 | 300 | 0 | 46.700 | 1 |

| TOTALES PENSIÓN | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Dias Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 231001 | Colfondos | 800227940-6 | 185.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 1.000 | 0 | 186.600 | 1 |

| TOTALES RIESGOS LABORALES | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Dias 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 | 80.800 | | | | 80.800 | 5 | 500 | 81.300 | | | 808 | 81.300 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Dias Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF34 | Cofrem | 892000146-3 | 46.400 | 5 | 300 | 46.700 | 1 |

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

| TOTALES POR SUBSISTEMA | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud | 1 | 46.400 | 46.700 |
| Pensión | 1 | 185.600 | 186.600 |
| Riesgos Laborales | 1 | 80.800 | 81.300 |
| CCF | 1 | 46.400 | 46.700 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 359.200 | 361.300 |

PAGADA

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

7839

| INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | Código: GES-FO-39 |
|---|---|---|
| | PROCESO DE GESTIÓN ESTRÁTEGICA | Vigencia: 31/01/2023 |
| | ACTA CONTROL Y SEGUIMIENTO SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCAL OBRA | Versión: 02 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CONTRATO N°** | **106 - 2023** | **PROYECTO N°** | BPIN 2022005500024 - BPIN 2022005500022 - BPIN 2022005500094 |

| | |
|---|---|
| OBJETO DEL PROYECTO: | CONSTRUCCION DE ESCENARIOS DEPORTIVOS MULTIPROPOSITO, PISTA DE PATINAJE Y PISTA DE ATLETICA EN LA VILLA OLIMPICA DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO-META. |
| CONTRATISTA: | ESTRUCTURAS TECNICAS LIMITADA |
| NIT: | 900.067.574 |
| CONTRATO DE INTERVENTORÍA N° | 249 - 2023 |
| INTERVENTORÍA: | CONSORCIO INTERESCENARIOS |

| **NUMERO DE PLANILLA:** | 71548795 | | | | **PERIODO COMPRENDIDO ENTRE:** | | 1 de septiembre de 2023 | | | | a | 30 de septiembre de 2023 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre personal** | **Cargo y/o oficio** | **cedula** | **sueldo** | **Dias Cotizados** | **SALUD** | | **PENSIÓN** | | **RIESGOS LABORALES** | | **I.C.B.F.** | **SENA** | **CAJA DE COMPENSACIÓN** | **TOTAL A PAGAR** |
| | | | | | **EPS** | **Valor** | **Pensión** | **Valor** | **ARL** | **Valor** | | | | |
| EDILSON FERNEY CHIVATA SALAZAR | OPERADOR | 1121848218 | $ 1.160.000 | 30 | SANITAS | $ 46.400 | PORVENIR | $ 185.600 | POSITIVA | $ 80.800 | $ - | $ - | $ 46.400 | $ 359.200 |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| **Total** | | | | | | | | | | | | | | **$ 359.200** |

Nota: los pagos parafiscales serán verificados por la interventoría o supervisión y se anexan a la presente acta.

| **OBSERVACIONES GENERALES** |
|---|
| |

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella, el día _____

Firma:
Nombre: JHON HENRRY ORTIZ GARCIA
REPRESENTANTE LEGAL CONTRATISTA OBRA

Firma:
Nombre: HECTOR ARMANDO GOMEZ JAIMES
REPRESENTANTE LEGAL INTERVENTORÍA

Firma:
Nombre: YEISON ESNEYDER GOMEZ GUERRERO
DIRECTOR DE OBRA
N° Matricula Profesional: 25202090820CND

Firma:
Nombre: LEONEL ROA RUIZ
DIRECTOR DE INTERVENTORÍA
N° Matricula Profesional: 2520279953CND

Firma:
Nombre: RAMIRO ANDRES BARRAGAN BETANCOURT
CONTADOR DE CONTRATISTA OBRA
N° Matricula Profesional: 278207 - T

Firma:
Nombre: LEIDY CAROLINA BETANCOURT BETANCOURT
CONTADOR DE INTERVENTORÍA
N° Matricula Profesional: 175215-T

aportes en línea

# Planilla Resumen

7840

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| NIT 900067574 | 9 | ESTRUCTURAS TECNICAS LIMITADA | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | PRINCIPAL | CRR 35 #34-39 | VILLAVICENCIO-META | 2533409 | Si |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-09 | 2023-10 | 6077068Z | 9457449254 | E | 2023/10/18 | 2023/10/18 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $4,693,800 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Tarifa | Aporte | Días | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| **SUCURSAL: PRINCIPAL (15 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $15,157,334 | $2,425,200 | | | $15,157,334 | $606,400 | | | $15,157,334 | $606,400 | | | $15,157,334 | | $1,055,800 | | $0 | $0 | | $4,693,800 |
| **Centro de Trabajo: ADMINISTRACION (4 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $4,640,000 | $742,400 | | | $4,640,000 | $185,600 | | | $4,640,000 | $185,600 | | | $4,640,000 | | $323,200 | | $0 | $0 | | $1,436,800 |
| Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (4 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $4,640,000 | $742,400 | | | $4,640,000 | $185,600 | | | $4,640,000 | $185,600 | | | $4,640,000 | | $323,200 | | $0 | $0 | | $1,436,800 |
| 1 | CC | 1013606215 | VEGA OCAMPO ERIKA KATHERINE | | | | | | | | | | | | | | | | | | 23100 1 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS005 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-23 | 30 | $1,160,000 | 6.960% | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $359,200 |
| 2 | CC | 1001298109 | VELASCO GUZMAN GABRIELA | | | | | | | | | | | | | | | | | | 23030 1 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS005 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-23 | 30 | $1,160,000 | 6.960% | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $359,200 |
| 3 | CC | 79131779 | VELASCO CHAVES ILDEFONSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 23020 1 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS005 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-23 | 30 | $1,160,000 | 6.960% | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $359,200 |
| 4 | CC | 1016D13121 | VELASCO REYES JONATHAN ALEXANDER | | | | | | | | | | | | | | | | | | 23030 1 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS017 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-23 | 30 | $1,160,000 | 6.960% | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $359,200 |
| **Centro de Trabajo: MAQUINARIA (10 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $9,357,334 | $1,497,200 | | | $9,357,334 | $374,400 | | | $9,357,334 | $374,400 | | | $9,357,334 | | $651,800 | | $0 | $0 | | $2,897,800 |
| Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (10 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $9,357,334 | $1,497,200 | | | $9,357,334 | $374,400 | | | $9,357,334 | $374,400 | | | $9,357,334 | | $651,800 | | $0 | $0 | | $2,897,800 |
| 5 | CC | 1121839798 | BARBOSA BARBOSA JOHN JAIRO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 23030 1 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | CCFC55 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-23 | 30 | $1,160,000 | 6.960% | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $359,200 |
| 6 | CC | 1121848218 | CHIVATA SALAZAR EDILSON FERNEY | | | | | | | | | | | | | | | | | | 23030 1 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS005 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-23 | 30 | $1,160,000 | 6.960% | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $359,200 |
| 7 | CC | 1122121203 | CORREA JHON FREDY | | X | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1 | $38,667 | $6,200 | EPS002 | 1 | $38,667 | $1,600 | CCF34 | 1 | $38,667 | $1,600 | 14-23 | 1 | $38,667 | 6.960% | $2,700 | 1 | $0 | $0 | SI | $12,100 |
| 8 | CC | 17268186 | IZQUIERDO ROJAS CARLOS ANDRES | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | CCFC55 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-23 | 30 | $1,160,000 | 6.960% | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $359,200 |
| 9 | CC | 1130643251 | OBANDO REYTA RICARDO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 23020 1 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS002 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-23 | 30 | $1,160,000 | 6.960% | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $359,200 |
| 10 | CC | 79941362 | OLAYA ARIAS OMAR | | | | | | | | | | | | | | | | | | 23020 1 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS017 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-23 | 30 | $1,160,000 | 6.960% | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $359,200 |
| 11 | CC | 86063044 | REY MARTINEZ JULIO CESAR | | | | | | | | | | | | | | | | | | 23030 1 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS005 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-23 | 30 | $1,160,000 | 6.960% | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $359,200 |
| 12 | CC | 86068604 | ROMERO GOMEZ BERNEY | | | | | | | | | | | | | | | | | | 23030 1 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS037 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-23 | 30 | $1,160,000 | 6.960% | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $359,200 |
| 13 | CC | 1121956438 | TORRES BOTERO BRAYAN SEBASTIAN | | X | | | | | | | | | | | | | | | | 23030 1 | 1 | $38,667 | $6,200 | EPS002 | 1 | $38,667 | $1,600 | CCF34 | 1 | $38,667 | $1,600 | 14-23 | 1 | $38,667 | 6.960% | $2,700 | 1 | $0 | $0 | SI | $12,100 |
| 14 | CC | 1121825518 | VILLEGAS MIRANDA FABIAN DAVID | | | | | | | | | | | | | | | | | | 23020 1 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS017 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-23 | 30 | $1,160,000 | 6.960% | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $359,200 |
| **Centro de Trabajo: UNIPALMA (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,160,000 | $185,600 | | | $1,160,000 | $46,400 | | | $1,160,000 | $46,400 | | | $1,160,000 | | $80,800 | | $0 | $0 | | $359,200 |
| Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,160,000 | $185,600 | | | $1,160,000 | $46,400 | | | $1,160,000 | $46,400 | | | $1,160,000 | | $80,800 | | $0 | $0 | | $359,200 |
| 15 | CC | 1121890967 | REYES VARON JENNY ESMERALDA | | | | | | | | | | | | | | | | | | 23030 1 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS002 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-23 | 30 | $1,160,000 | 6.960% | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $359,200 |
| **Total Afiliados( 15)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $15,157,334 | $2,425,200 | | | $15,157,334 | $606,400 | | | $15,157,334 | $606,400 | | | $15,157,334 | | $1,055,800 | | $0 | $0 | | $4,693,800 |



2023/10/18 01:05 PM

aportes en línea

# Planilla Resumen

7841

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| NIT 900067574 | 9 | ESTRUCTURAS TECHICAS LIMITADA | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | PRINCIPAL | CRR 35 #34-39 | VILLAVICENCIO-META | 2533409 | SI |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-09 | 2023-10 | 60770682 | 9457449254 | E | 2023/10/18 | 2023/10/18 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $4,693,800 |

## RESUMEN DE PAGO

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 4) | | | | 15 | $2,425,200 | $0 | $0 | $2,425,200 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 1 | $185,600 | $0 | $0 | $185,600 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 2 | $191,800 | $0 | $0 | $191,800 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 8 | $1,305,400 | $0 | $0 | $1,305,400 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 4 | $742,400 | $0 | $0 | $742,400 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 15 | $1,055,800 | $0 | $0 | $1,055,800 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 15 | $1,055,800 | $0 | $0 | $1,055,800 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 15 | $606,400 | $0 | $0 | $606,400 |
| COFREM | CCF34 | 892,000,146 | 3 | 15 | $606,400 | $0 | $0 | $606,400 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 5) | | | | 15 | $606,400 | $0 | $0 | $606,400 |
| CAJACOPI | CCFC55 | 901,543,211 | 6 | 2 | $92,800 | $0 | $0 | $92,800 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830,003,564 | 7 | 3 | $139,200 | $0 | $0 | $139,200 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 1 | $46,400 | $0 | $0 | $46,400 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800,130,907 | 4 | 4 | $96,000 | $0 | $0 | $96,000 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 5 | $232,000 | $0 | $0 | $232,000 |
| TOTAL | | | | 15 | $4,693,800 | $0 | $0 | $4,693,800 |



2023/10/18 01:05 PM

| IDERMETA | INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | Código: GES-FO-126 |
|---|---|---|
| | PROCESO DE GESTIÓN ESTRATÉGICA | Vigencia: 08/11/2022 |
| | INFORME DE OBRA | Versión: 01 |

# FCC IN BLAU

*Carrera 16 # 24-03 Barrio Olimpico - Popular*
*6701469 - 6701465*
*contactenos@idermeta.gov.co*
*Villavicencio - Meta, Colombia*

7843

| INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | Código: GES-FO-39 |
|---|---|---|
| | PROCESO DE GESTIÓN ESTRÁTEGICA | Vigencia: 31/01/2023 |
| | ACTA CONTROL Y SEGUIMIENTO SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCAL OBRA | Versión: 02 |

| CONTRATO N° | 106 - 2023 | PROYECTO N° | BPIN 2022005500024 - BPIN 2022005500022 - BPIN 2022005500094 |
|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| OBJETO DEL PROYECTO: | CONSTRUCCION DE ESCENARIOS DEPORTIVOS MULTIPROPOSITO, PISTA DE PATINAJE Y PISTA DE ATLETICA EN LA VILLA OLIMPICA DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO-META. |
| CONTRATISTA: | FCC IN BLAU SAS |
| NIT: | 901.504.060 |
| CONTRATO DE INTERVENTORÍA N° | 249 - 2023 |
| INTERVENTORÍA: | CONSORCIO INTERESCENARIOS |

| NUMERO DE PLANILLA: | 66394093 | | | | PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: | | 1 de septiembre de 2023 | | a | | 30 de septiembre de 2023 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre personal | Cargo y/o oficio | cedula | sueldo | Días Cotizados | SALUD | | PENSIÓN | | RIESGOS LABORALES | | I.C.B.F. | SENA | CAJA DE COMPENSACIÓN | TOTAL A PAGAR |
| | | | | | EPS | Valor | Pensión | Valor | ARL | Valor | | | | |
| JENNY CAROLINA GIRALDO MARIN | INSPECTOR SST | 1121884190 | $ 1.650.000 | 30 | COMPENSAR | $ 66.000 | PROTECCION | $ 264.000 | SURA | $ 114.900 | $ - | $ - | $ 66.000 | $ 510.900 |
| YERSON FABIAN MORENO ACHURY | AYUDANTE | 1006532891 | $ 1.160.000 | 30 | CAPITAL SALUD | $ 46.400 | PORVENIR | $ 185.600 | SURA | $ 80.800 | $ - | $ - | $ 46.400 | $ 359.200 |
| DIEGO FERNANDO ENCISO | AYUDANTE | 1121821140 | $ 1.160.000 | 30 | SALUD TOTAL | $ 46.400 | PORVENIR | $ 185.600 | SURA | $ 80.800 | $ - | $ - | $ 46.400 | $ 359.200 |
| BRAYAN ALBERTO ORTIZ | AYUDANTE | 1121894212 | $ 1.160.000 | 30 | COMPENSAR | $ 46.400 | PORVENIR | $ 185.600 | SURA | $ 80.800 | $ - | $ - | $ 46.400 | $ 359.200 |
| CESAR ORLANDO CAÑON JIMENEZ | COORDINADOR OBRA | 73126939 | $ 1.160.000 | 30 | COMPENSAR | $ 46.400 | PORVENIR | $ 185.600 | SURA | $ 80.800 | $ - | $ - | $ 46.400 | $ 359.200 |
| ARLEY ARTURO GUERRA | OFICIAL | 479034 | $ 1.160.000 | 30 | COMPENSAR | $ 46.400 | COLPENSIONES | $ 185.600 | SURA | $ 80.800 | $ - | $ - | $ 46.400 | $ 359.200 |
| LIBANIEL GONZALEZ MARTINEZ | OFICIAL | 17334205 | $ 1.160.000 | 30 | NUEVA EPS | $ 46.400 | PORVENIR | $ 185.600 | SURA | $ 80.800 | $ - | $ - | $ 46.400 | $ 359.200 |
| GERMAIN FEIJOO MONTOYA | HERRERO | 4403939 | $ 1.160.000 | 30 | NUEVA EPS | $ 46.400 | PROTECCION | $ 185.600 | SURA | $ 80.800 | $ - | $ - | $ 46.400 | $ 359.200 |
| MIGUEL ANGEL NARVAEZ | HERRERO | 1005650371 | $ 1.160.000 | 8 | FAMISANAR | $ 12.400 | PORVENIR | $ 49.500 | SURA | $ 21.600 | $ - | $ - | $ 12.400 | $ 95.900 |
| DERFY GUACARAPE MANFARA | AYUDANTE | 1007495295 | $ 1.160.000 | 30 | SALUD TOTAL | $ 46.400 | PORVENIR | $ 185.600 | SURA | $ 80.800 | $ - | $ - | $ 46.400 | $ 359.200 |
| JOHN FREDY VELANDIA | HERRERO | 86047229 | $ 1.160.000 | 30 | CAPITAL SALUD | $ 46.400 | PORVENIR | $ 185.600 | SURA | $ 80.800 | $ - | $ - | $ 46.400 | $ 359.200 |
| JUAN DAVID MARTINEZ | HERRERO | 1006855970 | $ 1.160.000 | 30 | CAJACOPI | $ 46.400 | COLFONDOS | $ 185.600 | SURA | $ 80.800 | $ - | $ - | $ 46.400 | $ 359.200 |
| GERMAN PEREIRA FERREIRA | AYUDANTE | 73557184 | $ 1.160.000 | 30 | SANITAS | $ 46.400 | COLFONDOS | $ 185.600 | SURA | $ 80.800 | $ - | $ - | $ 46.400 | $ 359.200 |
| WILMER ANDRES JARABA MORA | HERRERO | 1014016963 | $ 1.160.000 | 30 | SANITAS | $ 46.400 | PORVENIR | $ 185.600 | SURA | $ 80.800 | $ - | $ - | $ 46.400 | $ 359.200 |
| OMAR IVAN PEREZ HENAO | OFICIAL | 1121706061 | $ 1.160.000 | 30 | SALUD TOTAL | $ 46.400 | COLPENSIONES | $ 185.600 | SURA | $ 80.800 | $ - | $ - | $ 46.400 | $ 359.200 |
| JOSE FERNANDO PEREZ TRIANA | AYUDANTE | 1116203742 | $ 1.160.000 | 30 | CAJACOPI | $ 46.400 | COLPENSIONES | $ 185.600 | SURA | $ 80.800 | $ - | $ - | $ 46.400 | $ 359.200 |
| JOAN SEBASTIAN TARAZONA FLOREZ | AYUDANTE | 1120353213 | $ 1.160.000 | 27 | NUEVA EPS | $ 41.800 | PORVENIR | $ 167.100 | SURA | $ 72.700 | $ - | $ - | $ 41.800 | $ 323.400 |
| WILSON TRIANA CAVIELES | AYUDANTE | 86005035 | $ 1.160.000 | 27 | FAMISANAR | $ 41.800 | PORVENIR | $ 167.100 | SURA | $ 72.700 | $ - | $ - | $ 41.800 | $ 323.400 |
| WILSON EDGARDO RAMIREZ FUQUENE | AYUDANTE | 79693185 | $ 1.160.000 | 27 | FAMISANAR | $ 41.800 | PORVENIR | $ 167.100 | SURA | $ 72.700 | $ - | $ - | $ 41.800 | $ 323.400 |

7844

| INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | Código: GES-FO-39 |
|---|---|---|
| | PROCESO DE GESTIÓN ESTRÁTEGICA | Vigencia: 31/01/2023 |
| | ACTA CONTROL Y SEGUIMIENTO SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCAL OBRA | Versión: 02 |

| CONTRATO N° | 106 - 2023 | | | | | PROYECTO N° | | | BPIN 2022005500024 - BPIN 2022005500022 - BPIN 2022005500094 | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| JOSE HECTOR MONTOYA MANJARRES | OFICIAL | 10123468 | $ | 1.160.000 | 11 | NUEVA EPS | $ | 17.100 | COLFONDOS | $ | 68.100 | SURA | $ | 29.700 | $ - | $ - | $ | 17.100 | $ | 132.000 |
| LEWIS MONTERO BALVIN | AYUDANTE | 1052739524 | $ | 1.160.000 | 8 | MUTUAL SER | $ | 12.400 | PORVENIR | $ | 49.500 | SURA | $ | 21.600 | $ - | $ - | $ | 12.400 | $ | 95.900 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $ | 6.833.700 |

Nota: los pagos parafiscales serán verificados por la interventoria o supervisión y se anexan a la presente acta.

| OBSERVACIONES GENERALES |
|---|
| |

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella, el día _____

Firma:
Nombre: JHON HENRRY ORTIZ GARCIA
REPRESENTANTE LEGAL CONTRATISTA OBRA

Firma:
Nombre: HECTOR ARMANDO GOMEZ JAIMES
REPRESENTANTE LEGAL INTERVENTORÍA

Firma:
Nombre: YEISON ESNEYDER GOMEZ GUERRERO
DIRECTOR DE OBRA
N° Matrícula Profesional: 25202090820CND

Firma:
Nombre: LEONEL ROA RUIZ
DIRECTOR DE INTERVENTORÍA
N° Matrícula Profesional: 2520279953CND

Firma:
Nombre: RAMIRO ANDRES BARRAGAN BETANCOURT
CONTADOR DE CONTRATISTA OBRA
N° Matrícula Profesional: 278207 - T

Firma:
Nombre: LEIDY CAROLINA BETANCOURT BETANCOURT
CONTADOR DE INTERVENTORÍA
N° Matrícula Profesional: 175215-T

7845

enlace operativo

# SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2023-10-14, 07:46:26 AM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 66394093

**Periodo Cotización:** septiembre de 2023 **Periodo Servicio:** octubre de 2023

## PAGADO 13/10/2023 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | FCC IN BLAU SAS | | |
| **Documento** | NI901504060 | **Dirección** | CL 18CAL SUR #57 - 25 |
| **Tipo de Empresa** | EMPLEADOR | **Teléfono** | 3008024477 |
| **Tipo Persona** | JURÍDICA | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | CANON LOPEZ JUAN CARLOS | **Identificación** | CC 73168240 |
| **Total Afiliados** | 42 | **ARP** | ARL SURA |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 1003661758 | JHONATAN SEBASTIAN CASTRO CASTRO | 01 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 18 | 18 | 18 | 18 | (230201) PROTECCION | $ 696.000 | $ 111.400 | (EPS008) COMPENSAR EPS | $ 696.000 | $ 27.900 | 6,960 | $ 696.000 | $ 48.500 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 696.000 | $ 27.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 215.700 |
| CC 1005650371 | MIGUEL ANGEL NARVAEZ CHAMORRO | 01 | 00 | | X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 8 | 8 | 8 | 8 | (230301) PORVENIR | $ 309.334 | $ 49.500 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 309.334 | $ 12.400 | 6,960 | $ 309.334 | $ 21.600 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 309.334 | $ 12.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 95.900 |
| CC 1006532891 | YERSON FABIAN MORENO ACHURY | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.160.000 | $ 185.600 | (EPSC34) RECAUDO SGP CAPITAL SALUD | $ 1.160.000 | $ 46.400 | 6,960 | $ 1.160.000 | $ 80.800 | (CCF34) COFREM | $ 1.160.000 | $ 46.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 359.200 |
| CC 1006855970 | JUAN DAVID MARTINEZ ALVAREZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (231001) COLFONDOS | $ 1.160.000 | $ 185.600 | (CCFC55) EPS CAJACOPI | $ 1.160.000 | $ 46.400 | 6,960 | $ 1.160.000 | $ 80.800 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 1.160.000 | $ 46.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 359.200 |
| CC 1007351877 | OSCAR YESID GALINDO ROBERTO | 01 | 00 | X | X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | (230201) PROTECCION | $ 38.667 | $ 6.200 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 38.667 | $ 1.600 | 6,960 | $ 38.667 | $ 2.700 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 38.667 | $ 1.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 12.100 |
| CC 1007495295 | DERFY GUACARAPARE MANFARA | 01 | 00 | | X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.160.000 | $ 185.600 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 1.160.000 | $ 46.400 | 6,960 | $ 1.160.000 | $ 80.800 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 1.160.000 | $ 46.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 359.200 |
| CC 1010205710 | JOSE LUIS OCAMPO RODRIGUEZ | 01 | 00 | X | X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | (230301) PORVENIR | $ 38.667 | $ 6.200 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 38.667 | $ 1.600 | 6,960 | $ 38.667 | $ 2.700 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 38.667 | $ 1.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 12.100 |
| CC 10123468 | JOSE HECTOR MONTOYA MANJARRES | 01 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 11 | 11 | 11 | 11 | (231001) COLFONDOS | $ 425.334 | $ 68.100 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 425.334 | $ 17.100 | 6,960 | $ 425.334 | $ 29.700 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 425.334 | $ 17.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 132.000 |
| CC 1016055612 | CRISTIAN LIBARDO GOMEZ REDONDO | 01 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 6 | 6 | 6 | 6 | (230301) PORVENIR | $ 232.000 | $ 37.200 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 232.000 | $ 9.300 | 6,960 | $ 232.000 | $ 16.200 | (CCF06) COMBARRANQUILLA | $ 232.000 | $ 9.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 72.000 |
| CC 1022944486 | LUIS CARLOS FARFAN AVENDAÑO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.160.000 | $ 185.600 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 1.160.000 | $ 46.400 | 6,960 | $ 1.160.000 | $ 80.800 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 1.160.000 | $ 46.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 359.200 |
| CC 1031174527 | JOAN SEBASTIAN PAEZ RODRIGUEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION | $ 1.160.000 | $ 185.600 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 1.160.000 | $ 46.400 | 6,960 | $ 1.160.000 | $ 80.800 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 1.160.000 | $ 46.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 359.200 |
| CC 1052739524 | LEWIS MONTERO BALVIN | 01 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 8 | 8 | 8 | 8 | (230301) PORVENIR | $ 309.334 | $ 49.500 | (ESSC07) ASOCIACION MUTUAL SER | $ 309.334 | $ 12.400 | 6,960 | $ 309.334 | $ 21.600 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 309.334 | $ 12.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 95.900 |
| CC 1065576266 | MELQUISIDED BALCAZAR VERDECIA | 01 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 4 | 4 | 4 | 4 | (230301) PORVENIR | $ 154.667 | $ 24.800 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 154.667 | $ 6.200 | 6,960 | $ 154.667 | $ 10.800 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 154.667 | $ 6.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 48.000 |
| CC 1065642991 | JOSE LUIS LIDUEÑAS PEREZ | 01 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 6 | 6 | 6 | 6 | (230301) PORVENIR | $ 232.000 | $ 37.200 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 232.000 | $ 9.300 | 6,960 | $ 232.000 | $ 16.200 | (CCF06) COMBARRANQUILLA | $ 232.000 | $ 9.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 72.000 |
| CC 1065806846 | OSCAR EDUARDO HINOJOSA DURAN | 01 | 00 | X | X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | (230301) PORVENIR | $ 38.667 | $ 6.200 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 38.667 | $ 1.600 | 6,960 | $ 38.667 | $ 2.700 | (CCF06) COMBARRANQUILLA | $ 38.667 | $ 1.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 12.100 |
| CC 1065858376 | KEYNER JESSITH PIÑEREZ SORACA | 01 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 6 | 6 | 6 | 6 | (230301) PORVENIR | $ 232.000 | $ 37.200 | (EPSIC1) DUSAKAWI EPS | $ 232.000 | $ 9.300 | 6,960 | $ 232.000 | $ 16.200 | (CCF06) COMBARRANQUILLA | $ 232.000 | $ 9.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 72.000 |
| CC 1067726285 | YURAINYS PAOLA CHIMA GALICIA | 01 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 6 | 6 | 6 | 6 | (230301) PORVENIR | $ 300.000 | $ 48.000 | (CCFC55) EPS CAJACOPI | $ 300.000 | $ 12.000 | 6,960 | $ 300.000 | $ 20.900 | (CCF06) COMBARRANQUILLA | $ 300.000 | $ 12.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 92.900 |
| CC 1104016963 | WILMER ANDRES JARABA MORA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.160.000 | $ 185.600 | (EPS005) EPS SANITAS | $ 1.160.000 | $ 46.400 | 6,960 | $ 1.160.000 | $ 80.800 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 1.160.000 | $ 46.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 359.200 |
| CC 1118203742 | JOSE FERNANDO PEREZ TRIANA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.160.000 | $ 185.600 | (CCFC55) EPS CAJACOPI | $ 1.160.000 | $ 46.400 | 6,960 | $ 1.160.000 | $ 80.800 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 1.160.000 | $ 46.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 359.200 |



Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

EXPERTOS en PILA

7846

Pagado: 13/10/2023 | Empresa NI901504060 FCC IN BLAU SAS | Planilla Nro: 66394093 | Periodo Cotización: septiembre de 2023 | Periodo Servicio: octubre de 2023

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 1120353213 | JOAN SEBASTIAN TARAZONA FLOREZ | 01 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 27 | 27 | 27 | 27 | (230301) PORVENIR | $ 1.044.000 | $ 167.100 | (EPS041) NUEVA EPS S.A. MOVILIDAD | $ 1.044.000 | $ 41.800 | 6,960 | $ 1.044.000 | $ 72.700 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 1.044.000 | $ 41.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 323.400 |
| CC 1121709081 | OMAR IVAN PEREZ HENAO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.160.000 | $ 185.600 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 1.160.000 | $ 46.400 | 6,960 | $ 1.160.000 | $ 80.800 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 1.160.000 | $ 46.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 359.200 |
| CC 1121821140 | DIEGO FERNANDO ENCISO TORRES | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.160.000 | $ 185.600 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 1.160.000 | $ 46.400 | 6,960 | $ 1.160.000 | $ 80.800 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 1.160.000 | $ 46.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 359.200 |
| CC 1121884190 | JENNY CAROLINA GIRALDO MARIN | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION | $ 1.650.000 | $ 264.000 | (EPS008) COMPENSAR EPS | $ 1.650.000 | $ 66.000 | 6,960 | $ 1.650.000 | $ 114.900 | (CCF34) COFREM | $ 1.650.000 | $ 66.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 510.900 |
| CC 1121894212 | BRAYAN ALBERTO ORTIZ LOZANO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.160.000 | $ 185.600 | (EPS008) COMPENSAR EPS | $ 1.160.000 | $ 46.400 | 6,960 | $ 1.160.000 | $ 80.800 | (CCF34) COFREM | $ 1.160.000 | $ 46.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 359.200 |
| CC 12631791 | ROQUE SEGUNDO ZARATE VILLAMIL | 01 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 6 | 6 | 6 | 6 | (230201) PROTECCION | $ 232.000 | $ 37.200 | (CCFC55) EPS CAJACOPI | $ 232.000 | $ 9.300 | 6,960 | $ 232.000 | $ 16.200 | (CCF06) COMBARRANQUILLA | $ 232.000 | $ 9.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 72.000 |
| CC 16897206 | JHON JAIRO CARABALI LOPEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (231001) COLFONDOS | $ 1.160.000 | $ 185.600 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.160.000 | $ 46.400 | 6,960 | $ 1.160.000 | $ 80.800 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 1.160.000 | $ 46.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 359.200 |
| CC 17334205 | LIBANIEL GONZALEZ MARTINEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.160.000 | $ 185.600 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 1.160.000 | $ 46.400 | 6,960 | $ 1.160.000 | $ 80.800 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 1.160.000 | $ 46.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 359.200 |
| CC 18261159 | VICTOR MANUEL URBANO | 01 | 00 | X | X | | | | | | | | | | | | | | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | (230301) PORVENIR | $ 38.667 | $ 6.200 | (CCFC55) EPS CAJACOPI | $ 38.667 | $ 1.600 | 6,960 | $ 38.667 | $ 2.700 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 38.667 | $ 1.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 12.100 |
| CC 4403939 | GERMAIN FEIJOO MONTOYA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION | $ 1.160.000 | $ 185.600 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 1.160.000 | $ 46.400 | 6,960 | $ 1.160.000 | $ 80.800 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 1.160.000 | $ 46.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 359.200 |
| CC 479034 | ARLEY ARTURO GUERRA RAMIREZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.160.000 | $ 185.600 | (EPS008) COMPENSAR EPS | $ 1.160.000 | $ 46.400 | 6,960 | $ 1.160.000 | $ 80.800 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 1.160.000 | $ 46.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 359.200 |
| CC 5883546 | JOSE ANCIZAR ARCHILA | 01 | 05 | X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 26 | 26 | 26 | (NIN-AF) NINGUNA AFP | $ 0 | $ 0 | (EPS005) EPS SANITAS | $ 1.005.334 | $ 40.300 | 6,960 | $ 1.005.334 | $ 70.000 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 1.005.334 | $ 40.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 150.600 |
| CC 72204017 | WILFRIDO ANTONIO CERVANTES CUESTAS | 01 | 00 | | | | | | | | | | | X | | | | | 0 | 24 | 24 | 24 | 24 | (25-14) COLPENSIONES | $ 928.000 | $ 111.400 | (EPS010) EPS SURA | $ 928.000 | $ 0 | 0,000 | $ 928.000 | $ 0 | (CCF06) COMBARRANQUILLA | $ 928.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 111.400 |
| CC 72204017 | WILFRIDO ANTONIO CERVANTES CUESTAS | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 6 | 6 | 6 | 6 | (25-14) COLPENSIONES | $ 232.000 | $ 37.200 | (EPS010) EPS SURA | $ 232.000 | $ 9.300 | 6,960 | $ 232.000 | $ 16.200 | (CCF06) COMBARRANQUILLA | $ 232.000 | $ 9.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 72.000 |
| CC 73126939 | CESAR ORLANDO CAÑON JIMENEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.160.000 | $ 185.600 | (EPS008) COMPENSAR EPS | $ 1.160.000 | $ 46.400 | 6,960 | $ 1.160.000 | $ 80.800 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 1.160.000 | $ 46.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 359.200 |
| CC 73168240 | JUAN CARLOS CAÑON LOPEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.160.000 | $ 185.600 | (EPS008) COMPENSAR EPS | $ 1.160.000 | $ 46.400 | 6,960 | $ 1.160.000 | $ 80.800 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 1.160.000 | $ 46.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 359.200 |
| CC 73557184 | GERMAN PEREIRA FERREIRA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (231001) COLFONDOS | $ 1.160.000 | $ 185.600 | (EPS005) EPS SANITAS | $ 1.160.000 | $ 46.400 | 6,960 | $ 1.160.000 | $ 80.800 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 1.160.000 | $ 46.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 359.200 |
| CC 79263918 | OMAR ELQUIN MORENO NAVARRO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.160.000 | $ 185.600 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 1.160.000 | $ 46.400 | 6,960 | $ 1.160.000 | $ 80.800 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 1.160.000 | $ 46.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 359.200 |
| CC 79444874 | HENRY ANTONIO NIVIA SANCHEZ | 01 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 6 | 6 | 6 | 6 | (230201) PROTECCION | $ 232.000 | $ 37.200 | (EPS008) COMPENSAR EPS | $ 232.000 | $ 9.300 | 6,960 | $ 232.000 | $ 16.200 | (CCF06) COMBARRANQUILLA | $ 232.000 | $ 9.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 72.000 |
| CC 79616478 | ALBER DARIO GONZALEZ GONZALEZ | 01 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 6 | 6 | 6 | 6 | (25-14) COLPENSIONES | $ 232.000 | $ 37.200 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 232.000 | $ 9.300 | 6,960 | $ 232.000 | $ 16.200 | (CCF06) COMBARRANQUILLA | $ 232.000 | $ 9.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 72.000 |
| CC 79693185 | WILSON EDGARDO RAMIREZ FUQUENE | 01 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 27 | 27 | 27 | 27 | (230301) PORVENIR | $ 1.044.000 | $ 167.100 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 1.044.000 | $ 41.800 | 6,960 | $ 1.044.000 | $ 72.700 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 1.044.000 | $ 41.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 323.400 |
| CC 79747344 | MAURICIO ALEJANDRO CAÑON LOPEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (231001) COLFONDOS | $ 1.160.000 | $ 185.600 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.160.000 | $ 46.400 | 6,960 | $ 1.160.000 | $ 80.800 | (CCF06) COMBARRANQUILLA | $ 1.160.000 | $ 46.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 359.200 |
| CC 86005035 | WILSON TRIANA CAVIELES | 01 | 00 | X | X | | | | | | | | | | | | | | 0 | 27 | 27 | 27 | 27 | (230301) PORVENIR | $ 1.044.000 | $ 167.100 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 1.044.000 | $ 41.800 | 6,960 | $ 1.044.000 | $ 72.700 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 1.044.000 | $ 41.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 323.400 |
| CC 86047229 | JOHN FREDY VELANDIA ALVAREZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.160.000 | $ 185.600 | (EPSC34) RECAUDO SGP CAPITAL SALUD | $ 1.160.000 | $ 46.400 | 6,960 | $ 1.160.000 | $ 80.800 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 1.160.000 | $ 46.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 359.200 |

## III. TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 32.883.337 | $ 33.888.671 | $ 33.888.671 | $ 33.888.671 | $ 5.225.200 | $ 1.319.200 | $ 2.296.300 | $ 1.319.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 10.159.900 | $ 42.800 | $ 10.202.700 |



Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

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

7047

# COMISION TOPOGRAFICA JUAN BARBOSA

7848

| INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | Código: GES-FO-39 |
|---|---|---|
| | PROCESO DE GESTIÓN ESTRÁTEGICA | Vigencia: 31/01/2023 |
| | ACTA CONTROL Y SEGUIMIENTO SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCAL OBRA | Versión: 02 |

| CONTRATO N° | 106 - 2023 | PROYECTO N° | BPIN 2022005500024 - BPIN 2022005500022 - BPIN 2022005500094 |
|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| OBJETO DEL PROYECTO: | CONSTRUCCION DE ESCENARIOS DEPORTIVOS MULTIPROPOSITO, PISTA DE PATINAJE Y PISTA DE ATLETICA EN LA VILLA OLIMPICA DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO-META. |
| CONTRATISTA: | JUAN ANTONIO BARBOSA MAYORGA |
| NIT: | 17118296 |
| CONTRATO DE INTERVENTORÍA N° | 249 - 2023 |
| INTERVENTORÍA: | CONSORCIO INTERESCENARIOS |

| NUMERO DE PLANILLA: | 9456624580 | | | PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: | 1 de septiembre de 2023 | a | 30 de septiembre de 2023 | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre personal | Cargo y/o oficio | cedula | sueldo | Días Cotizados | SALUD | | PENSIÓN | | RIESGOS LABORALES | | I.C.B.F. | SENA | CAJA DE COMPENSACIÓN | TOTAL A PAGAR |
| | | | | | EPS | Valor | Pensión | Valor | ARL | Valor | | | | |
| WILCHES PABLO | TOPOGRAFO | 1.121.894.458 | $ 464.000 | 30 | SANITAS | $ 46.400 | PROTECCION | $ 185.600 | SURA | $ 80.800 | $ - | $ - | $ 46.400 | $ 359.200 |
| PARDO ALEXANDER | CADENERO | 86.067.518 | $ 1.160.000 | 15 | SANITAS | $ 23.200 | PROTECCION | $ 92.800 | SURA | $ 40.400 | $ - | $ - | $ 23.200 | $ 179.600 |
| FLOREZ YEISON | CADENERO | 1.124.825.890 | $ 502.667 | 13 | SALUD TORAL | $ 62.900 | COLFONDOS | $ 80.500 | SURA | $ 35.000 | $ 15.100 | $ 10.100 | $ 20.200 | $ 223.800 |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | | | | | | | | | | | | | | $ 762.600 |

Nota: los pagos parafiscales serán verificados por la interventoría o supervisión y se anexan a la presente acta.

| OBSERVACIONES GENERALES |
|---|
| |

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella, el día _____

Firma:
Nombre: JHON HENRRY ORTIZ GARCIA
REPRESENTANTE LEGAL CONTRATISTA OBRA

Firma:
Nombre: HECTOR ARMANDO GOMEZ JAIMES
REPRESENTANTE LEGAL INTERVENTORÍA

Firma:
Nombre: YEISON ESNEYDER GOMEZ GUERRERO
DIRECTOR DE OBRA
N° Matrícula Profesional: 25202090820CND

Firma:
Nombre: LEONEL ROA RUIZ
DIRECTOR DE INTERVENTORÍA
N° Matrícula Profesional: 2520279953CND

Firma:
Nombre: RAMIRO ANDRES BARRAGAN BETANCOURT
CONTADOR DE CONTRATISTA OBRA
N° Matrícula Profesional: 278207 - T

Firma:
Nombre: LEIDY CAROLINA BETANCOURT BETANCOURT
CONTADOR DE INTERVENTORÍA
N° Matrícula Profesional: 175215-T

aportes en línea

# Planilla Resumen

7849

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 17118296 | | BARBOSA MAYORGA JUAN ANTONIO | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | PRINCIPAL | CALLE 17 No. 37 D 19 | VILLAVICENCIO-META | 6631715 | SI |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-09 | 2023-10 | 175767747 | 9456624580 | E | 2023/10/24 | 2023/09/22 | BANCOLOMBIA | 0 | $1,553,000 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombre | Ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Tarifa | Aporte | Días | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| **SUCURSAL: PRINCIPAL (8 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $4,794,669 | $767,300 | | | $4,794,669 | $234,600 | | | $4,794,669 | $191,900 | | | $4,794,669 | | $334,000 | | $502,667 | $25,200 | | $1,553,000 |
| **Centro de Trabajo: FUERA DE OBRA (2 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,662,667 | $266,100 | | | $1,662,667 | $109,300 | | | $1,662,667 | $66,600 | | | $1,662,667 | | $115,800 | | $502,667 | $25,200 | | $583,000 |
| Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (2 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,662,667 | $266,100 | | | $1,662,667 | $109,300 | | | $1,662,667 | $66,600 | | | $1,662,667 | | $115,800 | | $502,667 | $25,200 | | $583,000 |
| 1 | CC | 1124825890 | FLOREZ YEISON | X | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001 | 13 | $502,667 | $80,500 | EPS002 | 13 | $502,667 | $62,900 | CCF34 | 13 | $502,667 | $20,200 | 14-11 | 13 | $502,667 | 6.960% | $35,000 | 13 | $502,667 | $25,200 | No | $223,800 |
| 2 | CC | 1121894458 | WILCHES PABLO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS005 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-11 | 30 | $1,160,000 | 6.960% | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $359,200 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL (6 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $3,132,002 | $501,200 | | | $3,132,002 | $125,300 | | | $3,132,002 | $125,300 | | | $3,132,002 | | $218,200 | | $0 | $0 | | $970,000 |
| Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (6 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $3,132,002 | $501,200 | | | $3,132,002 | $125,300 | | | $3,132,002 | $125,300 | | | $3,132,002 | | $218,200 | | $0 | $0 | | $970,000 |
| 3 | CC | 86067547 | GONZALEZ HOLLGER | | X | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 2 | $77,334 | $12,400 | EPS002 | 2 | $77,334 | $3,100 | CCF34 | 2 | $77,334 | $3,100 | 14-11 | 2 | $77,334 | 6.960% | $5,400 | 2 | $0 | $0 | SI | $24,000 |
| 4 | CC | 17418920 | HERNANDEZ ALFONSO | | X | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 2 | $77,334 | $12,400 | EPSC34 | 2 | $77,334 | $3,100 | CCF34 | 2 | $77,334 | $3,100 | 14-11 | 2 | $77,334 | 6.960% | $5,400 | 2 | $0 | $0 | SI | $24,000 |
| 5 | CC | 80220968 | OSUNA ANDRES | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS017 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-11 | 30 | $1,160,000 | 6.960% | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $359,200 |
| 6 | CC | 86067518 | PARDO ALEXANDER | | X | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 15 | $580,000 | $92,800 | EPS005 | 15 | $580,000 | $23,200 | CCF34 | 15 | $580,000 | $23,200 | 14-11 | 15 | $580,000 | 6.960% | $40,400 | 15 | $0 | $0 | SI | $179,600 |
| 7 | CC | 20750667 | SUTACHAN MARIA | | X | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 2 | $77,334 | $12,400 | EPS002 | 2 | $77,334 | $3,100 | CCF34 | 2 | $77,334 | $3,100 | 14-11 | 2 | $77,334 | 6.960% | $5,400 | 2 | $0 | $0 | SI | $24,000 |
| 8 | CC | 1006773720 | VASQUEZ CESAR | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS005 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-11 | 30 | $1,160,000 | 6.960% | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $359,200 |
| **Total** | | | **Afiliados( 8)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $4,794,669 | $767,300 | | | $4,794,669 | $234,600 | | | $4,794,669 | $191,900 | | | $4,794,669 | | $334,000 | | $502,667 | $25,200 | | $1,553,000 |

aportes en línea

# Planilla Resumen

7850

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 17118296 | | BARBOSA MAYORGA JUAN ANTONIO | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | PRINCIPAL | CALLE 17 No. 37 D 19 | VILLAVICENCIO-META | 6631715 | SI |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-09 | 2023-10 | 175767747 | 9456624580 | E | 2023/10/24 | 2023/09/22 | BANCOLOMBIA | 0 | $1,553,000 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 4) | | | | 8 | $767,300 | $0 | $0 | $767,300 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 1 | $80,500 | $0 | $0 | $80,500 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 2 | $198,000 | $0 | $0 | $198,000 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 2 | $198,000 | $0 | $0 | $198,000 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 3 | $290,800 | $0 | $0 | $290,800 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 8 | $334,000 | $0 | $0 | $334,000 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 8 | $334,000 | $0 | $0 | $334,000 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 8 | $191,900 | $0 | $0 | $191,900 |
| COFREM | CCF34 | 892,000,146 | 3 | 8 | $191,900 | $0 | $0 | $191,900 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 4) | | | | 8 | $234,600 | $0 | $0 | $234,600 |
| CAPITAL SALUD | EPSC34 | 900,298,372 | 9 | 1 | $3,100 | $0 | $0 | $3,100 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830,003,564 | 7 | 1 | $46,400 | $0 | $0 | $46,400 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800,130,907 | 4 | 3 | $69,100 | $0 | $0 | $69,100 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 3 | $116,000 | $0 | $0 | $116,000 |
| ICBF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $15,100 | $0 | $0 | $15,100 |
| INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR | PAICBF | 899,999,239 | 2 | 1 | $15,100 | $0 | $0 | $15,100 |
| SENA (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $10,100 | $0 | $0 | $10,100 |
| SENA | PASENA | 899,999,034 | 1 | 1 | $10,100 | $0 | $0 | $10,100 |
| TOTAL | | | | 8 | $1,553,000 | $0 | $0 | $1,553,000 |

7851

| INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | Código: GES-FO-39 |
|---|---|---|
| | PROCESO DE GESTIÓN ESTRÁTEGICA | Vigencia: 31/01/2023 |
| | ACTA CONTROL Y SEGUIMIENTO SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCAL OBRA | Versión: 02 |

| CONTRATO N° | 106 - 2023 | PROYECTO N° | BPIN 2022005500024 - BPIN 2022005500022 - BPIN 2022005500094 |
|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| OBJETO DEL PROYECTO: | CONSTRUCCION DE ESCENARIOS DEPORTIVOS MULTIPROPOSITO, PISTA DE PATINAJE Y PISTA DE ATLETICA EN LA VILLA OLIMPICA DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO-META. |
| CONTRATISTA: | JUAN ANTONIO BARBOSA MAYORGA |
| NIT: | 17118296 |
| CONTRATO DE INTERVENTORÍA N° | 249 - 2023 |
| INTERVENTORÍA: | CONSORCIO INTERESCENARIOS |

| NUMERO DE PLANILLA: | 9457763144 | | | | PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: | | 1 de septiembre de 2023 | | a | | 30 de septiembre de 2023 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre personal | Cargo y/o oficio | cedula | sueldo | Días Cotizados | SALUD | | PENSIÓN | | RIESGOS LABORALES | | I.C.B.F. | SENA | CAJA DE COMPENSACIÓN | TOTAL A PAGAR |
| | | | | | EPS | Valor | Pensión | Valor | ARL | Valor | | | | |
| FLOREZ YEISON | CADENERO | 1.124.825.890 | $ 696.000 | 18 | SALUD TORAL | $ 87.000 | COLFONDOS | $ 111.400 | SURA | $ 48.500 | $ 20.900 | $ 14.000 | $ 27.900 | $ 309.700 |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | | | | | | | | | | | | | | $ 309.700 |

Nota: los pagos parafiscales serán verificados por la interventoría o supervisión y se anexan a la presente acta.

| OBSERVACIONES GENERALES |
|---|
| Se presenta planilla tipo N en corrección a la anterior 9456624580 cancelando el valor excedente de 13 a 18 dias por un valor total de $85.900. |

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella, el día _____

Firma:
Nombre: JHON HENRRY ORTIZ GARCIA
REPRESENTANTE LEGAL CONTRATISTA OBRA

Firma:
Nombre: HECTOR ARMANDO GOMEZ JAIMES
REPRESENTANTE LEGAL INTERVENTORÍA

Firma:
Nombre: YEISON ESNEYDER GOMEZ GUERRERO
DIRECTOR DE OBRA
N° Matrícula Profesional: 25202090820CND

Firma:
Nombre: LEONEL ROA RUIZ
DIRECTOR DE INTERVENTORÍA
N° Matrícula Profesional: 2520279953CND

Firma:
Nombre: RAMIRO ANDRES BARRAGAN BETANCOURT
CONTABOR DE CONTRATISTA OBRA
N° Matrícula Profesional: 278207 - T

Firma:
Nombre: LEIDY CAROLINA BETANCOURT BETANCOURT
CONTADOR DE INTERVENTORÍA
N° Matrícula Profesional: 175215-T

aportes en línea

# Planilla Resumen

7852

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 17118296 | | BARBOSA MAYORGA JUAN ANTONIO | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | PRINCIPAL | CALLE 17 No. 37 D 19 | VILLAVICENCIO-META | 6631715 | SI |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-09 | 2023-10 | 229817097 | 9457763144 | N | 2023/10/24 | 2023/10/20 | BANCOLOMBIA | 0 | $85,900 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Tarifa | Aporte | Días | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| **SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $193,333 | $30,900 | | | $193,333 | $24,100 | | | $193,333 | $7,700 | | | $193,333 | | $13,500 | | $193,333 | $9,700 | | $85,900 |
| **Centro de Trabajo: FUERA DE OBRA (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $193,333 | $30,900 | | | $193,333 | $24,100 | | | $193,333 | $7,700 | | | $193,333 | | $13,500 | | $193,333 | $9,700 | | $85,900 |
| Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $193,333 | $30,900 | | | $193,333 | $24,100 | | | $193,333 | $7,700 | | | $193,333 | | $13,500 | | $193,333 | $9,700 | | $85,900 |
| 1 | CC | 1124825890 | FLOREZ YEISON | X | | | | | | | | | A | | | | | | | | | 23100 † | 13 | ($502,667) | ($80,500) | EPS002 | 13 | ($502,667) | ($62,900) | CCF34 | 13 | ($502,667) | ($20,200) | 14-11 | 13 | ($502,667) | 6.960% | ($35,000) | 13 | ($502,667) | ($25,200) | No | ($223,800) |
| 2 | CC | 1124825890 | FLOREZ YEISON | X | | | | | | | | | C | | | | | | | | | 23100 † | 18 | $696,000 | $111,400 | EPS002 | 18 | $696,000 | $87,000 | CCF34 | 18 | $696,000 | $27,900 | 14-11 | 18 | $696,000 | 6.960% | $48,500 | 18 | $696,000 | $34,900 | No | $309,700 |
| **Total** | | | **Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $193,333 | $30,900 | | | $193,333 | $24,100 | | | $193,333 | $7,700 | | | $193,333 | | $13,500 | | $193,333 | $9,700 | | $85,900 |

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 17118296 | | BARBOSA MAYORGA JUAN ANTONIO | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | PRINCIPAL | CALLE 17 No. 37 D 19 | VILLAVICENCIO-META | 6631715 | SI |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-09 | 2023-10 | 229817097 | 9457763144 | N | 2023/10/24 | 2023/10/20 | BANCOLOMBIA | 0 | $85,900 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $30,900 | $0 | $0 | $30,900 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 1 | $30,900 | $0 | $0 | $30,900 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $13,500 | $0 | $0 | $13,500 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $13,500 | $0 | $0 | $13,500 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $7,700 | $0 | $0 | $7,700 |
| COFREM | CCF34 | 892,000,146 | 3 | 1 | $7,700 | $0 | $0 | $7,700 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $24,100 | $0 | $0 | $24,100 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800,130,907 | 4 | 1 | $24,100 | $0 | $0 | $24,100 |
| ICBF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $5,800 | $0 | $0 | $5,800 |
| INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR | PAICBF | 899,999,239 | 2 | 1 | $5,800 | $0 | $0 | $5,800 |
| SENA (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $3,900 | $0 | $0 | $3,900 |
| SENA | PASENA | 899,999,034 | 1 | 1 | $3,900 | $0 | $0 | $3,900 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$85,900** | **$0** | **$0** | **$85,900** |



2023/10/20 11:43 AM

785

# COMISION TOPOGRAFICA JONATHAN MALAVER

7854

| INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | Código: GES-FO-39 |
|---|---|---|
| | PROCESO DE GESTIÓN ESTRÁTEGICA | Vigencia: 31/01/2023 |
| | ACTA CONTROL Y SEGUIMIENTO SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCAL OBRA | Versión: 02 |

| CONTRATO N° | 106 - 2023 | PROYECTO N° | BPIN 2022005500024 - BPIN 2022005500022 - BPIN 2022005500094 |
|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| OBJETO DEL PROYECTO: | CONSTRUCCION DE ESCENARIOS DEPORTIVOS MULTIPROPOSITO, PISTA DE PATINAJE Y PISTA DE ATLETICA EN LA VILLA OLIMPICA DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO-META. |
| CONTRATISTA: | JONATHAN MALAVER NEIRA |
| NIT: | 1122122473 |
| CONTRATO DE INTERVENTORÍA N° | 249 - 2023 |
| INTERVENTORÍA: | CONSORCIO INTERESCENARIOS |

| NUMERO DE PLANILLA: | 27965942 | | | | PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: | | 1 de septiembre de 2023 | | a | | 30 de septiembre de 2023 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre personal | Cargo y/o oficio | cedula | sueldo | Días Cotizados | SALUD | | PENSIÓN | | RIESGOS LABORALES | | I.C.B.F. | SENA | CAJA DE COMPENSACIÓN | TOTAL A PAGAR |
| | | | | | EPS | Valor | Pensión | Valor | ARL | Valor | | | | |
| JONATHAN MALAVER NEIRA | TOPOGRAFO | 1.122.122.473 | $ 1.160.000 | 30 | SANITAS | $ 145.000 | PORVENIR | $ 185.600 | POSITIVA | $ 80.800 | $ - | $ - | $ - | $ 411.400 |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | | | | | | | | | | | | | | $ 411.400 |

Nota: los pagos parafiscales serán verificados por la interventoría o supervisión y se anexan a la presente acta.

| OBSERVACIONES GENERALES |
|---|
| |

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella, el día _____

Firma:
Nombre: JHON HENRRY ORTIZ GARCIA
REPRESENTANTE LEGAL CONTRATISTA OBRA

Firma:
Nombre: HECTOR ARMANDO GOMEZ JAIMES
REPRESENTANTE LEGAL INTERVENTORÍA

Firma:
Nombre: YEISON ESNEYDER GOMEZ GUERRERO
DIRECTOR DE OBRA
N° Matrícula Profesional: 25202090820CND

Firma:
Nombre: LEONEL ROA RUIZ
DIRECTOR DE INTERVENTORÍA
N° Matrícula Profesional: 2520279953CND

Firma:
Nombre: RAMIRO ANDRES BARRAGAN BETANCOURT
CONTADOR DE CONTRATISTA OBRA
N° Matrícula Profesional: 278207 - T

Firma:
Nombre: LEIDY CAROLINA BETANCOURT BETANCOURT
CONTADOR DE INTERVENTORÍA
N° Matrícula Profesional: 175215-T

7855

# RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IDENTIFICACIÓN | DV | RAZÓN SOCIAL | CLASE | CÓDIGO | ARL | F. PRESENTACIÓN | ACT. ECO | TIPO DE EMPRESA |
| CC 1122122473 | 0 | JONATHAN MALAVER NEIRA | I | 0 | POSITIVA - 14-23 | ÚNICA | 7490 | Natural |
| MUN-DEP | DIRECCIÓN | | TELÉFONO | | | EMAIL | | EXENTO DE PARAFISCALES |
| 25-290 | CLL 6 A N 39 62 | | 3153163401 | | | TOPOZENITH@HOTMAIL.COM | | N |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERIODO PENSIÓN | PERIODO SALUD | PLANILLA | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO | CENTRO DE TRABAJO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | VALOR PAGO | INTERES X MORA | ENTIDAD RECAUDO |
| 2023-09 | 2023-09 | 27965942 | I | 2023-10-17 | TODOS LOS CENTROS | TODOS | TODOS | 411.400 | 0 | BANCO DAVIVIENDA |
| Nº AFILIADOS | REF. DE PAGO (PIN) | FECHA LIMITE PAGO | ESTADO PLANILLA | | | | | | | |
| 1 | 27965942 | 2023-10-18 | Pagada | | | | | | | |

| EMPLEADO | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | DIAS | | | | PENSIÓN | | | | | SALUD | | | CCF | | | RIESGOS | | TARIFA | PARAF | SENA | ICBF | ESAP | MIN | Tipo Cot. | Sub Tipo Cot. | Total | Exento de Parafiscales | Actividad Economica |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N. | ID | EMPLEADO | SALARIO | MODALIDAD DE SALARIO | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | EPST | AFPT | AFP | EPS | CCF | ARL | NOMBRE | IBC | Cot | FNSOL | FNSUB | NOMBRE | IBC | Cot | NOMBRE | IBC | Cot | IBC | Cot. | ARL | IBC | Cot. | Cot. | Cot. | Cot. | | | | | |
| 1 | CC 1122122473 | MALAVER NEIRA JONATHAN | 1.160.000 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | | | 30 | 30 | 0 | 30 | PORVENIR-230301 | 1.160.000 | 185.600 | 0 | 0 | SANITAS-EPS005 | 1.160.000 | 145.000 | SIN CCF-SINCCF | 0 | 0 | 1.160.000 | 80.800 | 0.69960 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 57 | 0 | 411.400 | N | 0 |


# RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IDENTIFICACIÓN | DV | RAZÓN SOCIAL | CLASE | CÓDIGO | ARL | F. PRESENTACIÓN | ACT. ECO | TIPO DE EMPRESA |
| CC 1122122473 | 0 | JONATHAN MALAVER NEIRA | I | 0 | POSITIVA - 14-23 | ÚNICA | 7490 | Natural |
| MUN-DEP | DIRECCIÓN | | TELÉFONO | | | EMAIL | | EXENTO DE PARAFISCALES |
| 25-290 | CLL 6 A N 39 62 | | 3153163401 | | | TOPOZENITH@HOTMAIL.COM | | N |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERIODO PENSIÓN | PERIODO SALUD | PLANILLA | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO | CENTRO DE TRABAJO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | VALOR PAGO | INTERES X MORA | ENTIDAD RECAUDO |
| 2023-09 | 2023-09 | 27965942 | I | 2023-10-17 | TODOS LOS CENTROS | TODOS | TODOS | 411.400 | 0 | BANCO DAVIVIENDA |
| Nº AFILIADOS | REF. DE PAGO (PIN) | FECHA LIMITE PAGO | ESTADO PLANILLA | | | | | | | |
| 1 | 27965942 | | Pagada | | | | | | | |


| TOTALES IBC | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IBC PENSIÓN | IBC SALUD | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | IBC PARAF |
| 1.160.000 | 1.160.000 | 1.160.000 | 0 | 0 |

| SUBSISTEMA | CÓDIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | VALOR UPC | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP(Administradoras: 1) | | | | 1 | 185.600 | 0 | 0 | 0 | 185.600 |
| PORVENIR | 230301 | 800224808 | 8 | 1 | 185.600 | 0 | 0 | 0 | 185.600 |
| EPS(Administradoras: 1) | | | | 1 | 145.000 | 0 | 0 | 0 | 145.000 |
| SANITAS | EPS005 | 800251440 | 6 | 1 | 145.000 | 0 | 0 | 0 | 145.000 |
| ARP(Administradoras: 1) | | | | 1 | 80.800 | 0 | 0 | 0 | 80.800 |
| POSITIVA | 14-23 | 860011153 | 6 | 1 | 80.800 | 0 | 0 | 0 | 80.800 |
| Gran Total | | | | | 411.400 | 0 | 0 | 0 | 411.400 |

7856

| INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | Código: GES-FO-39 |
|---|---|---|
| | PROCESO DE GESTIÓN ESTRÁTEGICA | Vigencia: 31/01/2023 |
| | ACTA CONTROL Y SEGUIMIENTO SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCAL OBRA | Versión: 02 |

| CONTRATO N° | 106 - 2023 | PROYECTO N° | BPIN 2022005500024 - BPIN 2022005500022 - BPIN 2022005500094 |
|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| OBJETO DEL PROYECTO: | CONSTRUCCION DE ESCENARIOS DEPORTIVOS MULTIPROPOSITO, PISTA DE PATINAJE Y PISTA DE ATLETICA EN LA VILLA OLIMPICA DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO-META. |
| CONTRATISTA: | JONATHAN MALAVER NEIRA |
| NIT: | 1122122473 |
| CONTRATO DE INTERVENTORÍA N° | 249 - 2023 |
| INTERVENTORÍA: | CONSORCIO INTERESCENARIOS |

| NUMERO DE PLANILLA: | 57966156 | | | | PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: | | 1 de septiembre de 2023 | | a | | 30 de septiembre de 2023 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre personal | Cargo y/o oficio | cedula | sueldo | Dias Cotizados | SALUD | | PENSIÓN | | RIESGOS LABORALES | | I.C.B.F. | SENA | CAJA DE COMPENSACIÓN | TOTAL A PAGAR |
| | | | | | EPS | Valor | Pensión | Valor | ARL | Valor | | | | |
| ESCALANTE LOPEZ HERNANDO OLIMPO | CADENERO | 1.121.822.297 | $ 1.343.334 | 26 | CAPITAL SALUD | $ 168.000 | PROTECCIÓN | $ 215.000 | SURA | $ 93.500 | $ 40.400,00 | $ 26.900,00 | $ 53.800 | $ 597.600 |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | | | | | | | | | | | | | | $ 597.600 |

Nota: los pagos parafiscales serán verificados por la interventoria o supervisión y se anexan a la presente acta.

| OBSERVACIONES GENERALES |
|---|
| |

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella, el dia _____

Firma:
Nombre: JHON HENRRY ORTIZ GARCIA
REPRESENTANTE LEGAL CONTRATISTA OBRA

Firma:
Nombre: HECTOR ARMANDO GOMEZ JAIMES
REPRESENTANTE LEGAL INTERVENTORÍA

Firma:
Nombre: YEISON ESNEYDER GOMEZ GUERRERO
DIRECTOR DE OBRA
N° Matrícula Profesional: 25202090820CND

Firma:
Nombre: LEONEL ROA RUIZ
DIRECTOR DE INTERVENTORÍA
N° Matrícula Profesional: 2520279953CND

Firma:
Nombre: RAMIRO ANDRES BARRAGAN BETANCOURT
CONTADOR DE CONTRATISTA OBRA
N° Matrícula Profesional: 278207 - T

Firma:
Nombre: LEIDY CAROLINA BETANCOURT BETANCOURT
CONTADOR DE INTERVENTORÍA
N° Matrícula Profesional: 175215-T

7857

# RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IDENTIFICACIÓN | DV | RAZÓN SOCIAL | CLASE | CÓDIGO | ARL | F. PRESENTACIÓN | ACT. ECO | TIPO DE EMPRESA |
| CC 1122122473 | 0 | JONATHAN MALAVER NEIRA | B | 01 | ARL SURA - 14-11 | SUCURSAL | 7490 | Natural |
| MUN-DEP | DIRECCIÓN | | TELÉFONO | | | EMAIL | | EXENTO DE PARAFISCALES |
| 25-290 | CLL 6 A N 39 62 | | 3153163401 | | | TOPOZENITH@HOTMAIL.COM | | N |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERIODO PENSIÓN | PERIODO SALUD | PLANILLA | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO | CENTRO DE TRABAJO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | VALOR PAGO | INTERES X MORA | ENTIDAD RECAUDO |
| 2023-09 | 2023-10 | 27966156 | E | 2023-10-17 | TODOS LOS CENTROS | TODOS | TODOS | 597.600 | 0 | BANCO DAVIVIENDA |
| Nº AFILIADOS | REF. DE PAGO (PIN) | FECHA LIMITE PAGO | ESTADO PLANILLA | | | | | | | |
| 1 | 27966156 | 2023-10-18 | Pagada | | | | | | | |

| EMPLEADO | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | DIAS | | | | PENSIÓN | | | | | SALUD | | | CCF | | | RIESGOS | | TARIFA | PARAF | SENA | ICBF | ESAP | MIN | | | Total | Exento de Parafiscales | Actividad Economica |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N. | ID | EMPLEADO | SALARIO | MODALIDAD DE SALARIO | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | EPST | AFPT | AFP | EPS | CCF | ARL | NOMBRE | IBC | Cot | FNSOL | FNSUB | NOMBRE | IBC | Cot | NOMBRE | IBC | Cot | IBC | Cot. | ARL | IBC | Cot. | Cot. | Cot. | Cot. | Tipo Cot. | Sub. Tipo Cot. | | | |
| 1 | CC 1121822297 | ESCALANTE LOPEZ HERNANDO OLIMPO | 1.550.000 | FIJO | X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | | 26 | 26 | 26 | 26 | PROTECCION -230201 | 1.343.334 | 215.000 | 0 | 0 | EPS-S CAPITAL-EPSC34 | 1.343.334 | 168.000 | COFREM-CCF34 | 1.343.334 | 53.800 | 1.343.334 | 93.500 | 0,06960 | 1.343.334 | 26.900 | 40.400 | 0 | 0 | 01 | 0 | 597.600 | N | 5429001 |


# RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IDENTIFICACIÓN | DV | RAZÓN SOCIAL | CLASE | CÓDIGO | ARL | F. PRESENTACIÓN | ACT. ECO | TIPO DE EMPRESA |
| CC 1122122473 | 0 | JONATHAN MALAVER NEIRA | B | 01 | ARL SURA - 14-11 | SUCURSAL | 7490 | Natural |
| MUN-DEP | DIRECCIÓN | | TELÉFONO | | | EMAIL | | EXENTO DE PARAFISCALES |
| 25-290 | CLL 6 A N 39 62 | | 3153163401 | | | TOPOZENITH@HOTMAIL.COM | | N |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERIODO PENSIÓN | PERIODO SALUD | PLANILLA | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO | CENTRO DE TRABAJO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | VALOR PAGO | INTERES X MORA | ENTIDAD RECAUDO |
| 2023-09 | 2023-10 | 27966156 | E | 2023-10-17 | TODOS LOS CENTROS | TODOS | TODOS | 597.600 | 0 | BANCO DAVIVIENDA |
| Nº AFILIADOS | REF. DE PAGO (PIN) | FECHA LIMITE PAGO | ESTADO PLANILLA | | | | | | | |
| 1 | 27966156 | | Pagada | | | | | | | |


| TOTALES IBC | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IBC PENSIÓN | IBC SALUD | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | IBC PARAF |
| 1.343.334 | 1.343.334 | 1.343.334 | 1.343.334 | 1.343.334 |

| SUBSISTEMA | CÓDIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | VALOR UPC | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP(Administradoras: 1) | | | | 1 | 215.000 | 0 | 0 | 0 | 215.000 |
| PROTECCION | 230201 | 800229739 | 0 | 1 | 215.000 | 0 | 0 | 0 | 215.000 |
| EPS(Administradoras: 1) | | | | 1 | 168.000 | 0 | 0 | 0 | 168.000 |
| EPS-S CAPITAL | EPSC34 | 900298372 | 9 | 1 | 168.000 | 0 | 0 | 0 | 168.000 |
| ARP(Administradoras: 1) | | | | 1 | 93.500 | 0 | 0 | 0 | 93.500 |
| ARL SURA | 14-11 | 890903790 | 5 | 1 | 93.500 | 0 | 0 | 0 | 93.500 |
| CCF(Administradoras: 1) | | | | 1 | 53.800 | 0 | 0 | 0 | 53.800 |
| COFREM | CCF34 | 892000146 | 3 | 1 | 53.800 | 0 | 0 | 0 | 53.800 |
| SENA(Administradoras: 1) | | | | 1 | 26.900 | 0 | 0 | 0 | 26.900 |
| SENA | PASENA | 899999034 | 1 | 1 | 26.900 | 0 | 0 | 0 | 26.900 |
| ICBF(Administradoras: 1) | | | | 1 | 40.400 | 0 | 0 | 0 | 40.400 |
| ICBF | PAICBF | 899999239 | 2 | 1 | 40.400 | 0 | 0 | 0 | 40.400 |
| Gran Total | | | | | 597.600 | 0 | 0 | 0 | 597.600 |

7856

# COMISION TOPOGRAFICA RAUL VELASCO

7859

| INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | Código: GES-FO-39 |
|---|---|---|
| | PROCESO DE GESTIÓN ESTRÁTEGICA | Vigencia: 31/01/2023 |
| | ACTA CONTROL Y SEGUIMIENTO SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCAL OBRA | Versión: 02 |

| CONTRATO N° | 106 - 2023 | PROYECTO N° | BPIN 2022005500024 - BPIN 2022005500022 - BPIN 2022005500094 |
|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| OBJETO DEL PROYECTO: | CONSTRUCCION DE ESCENARIOS DEPORTIVOS MULTIPROPOSITO, PISTA DE PATINAJE Y PISTA DE ATLETICA EN LA VILLA OLIMPICA DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO-META. |
| CONTRATISTA: | RAUL ALBERTO VELASCO AVILA |
| NIT: | 79783558 |
| CONTRATO DE INTERVENTORÍA N° | 249 - 2023 |
| INTERVENTORÍA: | CONSORCIO INTERESCENARIOS |

| NUMERO DE PLANILLA: | 27890188 | | | | PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: | | 1 de septiembre de 2023 | | a | | 30 de septiembre de 2023 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre personal | Cargo y/o oficio | cedula | sueldo | Dias Cotizados | SALUD | | PENSIÓN | | RIESGOS LABORALES | | I.C.B.F. | SENA | CAJA DE COMPENSACIÓN | TOTAL A PAGAR |
| | | | | | EPS | Valor | Pensión | Valor | ARL | Valor | | | | |
| RAUL ALBERTO VELASCO AVILA | TOPOGRAFO | 79.783.558 | $ 1.520.000 | 30 | SANITAS | $ 190.000 | COLPENSIONES | $ 243.200 | POSITIVA | $ 105.800 | $ - | $ - | $ - | $ 539.000 |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | | | | | | | | | | | | | | $ 539.000 |

Nota: los pagos parafiscales serán verificados por la interventoría o supervisión y se anexan a la presente acta.

| OBSERVACIONES GENERALES |
|---|
| |

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella, el dia _____

Firma:
Nombre: JHON HENRRY ORTIZ GARCIA
REPRESENTANTE LEGAL CONTRATISTA OBRA

Firma:
Nombre: HECTOR ARMANDO GOMEZ JAIMES
REPRESENTANTE LEGAL INTERVENTORÍA

Firma:
Nombre: YEISON ESNEYDER GOMEZ GUERRERO
DIRECTOR DE OBRA
N° Matrícula Profesional: 26202090820CND

Firma:
Nombre: LEONEL ROA RUIZ
DIRECTOR DE INTERVENTORÍA
N° Matrícula Profesional: 2520279953CND

Firma:
Nombre: RAMIRO ANDRES BARRAGAN BETANCOURT
CONTADOR DE CONTRATISTA OBRA
N° Matrícula Profesional: 278207 - T

Firma:
Nombre: LEIDY CAROLINA BETANCOURT BETANCOURT
CONTADOR DE INTERVENTORÍA
N° Matrícula Profesional: 175215-T

7860

# RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IDENTIFICACIÓN | DV | RAZÓN SOCIAL | CLASE | CÓDIGO | ARL | F. PRESENTACIÓN | ACT. ECO | TIPO DE EMPRESA |
| CC 79783558 | 0 | RAUL ALBERTO VELASCO AVILA | I | 0 | POSITIVA - 14-23 | ÚNICA | 7490 | Natural |
| MUN-DEP | DIRECCIÓN | | TELÉFONO | | | EMAIL | | EXENTO DE PARAFISCALES |
| 50-1 | CLL 42 A N 16 B 32 ESTE | | 3138571664 | | | RAUL.VELASCO.ING@GMAIL.COM | | N |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERIÓDO PENSIÓN | PERIODO SALUD | PLANILLA | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO | CENTRO DE TRABAJO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | VALOR PAGO | INTERES X MORA | ENTIDAD RECAUDO |
| 2023-09 | 2023-09 | 27890188 | I | 2023-10-09 | TODOS LOS CENTROS | TODOS | TODOS | 539.000 | 0 | NEQUI |
| Nº AFILIADOS | REF. DE PAGO (PIN) | FECHA LIMITE PAGO | ESTADO PLANILLA | | | | | | | |
| 1 | 27890188 | 2023-10-13 | Pagada | | | | | | | |

| EMPLEADO | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | DIAS | | | | PENSIÓN | | | | | SALUD | | | CCF | | | RIESGOS | | TARIFA | PARAF | SENA | ICBF | ESAP | MIN | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N. | ID | EMPLEADO | SALARIO | MODALIDAD DE SALARIO | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | EPST | AFPT | AFP | EPS | CCF | ARL | NOMBRE | IBC | Cot | FNSOL | FNSUB | NOMBRE | IBC | Cot | NOMBRE | IBC | Cot | IBC | Cot. | ARL | IBC | Cot. | Cot. | Cot. | Cot. | Cot. | Tipo Cot. | Sub. Tipo Cot. | Total | Exento de Parafiscales | Actividad Economica |
| 1 | CC 79783558 | VELASCO AVILA RAUL ALBERTO | 1.160.000 | | | | | | | | | | X | | | | | | 0 | | | 30 | 30 | 0 | 30 | COLPENSIONES-25-14 | 1.520.000 | 243.200 | 0 | 0 | SANITAS-EPS005 | 1.520.000 | 190.000 | SIN CCF-SINCCF | 0 | 0 | 1.520.000 | 105.800 | 0,06960 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 57 | 0 | 539.000 | N | 0 |


# RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IDENTIFICACIÓN | DV | RAZÓN SOCIAL | CLASE | CÓDIGO | ARL | F. PRESENTACIÓN | ACT. ECO | TIPO DE EMPRESA |
| CC 79783558 | 0 | RAUL ALBERTO VELASCO AVILA | I | 0 | POSITIVA - 14-23 | ÚNICA | 7490 | Natural |
| MUN-DEP | DIRECCIÓN | | TELÉFONO | | | EMAIL | | EXENTO DE PARAFISCALES |
| 50-1 | CLL 42 A N 16 B 32 ESTE | | 3138571664 | | | RAUL.VELASCO.ING@GMAIL.COM | | N |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERIODO PENSIÓN | PERIODO SALUD | PLANILLA | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO | CENTRO DE TRABAJO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | VALOR PAGO | INTERES X MORA | ENTIDAD RECAUDO |
| 2023-09 | 2023-09 | 27890188 | I | 2023-10-09 | TODOS LOS CENTROS | TODOS | TODOS | 539.000 | 0 | NEQUI |
| Nº AFILIADOS | REF. DE PAGO (PIN) | FECHA LIMITE PAGO | ESTADO PLANILLA | | | | | | | |
| 1 | 27890188 | | Pagada | | | | | | | |


| TOTALES IBC | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IBC PENSIÓN | IBC SALUD | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | IBC PARAF |
| 1.520.000 | 1.520.000 | 1.520.000 | 0 | 0 |

| SUBSISTEMA | CÓDIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | VALOR UPC | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP(Administradoras: 1) | | | | 1 | 243.200 | 0 | 0 | 0 | 243.200 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900336004 | 7 | 1 | 243.200 | 0 | 0 | 0 | 243.200 |
| EPS(Administradoras: 1) | | | | 1 | 190.000 | 0 | 0 | 0 | 190.000 |
| SANITAS | EPS005 | 800251440 | 6 | 1 | 190.000 | 0 | 0 | 0 | 190.000 |
| ARP(Administradoras: 1) | | | | 1 | 105.800 | 0 | 0 | 0 | 105.800 |
| POSITIVA | 14-23 | 860011153 | 6 | 1 | 105.800 | 0 | 0 | 0 | 105.800 |
| Gran Total | | | | | 539.000 | 0 | 0 | 0 | 539.000 |

7861

| INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | Código: GES-FO-39 |
|---|---|---|
| | PROCESO DE GESTIÓN ESTRÁTEGICA | Vigencia: 31/01/2023 |
| | ACTA CONTROL Y SEGUIMIENTO SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCAL OBRA | Versión: 02 |

| CONTRATO Nº | 106 - 2023 | PROYECTO Nº | BPIN 2022005500024 - BPIN 2022005500022 - BPIN 2022005500094 |
|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| OBJETO DEL PROYECTO: | CONSTRUCCION DE ESCENARIOS DEPORTIVOS MULTIPROPOSITO, PISTA DE PATINAJE Y PISTA DE ATLETICA EN LA VILLA OLIMPICA DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO-META. |
| CONTRATISTA: | RAUL ALBERTO VELASCO AVILA |
| NIT: | 79783558 |
| CONTRATO DE INTERVENTORÍA N° | 249 - 2023 |
| INTERVENTORÍA: | CONSORCIO INTERESCENARIOS |

| NUMERO DE PLANILLA: | 9457595370 | | | | PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: | | 1 de septiembre de 2023 | | a | | 30 de septiembre de 2023 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre personal | Cargo y/o oficio | cedula | sueldo | Días Cotizados | SALUD | | PENSIÓN | | RIESGOS LABORALES | | I.C.B.F. | SENA | CAJA DE COMPENSACIÓN | TOTAL A PAGAR |
| | | | | | EPS | Valor | Pensión | Valor | ARL | Valor | | | | |
| OSCAR IVAN MENDEZ LOZANO | CADENERO | 1.122.650.304 | $ 386.667 | 10 | CAJACOPI | $ 15.500 | COLPENSIONES | $ 61.900 | SURA | $ 27.000 | $ - | $ - | $ 15.500 | $ 119.900 |
| ANGEL OCTAVIO SANABRIA SARMIENTO | CADENERO | 1.121.824.582 | $ 386.667 | 10 | SALUD TOTAL | $ 15.500 | COLPENSIONES | $ 61.900 | SURA | $ 27.000 | $ - | $ - | $ 15.500 | $ 119.900 |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | | | | | | | | | | | | | | $ 239.800 |

Nota: los pagos parafiscales serán verificados por la interventoría o supervisión y se anexan a la presente acta.

| OBSERVACIONES GENERALES |
|---|
| |

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella, el día _____

Firma:
Nombre: JHON HENRRY ORTIZ GARCIA
REPRESENTANTE LEGAL CONTRATISTA OBRA

Firma:
Nombre: HECTOR ARMANDO GOMEZ JAIMES
REPRESENTANTE LEGAL INTERVENTORÍA

Firma:
Nombre: YEISON ESNEYDER GOMEZ GUERRERO
DIRECTOR DE OBRA
N° Matrícula Profesional: 25202090820CND

Firma:
Nombre: LEONEL ROA RUIZ
DIRECTOR DE INTERVENTORÍA
N° Matrícula Profesional: 2520279953CND

Firma:
Nombre: RAMIRO ANDRES BARRAGAN BETANCOURT
CONTADOR DE CONTRATISTA OBRA
N° Matrícula Profesional: 278207 - T

Firma:
Nombre: LEIDY CAROLINA BETANCOURT BETANCOURT
CONTADOR DE INTERVENTORÍA
N° Matrícula Profesional: 175215-T

aportes en línea

# Planilla Resumen

7862

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 79783558 | | VELASCO AVILA RAUL ALBERTO | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | RAUL VELASCO | VILLA OLIMPICA | VILLAVICENCIO-META | 3138571664 | SI |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-09 | 2023-10 | 223464357 | 9457595370 | E | 2023/10/13 | 2023/10/17 | BANCOLOMBIA | 4 | $890,600 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Tarifa | Aporte | Días | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| **SUCURSAL: RAUL VELASCO (4 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $2,861,334 | $458,000 | | | $2,861,334 | $114,600 | | | $2,861,334 | $114,600 | | | $199,400 | | | $0 | $0 | | $886,600 |
| **Centro de Trabajo: ESCENARIOS DEPORTIVOS (2 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $773,334 | $123,800 | | | $773,334 | $31,000 | | | $773,334 | $31,000 | | | $54,000 | | | $0 | $0 | | $239,800 |
| Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (2 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $773,334 | $123,800 | | | $773,334 | $31,000 | | | $773,334 | $31,000 | | | $54,000 | | | $0 | $0 | | $239,800 |
| 1 | CC | 1122650304 | MENDEZ LOZANO OSCAR IVAN | X | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 10 | $386,667 | $61,900 | CCFC55 | 10 | $386,667 | $15,500 | CCF34 | 10 | $386,667 | $15,500 | 14-11 | 10 | $386,667 | 6.960% | $27,000 | 10 | $0 | $0 | SI | $119,900 |
| 2 | CC | 1121824582 | SANABRIA SARMIENTO ANGEL OCTAVIO | X | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 10 | $386,667 | $61,900 | EPS002 | 10 | $386,667 | $15,500 | CCF34 | 10 | $386,667 | $15,500 | 14-11 | 10 | $386,667 | 6.960% | $27,000 | 10 | $0 | $0 | SI | $119,900 |
| **Centro de Trabajo: ESPACIOS DEPORTIVOS (2 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $2,088,000 | $334,200 | | | $2,088,000 | $83,600 | | | $2,088,000 | $83,600 | | | $145,400 | | | $0 | $0 | | $646,800 |
| Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (2 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $2,088,000 | $334,200 | | | $2,088,000 | $83,600 | | | $2,088,000 | $83,600 | | | $145,400 | | | $0 | $0 | | $646,800 |
| 3 | CC | 19001565 | COBOS MONTALVO ANGELMIRO | X | | | | | | | | | | | | | | | | | 23020 1 | 27 | $1,044,000 | $167,100 | EPS005 | 27 | $1,044,000 | $41,800 | CCF34 | 27 | $1,044,000 | $41,800 | 14-11 | 27 | $1,044,000 | 6.960% | $72,700 | 27 | $0 | $0 | SI | $323,400 |
| 4 | CC | 1121713123 | PEREZ BAHOZ EDINSON | X | | | | | | | | | | | | | | | | | 23030 1 | 27 | $1,044,000 | $167,100 | CCFC55 | 27 | $1,044,000 | $41,800 | CCF34 | 27 | $1,044,000 | $41,800 | 14-11 | 27 | $1,044,000 | 6.960% | $72,700 | 27 | $0 | $0 | SI | $323,400 |
| **Total Afiliados( 4)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $2,861,334 | $458,000 | | | $2,861,334 | $114,600 | | | $2,861,334 | $114,600 | | | $199,400 | | | $0 | $0 | | $886,600 |



| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 79783558 | | VELASCO AVILA RAUL ALBERTO | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | RAUL VELASCO | VILLA OLIMPICA | VILLAVICENCIO-META | 3138571664 | SI |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-09 | 2023-10 | 223464357 | 9457595370 | E | 2023/10/13 | 2023/10/17 | BANCOLOMBIA | 4 | $890,600 |



**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 3) | | | | 4 | $458,000 | $2,000 | $0 | $460,000 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 2 | $123,800 | $600 | $0 | $124,400 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $167,100 | $700 | $0 | $167,800 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $167,100 | $700 | $0 | $167,800 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 4 | $199,400 | $900 | $0 | $200,300 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 4 | $199,400 | $900 | $0 | $200,300 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 4 | $114,600 | $500 | $0 | $115,100 |
| COFREM | CCF34 | 892,000,146 | 3 | 4 | $114,600 | $500 | $0 | $115,100 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 3) | | | | 4 | $114,600 | $600 | $0 | $115,200 |
| CAJACOPI | CCFC55 | 901,543,211 | 6 | 2 | $57,300 | $300 | $0 | $57,600 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800,130,907 | 4 | 1 | $15,500 | $100 | $0 | $15,600 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $41,800 | $200 | $0 | $42,000 |
| **TOTAL** | | | | **4** | **$886,600** | **$4,000** | **$0** | **$890,600** |



2023/10/17 11:59 AM

# WILSON CARDENAS


*Carrera 16 # 24-03 Barrio Olímpico - Popular*
*6701469 - 6701465*
*contactenos@idermeta.gov.co*
*Villavicencio - Meta, Colombia*

7864

| INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | Código: GES-FO-39 |
|---|---|---|
| | PROCESO DE GESTIÓN ESTRÁTEGICA | Vigencia: 31/01/2023 |
| | ACTA CONTROL Y SEGUIMIENTO SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCAL OBRA | Versión: 02 |

| CONTRATO N° | 106 - 2023 | PROYECTO N° | BPIN 2022005500024 - BPIN 2022005500022 - BPIN 2022005500094 |
|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| OBJETO DEL PROYECTO: | CONSTRUCCION DE ESCENARIOS DEPORTIVOS MULTIPROPOSITO, PISTA DE PATINAJE Y PISTA DE ATLETICA EN LA VILLA OLIMPICA DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO-META. |
| CONTRATISTA: | WILSON CARDENAS |
| NIT: | 17343650 |
| CONTRATO DE INTERVENTORÍA N° | 249 - 2023 |
| INTERVENTORÍA: | CONSORCIO INTERESCENARIOS |

| NUMERO DE PLANILLA: | 9457602720 | | | | PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: | | 1 de septiembre de 2023 | | a | | 30 de septiembre de 2023 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre personal | Cargo y/o oficio | cedula | sueldo | Días Cotizados | SALUD | | PENSIÓN | | RIESGOS LABORALES | | I.C.B.F. | SENA | CAJA DE COMPENSACIÓN | TOTAL A PAGAR |
| | | | | | EPS | Valor | Pensión | Valor | ARL | Valor | | | | |
| CARDENAS HERNANDEZ JEISON FABIAN | AYUDANTE | 1121934582 | $ 1.160.000 | 30 | SANITAS | $ 46.400 | PORVENIR | $ 185.600 | SURA | $ 80.800 | $ - | $ - | $ 46.400 | $ 359.200 |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | | | | | | | | | | | | | | $ 359.200 |

Nota: los pagos parafiscales serán verificados por la interventoría o supervisión y se anexan a la presente acta.

| OBSERVACIONES GENERALES |
|---|
| |

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella, el día _____

Firma:
Nombre: JHON HENRRY ORTIZ GARCIA
REPRESENTANTE LEGAL CONTRATISTA OBRA

Firma:
Nombre: HECTOR ARMANDO GOMEZ JAIMES
REPRESENTANTE LEGAL INTERVENTORÍA

Firma:
Nombre: YEISON ESNEYDER GOMEZ GUERRERO
DIRECTOR DE OBRA
N° Matrícula Profesional: 252I2090820CND

Firma:
Nombre: LEONEL ROA RUIZ
DIRECTOR DE INTERVENTORÍA
N° Matrícula Profesional: 2520279953CND

Firma:
Nombre: RAMIRO ANDRES BARRAGAN BETANCOURT
CONTADOR DE CONTRATISTA OBRA
N° Matrícula Profesional: 278207 - T

Firma:
Nombre: LEIDY CAROLINA BETANCOURT BETANCOURT
CONTADOR DE INTERVENTORÍA
N° Matrícula Profesional: 175215-T

aportes en línea

# Planilla Resumen

7865

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 17343650 | | CARDENAS SABOGAL WILSON ERIBERTO | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | CONSORCIO VILLA OLIMPICA | cra 43 21 43 | VILLAVICENCIO-META | 6660954 | SI |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-09 | 2023-10 | 222842003 | 9457602720 | E | 2023/10/12 | 2023/10/17 | BANCOLOMBIA | 5 | $722,400 |

**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 | trl | vip | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Tarifa | Aporte | Dias | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| **SUCURSAL: CONSORCIO VILLA OLIMPICA (2 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $2,320,000 | $371,200 | | | $2,320,000 | $92,800 | | | $2,320,000 | $92,800 | | | $2,320,000 | | $161,600 | | $0 | $0 | | $718,400 |
| **Centro de Trabajo: 01 (2 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $2,320,000 | $371,200 | | | $2,320,000 | $92,800 | | | $2,320,000 | $92,800 | | | $2,320,000 | | $161,600 | | $0 | $0 | | $718,400 |
| Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (2 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $2,320,000 | $371,200 | | | $2,320,000 | $92,800 | | | $2,320,000 | $92,800 | | | $2,320,000 | | $161,600 | | $0 | $0 | | $718,400 |
| 1 | CC | 17323749 | CALENTURA PARDO PEDRO PABLO | | X | | | | | | | | | | | | | | | 23020 1 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS041 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-11 | 30 | $1,160,000 | 6.960% | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $359,200 |
| 2 | CC | 1121934582 | CARDENAS HERNANDEZ JEISON FABIAN | | | | | | | | | | | | | | | | | 23030 1 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS005 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-11 | 30 | $1,160,000 | 6.960% | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $359,200 |
| **Total Afiliados( 2)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $2,320,000 | $371,200 | | | $2,320,000 | $92,800 | | | $2,320,000 | $92,800 | | | $2,320,000 | | $161,600 | | $0 | $0 | | $718,400 |


| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 17343650 | | CARDENAS SABOGAL WILSON ERIBERTO | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | CONSORCIO VILLA OLIMPICA | cra 43 21 43 | VILLAVICENCIO-META | 6660954 | SI |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-09 | 2023-10 | 222842003 | 9457602720 | E | 2023/10/12 | 2023/10/17 | BANCOLOMBIA | 5 | $722,400 |


**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 2) | | | | 2 | $371,200 | $2,000 | $0 | $373,200 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $185,600 | $1,000 | $0 | $186,600 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $185,600 | $1,000 | $0 | $186,600 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 2 | $161,600 | $900 | $0 | $162,500 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 2 | $161,600 | $900 | $0 | $162,500 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 2 | $92,800 | $500 | $0 | $93,300 |
| COFREM | CCF34 | 892,000,146 | 3 | 2 | $92,800 | $500 | $0 | $93,300 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 2) | | | | 2 | $92,800 | $600 | $0 | $93,400 |
| NUEVA EPS MOVILIDAD | EPS041 | 900,156,264 | 2 | 1 | $46,400 | $300 | $0 | $46,700 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $46,400 | $300 | $0 | $46,700 |
| TOTAL | | | | 2 | $718,400 | $4,000 | $0 | $722,400 |



2023/10/17 11:02 AM

| INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | Código: GES-FO-39 |
|---|---|---|
| | PROCESO DE GESTIÓN ESTRÁTEGICA | Vigencia: 31/01/2023 |
| | ACTA CONTROL Y SEGUIMIENTO SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCAL OBRA | Versión: 02 |

7866

| CONTRATO N° | 106 - 2023 | PROYECTO N° | BPIN 2022005500024 - BPIN 2022005500022 - BPIN 2022005500094 |
|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| OBJETO DEL PROYECTO: | CONSTRUCCION DE ESCENARIOS DEPORTIVOS MULTIPROPOSITO, PISTA DE PATINAJE Y PISTA DE ATLETICA EN LA VILLA OLIMPICA DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO-META. |
| CONTRATISTA: | WILSON CARDENAS |
| NIT: | 17343650 |
| CONTRATO DE INTERVENTORÍA N° | 249 - 2023 |
| INTERVENTORÍA: | CONSORCIO INTERESCENARIOS |

| NUMERO DE PLANILLA: | 9457612426 | | | | PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: | 1 de agosto de 2023 | | | | a | 31 de agosto de 2023 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre personal | Cargo y/o oficio | cedula | sueldo | Días Cotizados | SALUD | | PENSIÓN | | RIESGOS LABORALES | | I.C.B.F. | SENA | CAJA DE COMPENSACIÓN | TOTAL A PAGAR |
| | | | | | EPS | Valor | Pensión | Valor | ARL | Valor | | | | |
| GALVAN MONTES YEFERSON ENRIQUE | OPERADOR | 78.646.546 | $ 1.160.000 | 28 | NUEVA EPS | $ 43.400 | COLFONDOS | $ 173.300 | SURA | $ 75.400 | $ - | $ - | $ 43.400 | $ 335.500 |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | | | | | | | | | | | | | | $ 335.500 |

Nota: los pagos parafiscales serán verificados por la interventoría o supervisión y se anexan a la presente acta.

| OBSERVACIONES GENERALES |
|---|
| |

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella, el día _____

Firma:
Nombre: JHON HENRRY ORTIZ GARCIA
REPRESENTANTE LEGAL CONTRATISTA OBRA

Firma:
Nombre: HECTOR ARMANDO GOMEZ JAIMES
REPRESENTANTE LEGAL INTERVENTORÍA

Firma:
Nombre: YEISON ESNEYDER GOMEZ GUERRERO
DIRECTOR DE OBRA
N° Matrícula Profesional: 25202090820CND

Firma:
Nombre: LEONEL ROA RUIZ
DIRECTOR DE INTERVENTORÍA
N° Matrícula Profesional: 2520279953CND

Firma:
Nombre: RAMIRO ANDRES BARRAGAN BETANCOURT
CONTADOR DE CONTRATISTA OBRA
N° Matrícula Profesional: 278207 - T

Firma:
Nombre: LEIDY CAROLINA BETANCOURT BETANCOURT
CONTADOR DE INTERVENTORÍA
N° Matrícula Profesional: 175215-T

aportes en línea

# Planilla Resumen

7867

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 17343650 | | CARDENAS SABOGAL WILSON ERIBERTO | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | ESPACIOS DEPORTIVOS | cra 19 calle 23 | VILLAVICENCIO-META | 3138445603 | SI |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-09 | 2023-10 | 222830858 | 9457612426 | E | 2023/10/12 | 2023/10/17 | BANCOLOMBIA | 5 | $11,421,700 |

## 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 | vlp | | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| 1 | CC | 17386301 | ACOSTA RIAÑO JOSE ORLANDO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS005 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-11 | 30 | $1,160,000 | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $359,200 |
| 2 | CC | 86074784 | AGUDELO MORENO RICARDO ALFONSO | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 12 | $464,000 | $74,300 | EPS002 | 12 | $464,000 | $18,600 | CCF34 | 12 | $464,000 | $18,600 | 14-11 | 12 | $464,000 | $32,300 | 12 | $0 | $0 | SI | $143,800 |
| 3 | CC | 1006773505 | ARIAS SUTACHAN EDIER FARID | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS002 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-11 | 30 | $1,160,000 | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $359,200 |
| 4 | CC | 79383961 | BARBOSA DOMINGUEZ HAROLD MARTIN | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001 | 19 | $734,667 | $117,600 | EPS002 | 19 | $734,667 | $29,400 | CCF34 | 19 | $734,667 | $29,400 | 14-11 | 19 | $734,667 | $51,200 | 19 | $0 | $0 | SI | $227,600 |
| 5 | CC | 18221211 | BARRERA DUARTE JOSE BERTULFO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS002 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-11 | 30 | $1,160,000 | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $359,200 |
| 6 | CC | 17311370 | BELTRAN VELASQUEZ EDRAS HELI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | $0 | $0 | EPS037 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-11 | 30 | $1,160,000 | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $173,600 |
| 7 | CC | 7807080 | BETANCOURT TELDULO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS005 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-11 | 30 | $1,160,000 | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $359,200 |
| 8 | CC | 1003250571 | CASTILLO RIAÑO RULBER | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS017 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-11 | 30 | $1,160,000 | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $359,200 |
| 9 | CC | 1094274870 | CHANAGA MALDONADO FABIAN LEANDRO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS005 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-11 | 30 | $1,160,000 | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $359,200 |
| 10 | CC | 1053613222 | CIPAGAUTA MONROY JAVIER ARMANDO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS017 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-11 | 30 | $1,160,000 | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $359,200 |
| 11 | CC | 1064317057 | COGOLLO ESPITIA MIGUEL DARIO | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 23 | $889,334 | $142,300 | EPS002 | 23 | $889,334 | $35,600 | CCF34 | 23 | $889,334 | $35,600 | 14-11 | 23 | $889,334 | $61,900 | 23 | $0 | $0 | SI | $275,400 |
| 12 | CC | 1006904262 | FAJARDO BARRERA JOSE ADRIANO | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 19 | $734,667 | $117,600 | EPS017 | 19 | $734,667 | $29,400 | CCF34 | 19 | $734,667 | $29,400 | 14-11 | 19 | $734,667 | $51,200 | 19 | $0 | $0 | SI | $227,600 |
| 13 | CC | 78646546 | GALVAN MONTES YEFERSON ENRIQUE | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001 | 28 | $1,082,667 | $173,300 | EPS037 | 28 | $1,082,667 | $43,400 | CCF34 | 28 | $1,082,667 | $43,400 | 14-11 | 28 | $1,082,667 | $75,400 | 28 | $0 | $0 | SI | $335,500 |
| 14 | CC | 86058007 | GONGORA WILLIAN ALEXANDER | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS005 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-11 | 30 | $1,160,000 | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $359,200 |
| 15 | CC | 1121829220 | GONZALEZ ERAZO DELIO MARDEN | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 19 | $734,667 | $117,600 | EPS005 | 19 | $734,667 | $29,400 | CCF34 | 19 | $734,667 | $29,400 | 14-11 | 19 | $734,667 | $51,200 | 19 | $0 | $0 | SI | $227,600 |
| 16 | CC | 1121897683 | GONZALEZ FLOREZ FABIO ORLANDO | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 18 | $696,000 | $111,400 | CCFC55 | 18 | $696,000 | $27,900 | CCF34 | 18 | $696,000 | $27,900 | 14-11 | 18 | $696,000 | $48,500 | 18 | $0 | $0 | SI | $215,700 |
| 17 | CC | 79237148 | GONZALEZ SIERRA LUIS ORLANDO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS017 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-11 | 30 | $1,160,000 | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $359,200 |
| 18 | CC | 86061302 | HERRERA MAYORGA MARCO FIDEL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS017 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-11 | 30 | $1,160,000 | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $359,200 |
| 19 | CC | 75143465 | ISAZA CARLOS ALBERTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS005 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-11 | 30 | $1,160,000 | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $359,200 |
| 20 | CC | 1122118231 | JIMENEZ ESCOBAR HUGO ANDRES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS002 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-11 | 30 | $1,160,000 | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $359,200 |
| 21 | CC | 1121882938 | MARTINEZ RODRIGUEZ CRISTIAN LEONARDO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | CCFC55 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-11 | 30 | $1,160,000 | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $359,200 |
| 22 | CC | 1006820815 | MARTINEZ ROJAS EDISON FABIAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS005 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-11 | 30 | $1,160,000 | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $359,200 |
| 23 | CC | 17336968 | MEDINA POVEDA LUIS ENRIQUE | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 12 | $464,000 | $74,300 | CCFC55 | 12 | $464,000 | $18,600 | CCF34 | 12 | $464,000 | $18,600 | 14-11 | 12 | $464,000 | $32,300 | 12 | $0 | $0 | SI | $143,800 |
| 24 | CC | 1007397234 | MOLINA ROMERO OVEIMAR ANDRES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS005 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-11 | 30 | $1,160,000 | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $359,200 |
| 25 | CC | 86067532 | NIETO PARRADO ESNEIDER | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS005 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-11 | 30 | $1,160,000 | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $359,200 |
| 26 | CC | 93471225 | ORTIZ COLO JULIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | CCFC55 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-11 | 30 | $1,160,000 | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $359,200 |
| 27 | CC | 1121214455 | PEÑALOZA CORDEIRO ALEXANDER | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 19 | $734,667 | $117,600 | CCFC55 | 19 | $734,667 | $29,400 | CCF34 | 19 | $734,667 | $29,400 | 14-11 | 19 | $734,667 | $51,200 | 19 | $0 | $0 | SI | $227,600 |
| 28 | CC | 1121219369 | PEÑALOZA CORDEIRO JEFFERSSON | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | CCFC55 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-11 | 30 | $1,160,000 | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $359,200 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 29 | CC | 15451637 | RIBON NAVARRO DANIEL | | X | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 23 | $889,334 | $142,300 | EPS002 | 23 | $889,334 | $35,600 | CCF34 | 23 | $889,334 | $35,600 | 14-11 | 23 | $889,334 | $61,900 | 23 | $0 | $0 | SI | $275,400 |
| 30 | CC | 86078703 | RINCON ENRIQUE ALBEYRO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS002 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-11 | 30 | $1,160,000 | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $359,200 |
| 31 | CC | 1121941666 | RODRIGUEZ ARIZA JHON JAIRO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS037 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-11 | 30 | $1,160,000 | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $359,200 |
| 32 | CC | 86085935 | ROMERO AGUIRRE EMILIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS037 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-11 | 30 | $1,160,000 | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $359,200 |
| 33 | CC | 1123800821 | RUIZ GONZALEZ KLEY SANTIAGO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS005 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-11 | 30 | $1,160,000 | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $359,200 |
| 34 | CC | 1121910568 | SALGADO GONZALEZ ANGELICA YURANI | X | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 29 | $1,121,334 | $179,500 | EPS017 | 29 | $1,121,334 | $44,900 | CCF34 | 29 | $1,121,334 | $44,900 | 14-11 | 29 | $1,121,334 | $78,100 | 29 | $0 | $0 | SI | $347,400 |
| 35 | CC | 1121906810 | SANCHEZ GUZMAN ALVARO YESID | X | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 19 | $734,667 | $117,600 | CCFC55 | 19 | $734,667 | $29,400 | CCF34 | 19 | $734,667 | $29,400 | 14-11 | 19 | $734,667 | $51,200 | 19 | $0 | $0 | SI | $227,600 |
| 36 | CC | 86056981 | SANCHEZ ESCOBAR JOHN FREDY | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS017 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF34 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-11 | 30 | $1,160,000 | $80,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $359,200 |
| 37 | CC | 93117811 | SANCHEZ BARRETO JOSE RICAURTE | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | $0 | $0 | EPS017 | 9 | $348,000 | $14,000 | CCF34 | 9 | $348,000 | $14,000 | 14-11 | 9 | $348,000 | $24,300 | 9 | $0 | $0 | SI | $52,300 |
| **Total** | **Afiliados( 37)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $35,960,004 | $5,754,200 | | | $37,468,004 | $1,499,200 | | | $37,468,004 | $1,499,200 | | | $37,468,004 | $2,609,900 | | $0 | $0 | | $11,362,500 |

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

aportes en línea

# Planilla Resumen

7869

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 17343650 | | CARDENAS SABOGAL WILSON ERIBERTO | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | ESPACIOS DEPORTIVOS | cra 19 calle 23 | VILLAVICENCIO-META | 3138445603 | SI |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-09 | 2023-10 | 222830858 | 9457612426 | E | 2023/10/12 | 2023/10/17 | BANCOLOMBIA | 5 | $11,421,700 |

## RESUMEN DE PAGO

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 4) | | | | 35 | $5,754,200 | $29,900 | $0 | $5,784,100 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 2 | $290,900 | $1,600 | $0 | $292,500 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 6 | $1,002,300 | $5,200 | $0 | $1,007,500 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 14 | $2,159,500 | $11,200 | $0 | $2,170,700 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 13 | $2,301,500 | $11,900 | $0 | $2,313,400 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 37 | $2,609,900 | $13,500 | $0 | $2,623,400 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 37 | $2,609,900 | $13,500 | $0 | $2,623,400 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 37 | $1,499,200 | $7,800 | $0 | $1,507,000 |
| COFREM | CCF34 | 892,000,146 | 3 | 37 | $1,499,200 | $7,800 | $0 | $1,507,000 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 5) | | | | 37 | $1,499,200 | $8,000 | $0 | $1,507,200 |
| CAJACOPI | CCFC55 | 901,543,211 | 6 | 7 | $244,500 | $1,300 | $0 | $245,800 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830,003,564 | 7 | 8 | $320,300 | $1,700 | $0 | $322,000 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 4 | $182,600 | $1,000 | $0 | $183,600 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800,130,907 | 4 | 8 | $304,800 | $1,600 | $0 | $306,400 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 10 | $447,000 | $2,400 | $0 | $449,400 |
| TOTAL | | | | 37 | $11,362,500 | $59,200 | $0 | $11,421,700 |

| INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | Código: GES-FO-39 |
|---|---|---|
| | PROCESO DE GESTIÓN ESTRÁTEGICA | Vigencia: 31/01/2023 |
| | ACTA CONTROL Y SEGUIMIENTO SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCAL OBRA | Versión: 02 |

7870

| CONTRATO N° | 106 - 2023 | PROYECTO N° | BPIN 2022005500024 - BPIN 2022005500022 - BPIN 2022005500094 |
|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| OBJETO DEL PROYECTO: | CONSTRUCCION DE ESCENARIOS DEPORTIVOS MULTIPROPOSITO, PISTA DE PATINAJE Y PISTA DE ATLETICA EN LA VILLA OLIMPICA DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO-META. |
| CONTRATISTA: | FRANCISCO JAVIER MONRROY DIAZ |
| NIT: | 74359579 |
| CONTRATO DE INTERVENTORÍA N° | 249 - 2023 |
| INTERVENTORÍA: | CONSORCIO INTERESCENARIOS |

| NUMERO DE PLANILLA: | 9457074984 | | | | PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: | | 1 de septiembre de 2023 | | a | | 30 de septiembre de 2023 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre personal | Cargo y/o oficio | cedula | sueldo | Días Cotizados | SALUD | | PENSIÓN | | RIESGOS LABORALES | | I.C.B.F. | SENA | CAJA DE COMPENSACIÓN | TOTAL A PAGAR |
| | | | | | EPS | Valor | Pensión | Valor | ARL | Valor | | | | |
| FRANCISCO JAVIER MONRROY DIAZ | OPERADOR | $ 74.359.579 | $ 1.160.000 | 30 | FAMISANAR | $ 145.000 | PORVENIR | $ 185.600 | POSITIVA | $ 80.800 | $ - | $ - | $ - | $ 411.400 |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | | | | | | | | | | | | | | $ 411.400 |

Nota: los pagos parafiscales serán verificados por la interventoría o supervisión y se anexan a la presente acta.

| OBSERVACIONES GENERALES |
|---|
| |

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella, el día _____

Firma:
Nombre: JHON HENRRY ORTIZ GARCIA
REPRESENTANTE LEGAL CONTRATISTA OBRA

Firma:
Nombre: HECTOR FERNANDO GOMEZ JAIMES
REPRESENTANTE LEGAL INTERVENTORÍA

Firma:
Nombre: YEISON ESNEYDER GOMEZ GUERRERO
DIRECTOR DE OBRA
N° Matricula Profesional: 25202090820CND

Firma:
Nombre: LEONEL ROA RUIZ
DIRECTOR DE INTERVENTORÍA
N° Matricula Profesional: 2520279953CND

Firma:
Nombre: RAMIRO ANDRES BARRAGAN BETANCOURT
CONTADOR DE CONTRATISTA OBRA
N° Matricula Profesional: 278207 - T

Firma:
Nombre: LEIDY CAROLINA BETANCOURT BETANCOURT
CONTADOR DE INTERVENTORÍA
N° Matricula Profesional: 175215-T

aportes en línea

# Resumen General de Pago

9871

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 74359579 | | MONRROY DIAZ FRANCISCO JAVIER | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 137 A 153 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 6974223 | No |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-09 | 2023-09 | 1000001008 | 9457074984 | I | 2023/10/19 | 2023/10/11 | BANCO DE BOGOTA | 0 | $411,400 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $1,160,000 | $185,600 | | | $1,160,000 | $145,000 | | | $0 | $0 | | | $1,160,000 | $80,800 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,160,000 | $185,600 | | | $1,160,000 | $145,000 | | | $0 | $0 | | | $1,160,000 | $80,800 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,160,000 | $185,600 | | | $1,160,000 | $145,000 | | | $0 | $0 | | | $1,160,000 | $80,800 | | $0 | $0 |
| 1 | CC 74359579 | MONRROY FRANCISCO | 230301 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS017 | 30 | $1,160,000 | $145,000 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,160,000 | $80,800 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | $1,160,000 | $185,600 | | | $1,160,000 | $145,000 | | | $0 | $0 | | | $1,160,000 | $80,800 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

7872

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 74359579 | | MONRROY DIAZ FRANCISCO JAVIER | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 137 A 153 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 6974223 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-09 | 2023-09 | 1000001008 | 9457074984 | I | 2023/10/19 | 2023/10/11 | BANCO DE BOGOTA | 0 | $411,400 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $185,600 | $0 | $0 | $185,600 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $185,600 | $0 | $0 | $185,600 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $80,800 | $0 | $0 | $80,800 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $80,800 | $0 | $0 | $80,800 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $145,000 | $0 | $0 | $145,000 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830,003,564 | 7 | 1 | $145,000 | $0 | $0 | $145,000 |
| TOTAL | | | | 1 | $411,400 | $0 | $0 | $411,400 |

| INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | Código: GES-FO-39 |
|---|---|---|
| | PROCESO DE GESTIÓN ESTRÁTEGICA | Vigencia: 31/01/2023 |
| | ACTA CONTROL Y SEGUIMIENTO SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCAL OBRA | Versión: 02 |

7873

| CONTRATO N° | 106 - 2023 | PROYECTO N° | BPIN 2022005500024 - BPIN 2022005500022 - BPIN 2022005500094 |
|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| OBJETO DEL PROYECTO: | CONSTRUCCION DE ESCENARIOS DEPORTIVOS MULTIPROPOSITO, PISTA DE PATINAJE Y PISTA DE ATLETICA EN LA VILLA OLIMPICA DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO-META. |
| CONTRATISTA: | FRANCISCO JAVIER MONRROY DIAZ |
| NIT: | 74359579 |
| CONTRATO DE INTERVENTORÍA N° | 249 - 2023 |
| INTERVENTORÍA: | CONSORCIO INTERESCENARIOS |

| NUMERO DE PLANILLA: | 1057268451 | | | | PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: | | 1 de septiembre de 2023 | | a | | | | 30 de septiembre de 2023 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre personal | Cargo y/o oficio | cedula | sueldo | Días Cotizados | SALUD | | PENSIÓN | | RIESGOS LABORALES | | I.C.B.F. | SENA | CAJA DE COMPENSACIÓN | TOTAL A PAGAR |
| | | | | | EPS | Valor | Pensión | Valor | ARL | Valor | | | | |
| JEFFERSON SPIBEN PINEDA | OPERADOR | 1121883077 | $ 2.200.000 | 30 | SALUD TOTAL | $ 88.000 | PORVENIR | $ 352.000 | SURA | $ 153.200 | $ - | $ - | $ 88.000 | $ 681.200 |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | | | | | | | | | | | | | | $ 681.200 |

Nota: los pagos parafiscales serán verificados por la interventoría o supervisión y se anexan a la presente acta.

| OBSERVACIONES GENERALES |
|---|
| |

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella, el día _____

Firma:
Nombre: JHON HENRRY ORTIZ GARCIA
REPRESENTANTE LEGAL CONTRATISTA OBRA

Firma:
Nombre: HECTOR ARMANDO GOMEZ JAIMES
REPRESENTANTE LEGAL INTERVENTORÍA

Firma:
Nombre: YEISON ESNEYDER GOMEZ GUERRERO
DIRECTOR DE OBRA
N° Matrícula Profesional: 25202090820CND

Firma:
Nombre: LEONEL ROA RUIZ
DIRECTOR DE INTERVENTORÍA
N° Matrícula Profesional: 2520279953CND

Firma:
Nombre: RAMIRO ANDRES BARRAGAN BETANCOURT
CONTADOR DE CONTRATISTA OBRA
N° Matrícula Profesional: 278207 - T

Firma:
Nombre: LEIDY CAROLINA BETANCOURT BETANCOURT
CONTADOR DE INTERVENTORÍA
N° Matrícula Profesional: 175215-T

7874

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2023-10-04, 09:37:09 AM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 1057268451

**Periodo Cotización:** septiembre de 2023 **Periodo Servicio:** octubre de 2023

**PAGADO 03/10/2023**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | RC OBRAS Y MAQUINARIA SAS | | |
| **Documento** | NI901519706 | **Dirección** | CL 35KL #5 - 0 |
| **Tipo de Empresa** | EMPLEADOR | **Teléfono** | 3202545043 |
| **Tipo Persona** | JURÍDICA | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | VILLAVICENCIO | **Departamento** | META |
| **Representante Legal** | CARRANZA ACOSTA RAUL | **Identificación** | CC 17335158 |
| **Total Afiliados** | 18 | **ARP** | ARL SURA |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 1121823220 | HENRRY CARRILLO HERRERA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION | $ 2.000.000 | $ 320.000 | (EPS005) EPS SANITAS | $ 2.000.000 | $ 80.000 | 6,960 | $ 2.000.000 | $ 139.200 | (CCF34) COFREM | $ 2.000.000 | $ 80.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 619.200 |
| CC 1121836810 | WILSON ANDERSON PEÑA NIETO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.600.000 | $ 256.000 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 1.600.000 | $ 64.000 | 6,960 | $ 1.600.000 | $ 111.400 | (CCF34) COFREM | $ 1.600.000 | $ 64.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 495.400 |
| CC 1121865771 | YURY FERNANDA SILVA GUTIERREZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION | $ 2.300.000 | $ 368.000 | (EPS005) EPS SANITAS | $ 2.300.000 | $ 92.000 | 0,522 | $ 2.300.000 | $ 12.100 | (CCF34) COFREM | $ 2.300.000 | $ 92.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 564.100 |
| CC 1121883077 | JEFFERSON BRIBEN PINEDA MOSQUERA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 2.200.000 | $ 352.000 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 2.200.000 | $ 88.000 | 6,960 | $ 2.200.000 | $ 153.200 | (CCF34) COFREM | $ 2.200.000 | $ 88.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 681.200 |
| CC 1121889323 | YILBER FRANCISCO MARIN CARDENAS | 01 | 00 | x | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 20 | 20 | 20 | 20 | (230201) PROTECCION | $ 1.333.334 | $ 213.400 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 1.333.334 | $ 53.400 | 6,960 | $ 1.333.334 | $ 92.900 | (CCF34) COFREM | $ 1.333.334 | $ 53.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 413.100 |
| CC 1121936453 | ANDRES FELIPE RAMIREZ HERNANDEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 2.000.000 | $ 320.000 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 2.000.000 | $ 80.000 | 6,960 | $ 2.000.000 | $ 139.200 | (CCF34) COFREM | $ 2.000.000 | $ 80.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 619.200 |
| CC 1122650133 | DIANA GALLO CARRANZA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION | $ 2.300.000 | $ 368.000 | (EPS005) EPS SANITAS | $ 2.300.000 | $ 92.000 | 6,960 | $ 2.300.000 | $ 160.100 | (CCF34) COFREM | $ 2.300.000 | $ 92.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 712.100 |
| CC 17292933 | HERMIDES SANCHEZ CELIS | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION | $ 2.000.000 | $ 320.000 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 2.000.000 | $ 80.000 | 6,960 | $ 2.000.000 | $ 139.200 | (CCF34) COFREM | $ 2.000.000 | $ 80.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 619.200 |
| CC 17347415 | LUIS ETIEL TRUJILLO GARCIA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.600.000 | $ 256.000 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 1.600.000 | $ 64.000 | 6,960 | $ 1.600.000 | $ 111.400 | (CCF34) COFREM | $ 1.600.000 | $ 64.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 495.400 |
| CC 17348577 | NELSON ARTURO BARBOSA RAMIREZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.160.000 | $ 185.600 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 1.160.000 | $ 46.400 | 6,960 | $ 1.160.000 | $ 80.800 | (CCF34) COFREM | $ 1.160.000 | $ 46.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 359.200 |
| CC 17385654 | DUMAR CARRANZA ACOSTA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 2.200.000 | $ 352.000 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 2.200.000 | $ 88.000 | 6,960 | $ 2.200.000 | $ 153.200 | (CCF34) COFREM | $ 2.200.000 | $ 88.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 681.200 |
| CC 17412833 | MARCO HELI FARFAN VEGA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 2.200.000 | $ 352.000 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 2.200.000 | $ 88.000 | 6,960 | $ 2.200.000 | $ 153.200 | (CCF34) COFREM | $ 2.200.000 | $ 88.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 681.200 |
| CC 40401425 | LUZ AMANDA MORENO ARAGON | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION | $ 1.160.000 | $ 185.600 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 1.160.000 | $ 46.400 | 0,522 | $ 1.160.000 | $ 6.100 | (CCF34) COFREM | $ 1.160.000 | $ 46.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 284.500 |
| CC 80162177 | JOSE ARMANDO PRADA MORENO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 2.000.000 | $ 320.000 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 2.000.000 | $ 80.000 | 6,960 | $ 2.000.000 | $ 139.200 | (CCF34) COFREM | $ 2.000.000 | $ 80.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 619.200 |
| CC 86010146 | ROLANDO GUTIERREZ ZAMBRANO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 2.000.000 | $ 320.000 | (EPS005) EPS SANITAS | $ 2.000.000 | $ 80.000 | 6,960 | $ 2.000.000 | $ 139.200 | (CCF34) COFREM | $ 2.000.000 | $ 80.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 619.200 |
| CC 86047633 | YENSI OLIDES ORREGO DUQUE | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 2.000.000 | $ 320.000 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 2.000.000 | $ 80.000 | 6,960 | $ 2.000.000 | $ 139.200 | (CCF34) COFREM | $ 2.000.000 | $ 80.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 619.200 |
| CC 86087625 | FABIAN VICENTE LOAIZA MORENO | 01 | 00 | x | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 22 | 22 | 22 | 22 | (230301) PORVENIR | $ 1.466.667 | $ 234.700 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 1.466.667 | $ 58.700 | 6,960 | $ 1.466.667 | $ 102.100 | (CCF34) COFREM | $ 1.466.667 | $ 58.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 454.200 |
| CC 86088668 | MIGUEL ANGEL LOPEZ SIMON | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.500.000 | $ 240.000 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 1.500.000 | $ 60.000 | 6,960 | $ 1.500.000 | $ 104.400 | (CCF34) COFREM | $ 1.500.000 | $ 60.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 464.400 |



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

¡El Poder de lo SIMPLE!

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

7875

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 33.020.001 | $ 33.020.001 | $ 33.020.001 | $ 33.020.001 | $ 5.283.300 | $ 1.320.900 | $ 2.076.100 | $ 1.320.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 10.001.200 | $ 0 | $ 10.001.200 |

7896

# INFORME AMBIENTAL


*Carrera 16 # 24-03 Barrio Olímpico - Popular*
*6701469 - 6701465*
*contactenos@idermeta.gov.co*
*Villavicencio - Meta, Colombia*

7877

| IDERMETA | INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | Código: GES-FO-126 |
|---|---|---|
| | PROCESO DE GESTIÓN ESTRATÉGICA | Vigencia: 08/11/2022 |
| | INFORME DE OBRA | Versión: 01 |

# INFORME DE SEGUIMIENTO AMBIENTAL

# "CONSTRUCCIÓN DE ESCENARIOS DEPORTIVOS MULTIPROPOSITOS EN LA VILLA OLIMPICA DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO DEARTAMENTO DEL META"

**CONTRATO DE OBRA N° 106 DE 2023**

# "CONSTRUCCIÓN DE ESCENARIOS DEPORTIVOS MULTIPROSPOSITO EN LA VILLA OLIMPICA DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO DEPARTAMENTO DEL META".

**SEGUIMIENTO AL PLAN DE MANEJO AMBIENTAL**

**INFORME N° 5**

**PERIODO: 1 al 30 de Septiembre**

**THERLY CONTRERAS PEÑA**

**INGENIERA AMBIENTAL**

**CONSORCIO ESCENARIOS DEPORTIVOS VILLA OLIMPICA 2023**

**VILLAVIENCENCIO, META**

## CONTENIDO

1.INTRODUCCIÓN ..... 3
2.OBJETIVO GENERAL ..... 3
2.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS ..... 3
3.LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO ..... 4
4.SEGUIMIENTO AMBIENTAL ..... 5
4.1. Medio abiótico ..... 5
4.1.1. Programa de manejo y disposición de material sobrante de demolición, excavación y construcción. ..... 5
4.1.2. Programa de manejo adecuado de los materiales de construcción ..... 8
4.1.3 Programa de manejo eficiente del agua y vertimientos ..... 11
4.1.4 Programa de manejo de residuos líquidos domésticos ..... 13
4.1.5 Programa de manejo de residuos sólidos y especiales ..... 13
4.2. Medio Biótico ..... 19
4.2.1. Programa de manejo de remoción de cobertura vegetal, descapote y aprovechamiento forestal ..... 19
4.2.2. Programa de manejo de flora ..... 21
4.2.3. Programa de manejo de fauna ..... 21
4.2.4. Programa de manejo de calidad de aire y ruido ..... 21
4.2.5. Programa de manejo de sustancias químicas ..... 26
4.2.6. Programa de manejo de señalización de la obra ..... 28
4.2.7. Programa de manejo de educación ambiental ..... 31
5.ANEXOS ..... 34

## 1.INTRODUCCIÓN

La ejecución del proyecto denominado **"CONSTRUCCIÓN DE ESCENARIOS DEPORTIVOS MULTIPROSPOSITO EN LA VILLA OLIMPICA DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO DEPARTAMENTO DEL META",** surge como necesidad, debido a que las condiciones de los escenarios deportivos ya no cuentan con los espacios aptos para el desarrollo de las actividades de las disciplinas deportivas que se practican (Voleibol, gimnasia, taekwondo, lucha, boxeo y levantamiento de pesas); siendo así, se plantean las mejoras para su ejecución.

Siendo así, el Consorcio Escenarios Deportivos villa olímpica 2023 realiza el seguimiento del plan de manejo ambiental (PMA) establecido según las responsabilidades en cada manejo, reportar los inconvenientes y eventualidades que se presenten en el transcurso de la obra; de igual manera, prevenir la generación de impactos ambientales negativos, cumpliendo con lo propuesto en el plan de manejo ambiental.

El presente documento contiene el informe mensual N° 05 del contratista de obra en el periodo comprendido entre el 01 al 30 de septiembre del año 2023.

## 2.OBJETIVO GENERAL

Hacer seguimiento al plan de manejo ambiental del proyecto **"CONSTRUCCIÓN DE ESCENARIOS DEPORTIVOS MULTIPROSPOSITO EN LA VILLA OLIMPICA DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO DEPARTAMENTO DEL META**", y dar cumplimiento la normatividad ambiental vigente.

### 2.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Realizar monitoreos para control de calidad de aire y ruido.
- Instalar puntos ecológicos en el área de influencia del proyecto y mantener la adecuada separación en la fuente de residuos sólidos.
- Tramitar los permisos pertinentes para las actividades ambientales que lo requieran.

## 3.LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO

El Complejo Deportivo Villa Olímpica se encuentra localizado en la Comuna Número 5 de la ciudad de Villavicencio, la cual está compuesta por los barrios Popular, Dos Mil, Olímpico, Villa Ortiz, Camelias, Cataluña, Bello Horizonte, Nueva Floresta, Estero, Bochica, Macunaima, Ariguani, Vizcaya, Hacaritama, Villa Mélida, Ciudadela San Antonio, Aguas Claras, Danubio, Doña Luz, Remanso, Menegua y Buenos Aires.

El Complejo Deportivo se encuentra en un polígono delimitado de Sur a Norte por la Avenida los Maracos o Carrera 18 y la Calle 25 y de Oriente a Occidente por la Carrera 16 y la Avenida Carrera 19, respectivamente. En la actualidad hay accesibilidad a las instalaciones del Complejo Deportivo por la Calle 25 y la Carrera 16.

La zona donde se está ejecutando la obra del presente seguimiento al PMA, se encuentra ubicada en un polígono delimitado de Sur a Norte por la Avenida los Maracos o Carrera 18 y la Calle 25 y de Oriente a Occidente por la Carrera 16 y la Avenida Carrera 19, respectivamente. En la actualidad hay accesibilidad a las instalaciones del Complejo Deportivo por la Calle 25 y la Carrera 16.

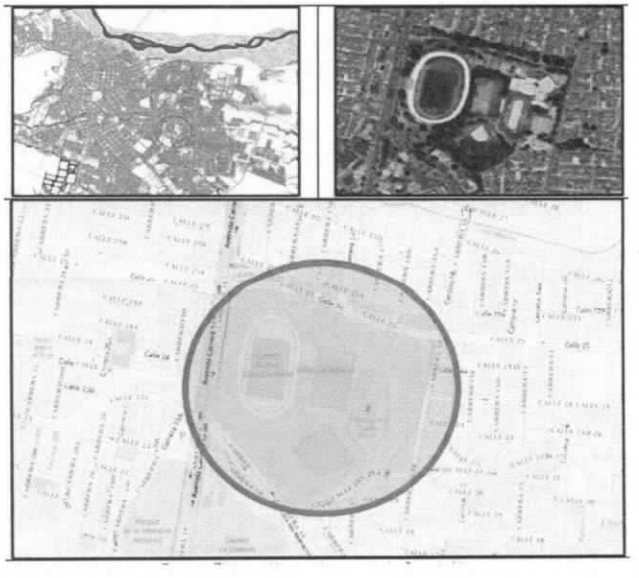
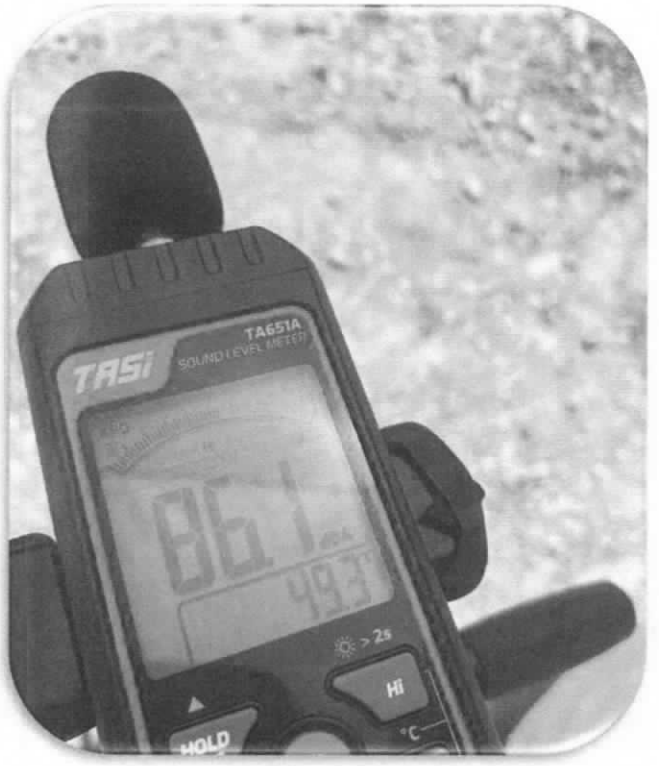


Ilustración 1 LOCALIZACION DEL PROYECTO

### *4.2.4.1. Registro fotográfico*

| | |
|---|---|
|  |  |
| **Observaciones: Instalación de equipo (Sonometro).** | **Observaciones: Monitoreo de ruido para los vehículos de carga pesada.** |



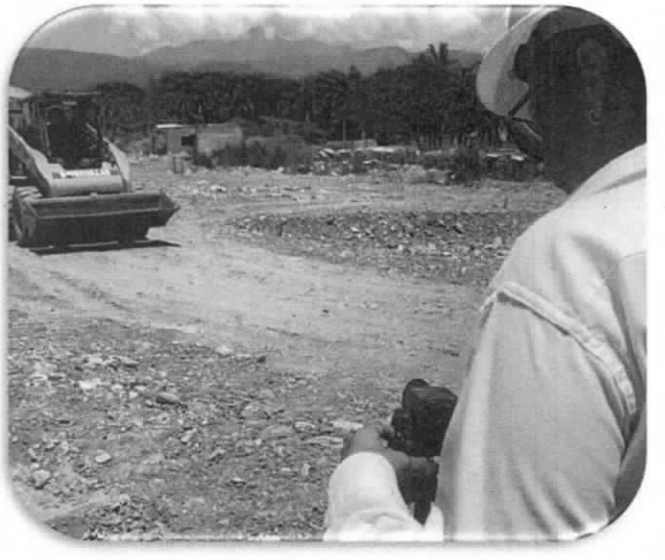

**Observaciones: Medición de tránsito de volquetas.**



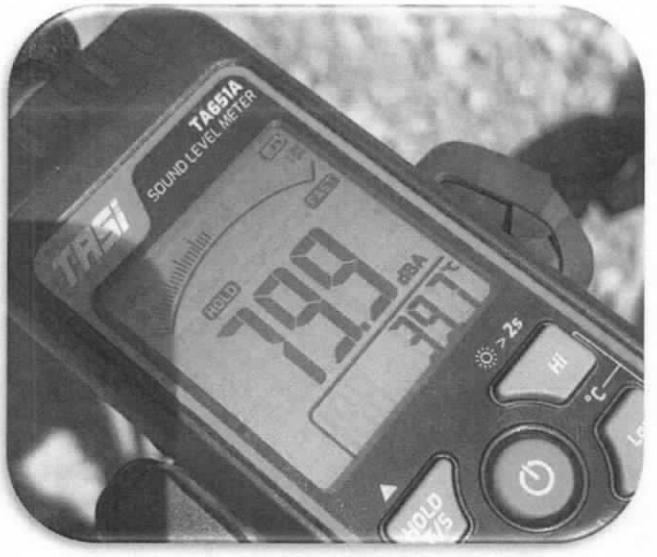

**Observaciones: Medición de velocidad del viento a la hora de realizar la medición de ruido del tránsito de volqueta.**



**Observaciones: Monitoreo de velocidad del viento para determinar si hay mayor incidencia de emisiones de MP.**



**Observaciones: Monitoreo de ruido para tránsito de equipo minicargador.**

| | |
|---|---|
|  |  |
| **Observaciones: Medición de tránsito de minicargador.** | **Observaciones: Monitoreo de velocidad del viento para determinar si hay mayor incidencia de emisiones de MP.** |
|  |  |
| **Observaciones: Medición de manipulación de agregados pétreos con equipo minicargador.** | **Observaciones: Monitoreo de velocidad del viento para determinar si hay mayor incidencia de emisiones de MP.** |

*Fuente: Consorcio Escenarios deportivos*

### 4.2.5. Programa de manejo de sustancias químicas

Para el presente mes se instalan puntos de emergencias en los cuales se encuentran los siguientes elementos para atender posibles incidentes:

1. Kit control derrames
2. Dique para contención de derrames de sustancias químicas.
3. Extintor.
4. Botiquín.
5. Camilla.

De igual manera se realiza construcción de almacenamiento de combustible para maquinaria en donde los recipientes que se encuentran allí son rotulados y el espacio cuenta con la matriz de compatibilidad de sustancias químicas para saber que tipo de sustancias pueden ser almacenadas en el lugar. Se anexa registro fotográfico de lo antes mencionado.

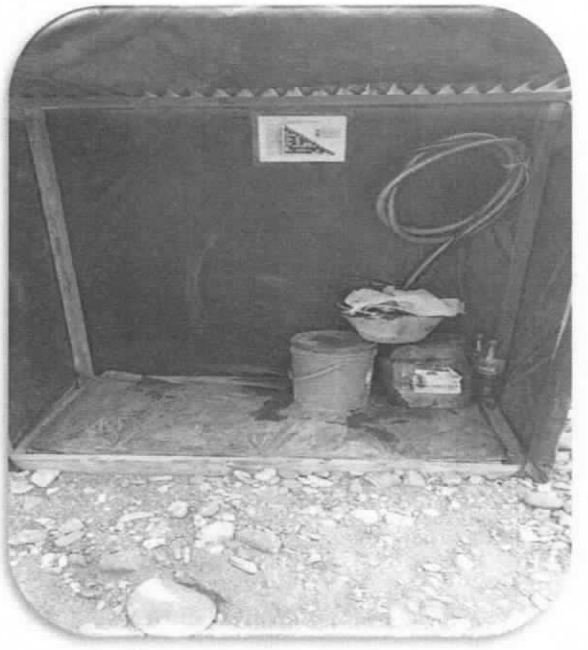
#### *4.2.5.1. Registro fotográfico*







**Observaciones: Acopio de combustibles para maquinaria.**





**Observaciones: Acopio de combustibles para maquinaria.**






**Observaciones: Instalación de punto de emergencias.**

*Fuente: Consorcio Escenarios deportivos*

### 4.2.6. Programa de manejo de señalización de la obra

Para el mes de septiembre se realizaron actividades de señalización de la obra y delimitaciones de zonas de peligro. Se anexa registro fotográfico.

#### *4.2.6.1. Registro fotográfico*





**Observaciones: Señalización en obra.**





**Observaciones: Señalización de zonas de peligro.**

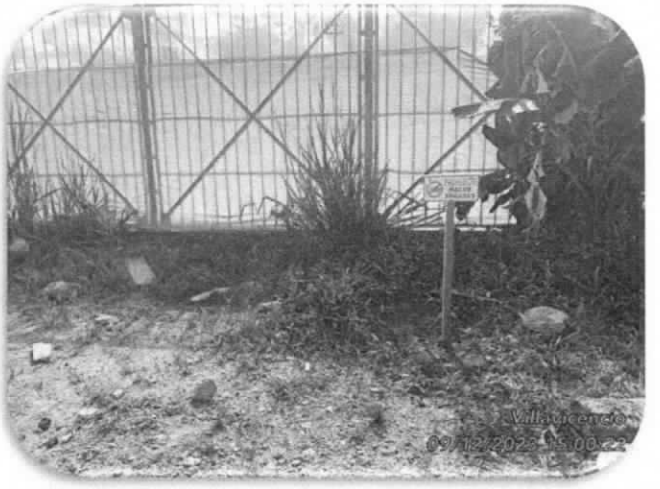






Observaciones: Señalización en obra.




Observaciones: Señalización en obra.





**Observaciones: Señalización en obra.**





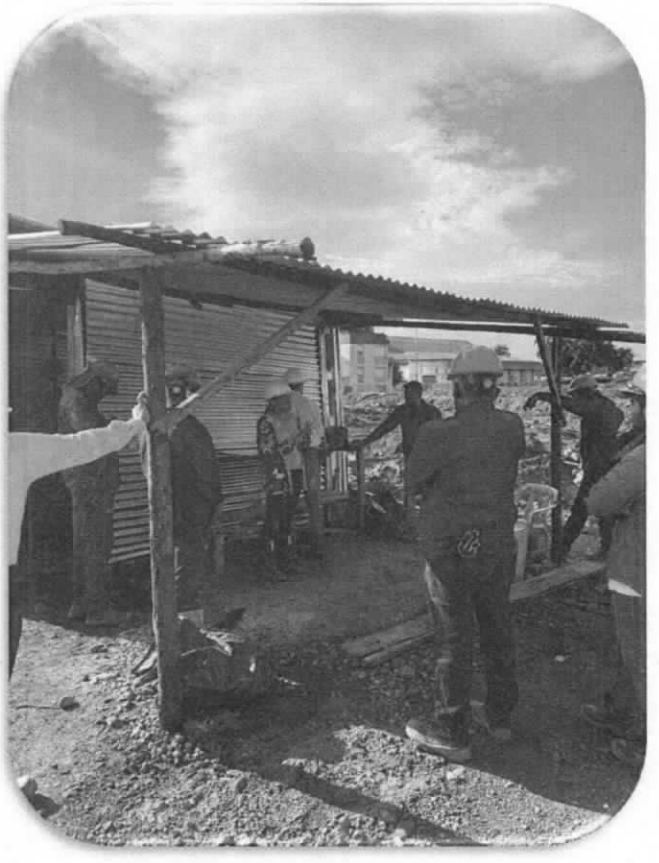
**Observaciones: Señalización de zonas de peligro.**

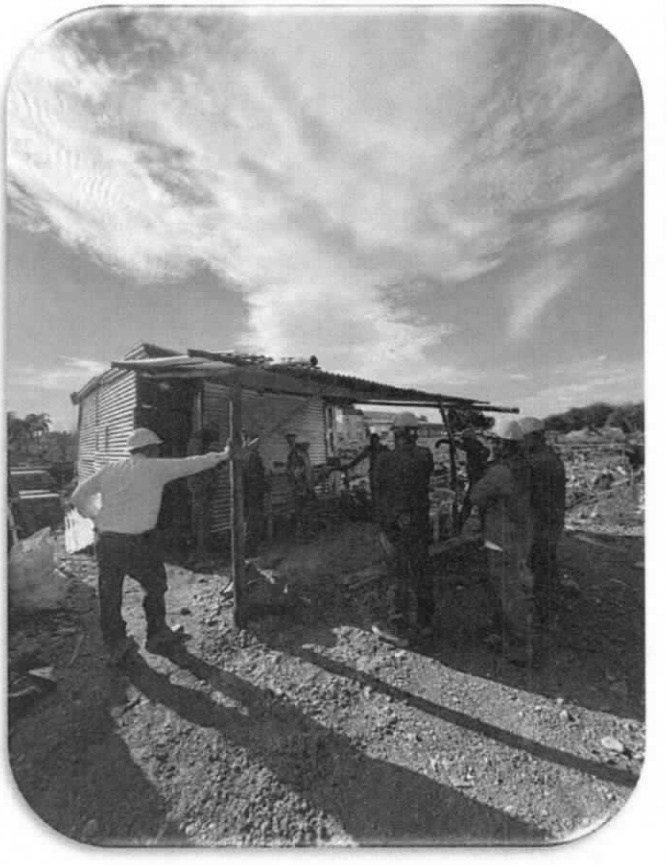
*Fuente: Consorcio Escenarios deportivos*

### 4.2.7. Programa de manejo de educación ambiental

En el mes se realizaron charlas preoperacionales ambientales y de seguridad industrial y adicionalmente se realizó capacitación de seguridad industrial titulada manejo seguro de abrasivos a la cual asistieron los colaboradores del consorcio escenarios deportivos se anexa registro fotográfico.

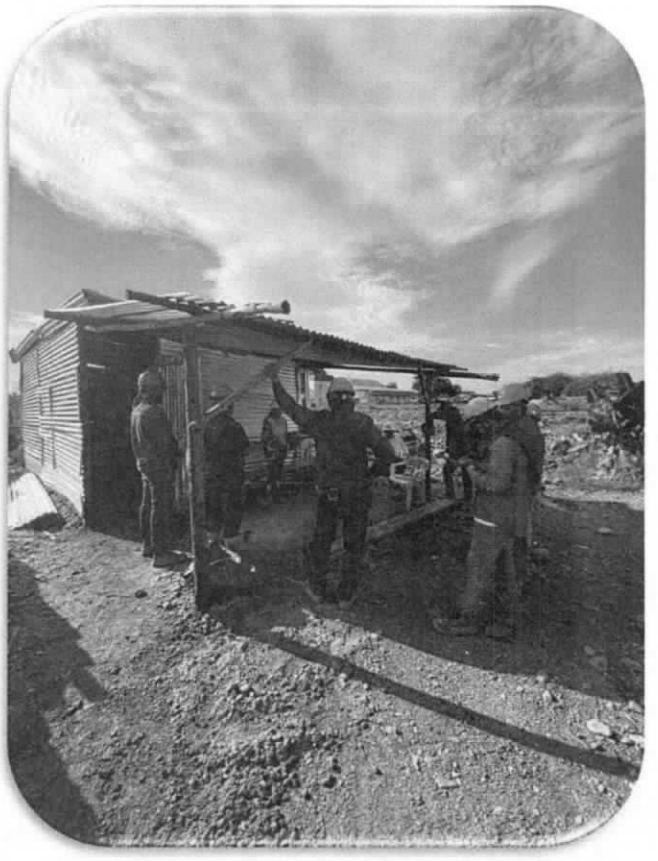
#### *4.2.7.1. Registro fotográfico*





**Observaciones: Socialización del PMA a contratista FCC .**





**Observaciones: Socialización del PMA a contratista FCC .**





**Observaciones: Capacitación manejo seguro de abrasivos.**





**Observaciones: Capacitación manejo seguro de abrasivos.**

*Fuente: Consorcio Escenarios deportivos*

## 5.ANEXOS

**ANEXO 1:** Soportes disposición de materiales RCDs y Excavación.

**ANEXO 2:** Soporte disposición de arena plástica.

**ANEXO 3:** Soportes agregados pétreos.

**ANEXO 4:** Certificación disposición de residuos ordinarios.

**ANEXO 5:** Certificación disposición de material vegetal.

**ANEXO 6:** Formato GES-FO-34 INFORME DE IMPLEMENTACIÓN PMA.

**ANEXO 7:** Asistencia charla socialización del PMA a contratista FCC y asistencia de la capacitación.

Therly CP

**THERLY CONTRERAS PEÑA**

**INGENIERO AMBIENTAL**

**44238437422 GJA**

# 4.SEGUIMIENTO AMBIENTAL

## 4.1. Medio abiótico

A continuación, se presentan los programas que forman parte del componente abiótico del Plan de Manejo Ambiental en las etapas de construcción y todas las actividades a desarrollar con respecto a lo aplicable de cada ficha de manejo ambiental en el periodo comprendido al presente informe.

Estas actividades se ejecutan con el equipo de Gestión Ambiental, y se presentan con una breve descripción de las operaciones realizados en cada programa de manejo ambiental, donde se relaciona el período evaluado, su respectivo avance o condición actual, y a su vez, se incluye si aplica, el registro fotográfico o anexo documental asociado.

### 4.1.1. Programa de manejo y disposición de material sobrante de demolición, excavación y construcción.

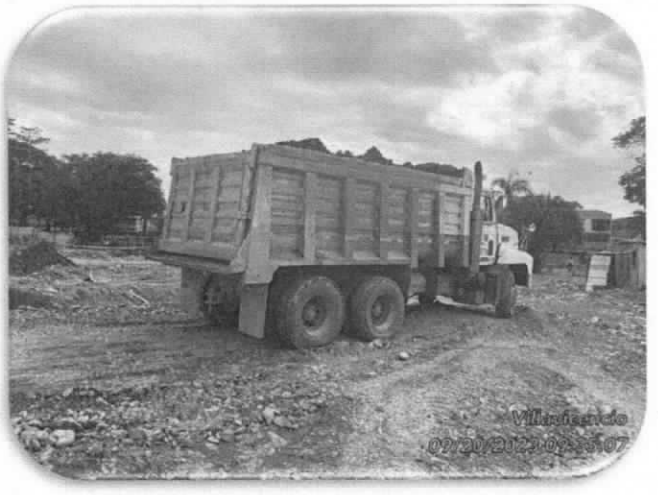
Se continua con la disposición de residuos de demolición y excavación en el lugar autorizado para la ejecución de la actividad (ZODME Guatiquia); adicionalmente, se retira material (Arena Plástica) que se encontraba en el área de construcción del escenario 2, la entidad por medio de correo electrónico solicitó al consorcio realizar disposición final del material. Las volquetas que efectúan el movimiento cubren el material del volcó para reducir las emisiones de material particulado en el trayecto de la obra al sitio de disposición.

A continuación, se discrimina el tipo de material y la cantidad dispuesta en el sito autorizado:

| Mes | Tipo de material | Volumen dispuesto (m3) en sitio autorizado |
|---|---|---|
| SEPTIEMBRE | Excavación | 2354 |
| | RCD | 1216 |
| | Arena plástica | 96 |

*Tabla 1: Consolidado de material dispuesto*

### *4.1.1.1. Registro fotográfico*

<table>
<tr><td> 
</td><td> 
</td></tr>
<tr><td>Observaciones: Transporte de RCD a sitio autorizado.</td><td>Observaciones: Cargue de material excavación.</td></tr>
<tr><td>  </td><td> 
</td></tr>
<tr><td>Observaciones: Transporte de material excavación a sitio de disposición.</td><td>Observaciones: Cargue de material excavación.</td></tr>
</table>







**Observaciones: Retiro de arena plástica encontrada en área del escenario 2.**







**Observaciones: Cargue de arena plástica a volqueta.**

*Fuente: Consorcio Escenarios deportivos*

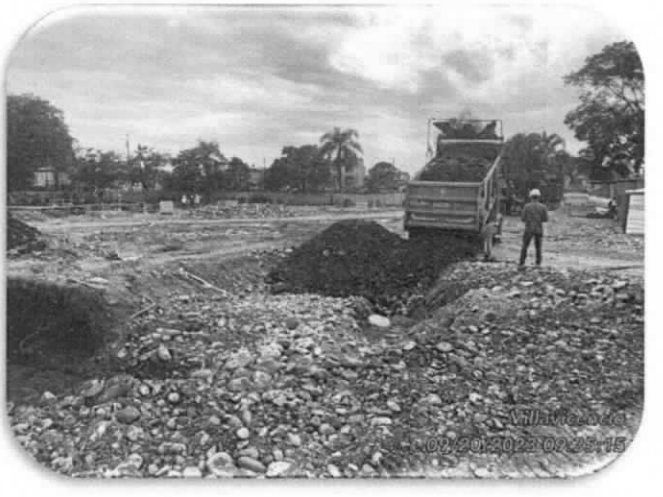
### 4.1.2. Programa de manejo adecuado de los materiales de construcción

Los materiales que ingresan a la obra algunos se utilizan de manera inmediata, y otros se han dejado acopiados temporalmente para ser utilizados cuando sean requeridos. El material que se deja acopiado se señaliza con cinta de peligro y con una señal de polietileno, se cubren con plástico negro para reducir las emisiones de MP. La empresa que realiza el suministro de agregados pétreos cumple con los permisos de explotación minera por parte de la autoridad ambiental (CORMACARENA).

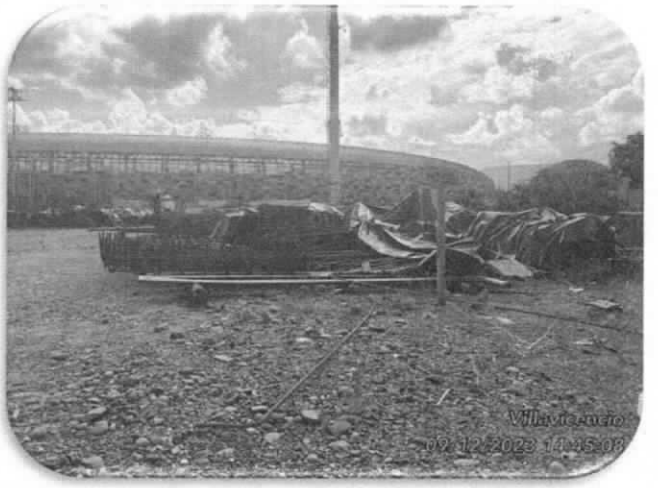
| Mes | Materiales utilizados en obra | | Visitas de inspección realizadas a los acopios de materiales de construcción | Cantidad de sitios de acopio de materiales de construcción |
|---|---|---|---|---|
| | Tipo de material | Volumen (m3) | | |
| SEPTIEMBRE | Arena planta | 32 | 0 | 0 |
| | Arena rio | 148 | 0 | 0 |
| | Crudo de rio | 144 | 0 | 0 |
| | Grava ¾" | 32 | 0 | 0 |
| | Piedra ciclopio | 42 | 0 | 0 |
| | Relleno 2" | 1924 | 0 | 0 |
| | Relleno 3" | 16 | 0 | 0 |
| | Sub Base | 280 | 0 | 0 |

*Tabla 2: Seguimiento de materiales de construcción*

### *4.1.2.1. Registro fotográfico*

| | |
|---|---|
|  |  |
| **Observaciones: Material acopiado señalizado y cubierto.** | **Observaciones: Acopio de agregado pétreo cubierto.** |
|  |  |
| **Observaciones: Señalización y cubrimiento de acopio de material.** | **Observaciones: Descargue de material pétreo.** |





**Observaciones: Material hierro acopiado señalizado y cubierto.**



**Observaciones: Material hierro acopiado señalizado y cubierto.**




**Observaciones: Acopio de material señalizado.**

*Fuente: Consorcio Escenarios deportivos*

### 4.1.3 Programa de manejo eficiente del agua y vertimientos

De acuerdo con el personal de la obra se cuenta con tres puntos de hidratación fijos para que el personal consuma agua durante la jornada laboral, dado que por las arduas jornadas de trabajo y las altas temperaturas climáticas es de gran importancia mantener a los colaboradores hidratados, y con ello minimizar posibles emergencias. Con relación al agua que se utiliza para el uso de las unidades sanitarias, se almacena en tanques con tapa para evitar la proliferación de vectores.

Se realiza limpieza de las unidades sanitarias dos veces por semana, de tal manera que se mantienen aseadas y con los elementos necesarios para su uso (papel higiénico y caneca para desechos), adicionalmente, se encuentran conectada al sistema de alcantarillado del municipio de Villavicencio, lo cual nos indica que las aguas residuales generadas en la obra reciben un adecuado tratamiento.

#### *4.1.3.1. Registro fotográfico*

| | |
|---|---|
|  |  |
| **Observaciones: Punto de hidratación instalado en el almacen.** | **Observaciones: Punto de hidratación instalado en oficinas.** |




Observaciones: Punto de hidratación instalado en portería.



OBSERVACIONES: Unidad sanitaria aseada y con elementos para su uso.






Observaciones: Unidades sanitarias de la obra.




**Observaciones: Almacenamiento de agua para uso de unidades sanitarias.**

*Fuente: Consorcio Escenarios deportivos*

### 4.1.4 Programa de manejo de residuos líquidos domésticos

En el área del proyecto no se encuentran cuerpos de agua superficiales los cuales puedan ser contaminados; sin embargo, los vertimientos de aguas residuales están prohibidas dentro de la influencia del proyecto.

### 4.1.5 Programa de manejo de residuos sólidos y especiales

Se realiza separación de residuos en el punto ecológico ubicado en la obra. Los residuos ordinarios se dejan en la puerta de la obra 3 veces a la semana para ser recogidos por la empresa prestadora del servicio público Bioagricola, el cual realiza la disposición final en el relleno sanitario de Villavicencio, dado que cuenta con los permisos ambientales necesarios para la actividad. Los residuos aprovechables (plásticos) son almacenados temporalmente para ser entregados a terceros autorizados para la recolección y tratamiento de estos.

Se realiza jornadas de orden y aseo en el área para garantizar que las zonas de trabajo se encuentren limpias, a partir del desmantelamiento del campamento de villa olímpica ubicado en el escenario 2 se generaron RESPEL y Residuos ordinarios los cuales se dispusieron en Ecofuturista y Bioagricola, se anexa registro fotográfico y soporte documental de la actividad.

### *4.1.5.1. Registro fotográfico*





**Observaciones: Punto ecológico instalado en el área de trabajo.**







**Observaciones: Jornada de orden y aseo.**



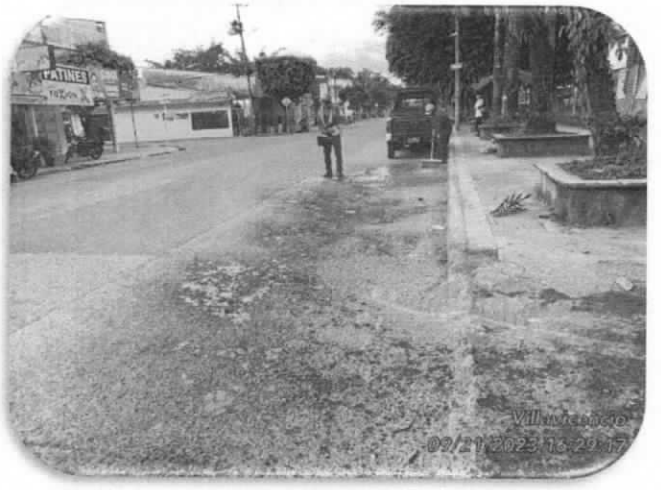


**Observaciones: Jornada de orden y aseo.**





**Observaciones: Limpieza de entrada y salida de volquetas.**







Observaciones: Limpieza de entrada y salida de volquetas.




Observaciones: Arreglo de zona peatonal.




Observaciones: Limpieza de entrada y salida de volquetas.







**Observaciones: Limpieza de entra y salida de personal de obra.**







**Observaciones: Jornada orden y aseo.**







**Observaciones: Limpieza de entrada y salida de volquetas.**






**Observaciones: Retiro de residuos generados por el campamento de villa olímpica.**






**Observaciones: Retiro de residuos generados por el campamento de villa olímpica.**

*Fuente: Consorcio Escenarios deportivos*

### 4.2. Medio Biótico

A continuación, se presentan los programas que forman parte del componente biótico del Plan de Manejo Ambiental en las etapas de construcción y la instalación de todos los componentes necesarios para poner en marcha el del contrato. El seguimiento se realiza por el profesional encargado del área ambiental con el apoyo de la brigada BOAL.

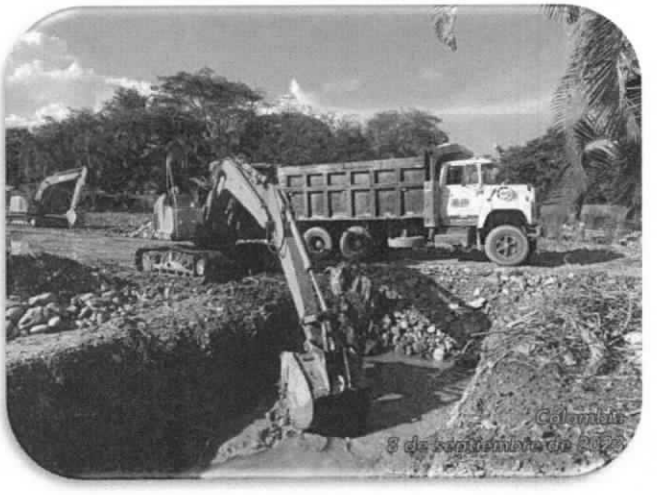
### 4.2.1. Programa de manejo de remoción de cobertura vegetal, descapote y aprovechamiento forestal

En el mes de septiembre se culmina con el retiro de madera generada por la tala de los árboles y de una raíz que se retiró la cual ya se encontraba en el área de trabajo antes de la intervención del consorcio. Se anexa registro fotográfico del cargue del material vegetal a volqueta y la certificación de disposición del material en el sitio autorizado (Finca Villa Fanny).

### *4.2.1.1. Registro fotográfico*

<table>
<tr><td>  </td><td>  </td></tr>
<tr><td colspan="2">Observaciones: Residuos vegetales faltantes por disposición final.</td></tr>
<tr><td>  </td><td>  </td></tr>
<tr><td>Observaciones: Residuos vegetales faltantes por disposición final.</td><td>Observaciones: Cargue de residuos a vehículo para el transporte hacia sitio de disposición final.</td></tr>
</table>



**Observaciones: Cargue de residuos a vehículo para el transporte hacia sitio de disposición final.**

*Fuente: Consorcio Escenarios deportivos*

### 4.2.2. Programa de manejo de flora

Los individuos arbóreos presentes en la zona de influencia del proyecto no están siendo afectados por las actividades de obra civil que se llevan a cabo.

### 4.2.3. Programa de manejo de fauna

En el mes de ejecución del presente informe no fue necesario realizar ahuyentamiento de especies de animales en el proyecto y tampoco fue necesario realizar llamado a las autoridades ambientales para realizar rescate.

### 4.2.4. Programa de manejo de calidad de aire y ruido

Para el presente informe se realizó un barrido de frecuencias, entendiendo esta actividad como una caracterización de los principales focos de emisión de ruido de acuerdo con las actividades desarrolladas en la obra. Una vez se determinaron las actividades de mayor incidencia, se caracteriza cada actividad, de acuerdo con su periodicidad, las actividades criticas serán aquellas cuyos valores en dBA sean los valores más altos registrados en el respectivo barrido de frecuencias.

Las mediciones se realizaron a una distancia de 1.50 metros con respecto de la fuente sonora y 1.20 de altura con respecto a la base de la fuente emisora; cabe resaltar que esto se hará siempre y cuando las condiciones locativas del medio permitan dicho cumplimiento. Además de tener presentes las velocidades de viento que en cumplimiento no deben superar los 3 m/s; si los niveles del viento superan este parámetro se deberá usar la pantalla anti-viento para que las mediciones no se vean afectadas por ello. En la siguiente tabla observamos las actividades de mayor influencia y los registros de las mediciones realizadas en el mes de octubre.

| FORMATO PARA VERIFICACION DE RUIDO EMISION | |
|---|---|
| **FECHA:** 19-09-2023 | **HORA:** 9:30 |
| **EQUIPOS DE MEDICION:** Sonómetro - Anemómetro | **MARCA:** (TASI) TA651A |
| **MARCA ANEMOMETRO:** (UNI-T) UT365S | |
| **ACTIVIDADES:** Tránsito de vehículos pesados y maquinaria, cargue y descargue de agregados pétreos | |
| **ES UNA ACTIVIDAD RUTINARIA:** SI ■ NO □ | |
| **TEMPERATURA AMBIENTE:** 36° C | |
| **VELOCIDAD DEL VIENTO:** 1.54 m/s – 1.60 m/s – 1.34 m/s | |
| **DATO REGISTRADO EN dBA** | 86.1 dBA – 79.9 dBA – 81.4 dBA |
| **OBSERVACIONES:** Se observa que las actividades con más emisiones de ruido para el presente informe son las del cargue y descargue de agregados pétreos, dando como resultado la medición un valor de 86.1 Dba, y teniendo en cuenta los valores permisibles de acuerdo con la resolución (627) de 07 de abril de 2006 y al sector que nos caracteriza (**Sector C. Ruído Intermedio Restringido**) son de 80 dBA se excede el valor permitido de ruido; cabe resaltar que dado que la obra se encuentra en un lugar abierto, la influencia del ruido externo aumenta los valores de los monitoreos y que por tal razón se infiere que el transito y las actividades externas a la obra, influyen en gran medida con las emisiones generadas por las actividades que se realizan en la obra. De igual manera como medida de prevención con los colaboradores que realizan la actividad, se les indica colocar tapa oídos para que su salud no sea perjudicada. En cuanto a los monitoreos de aire con el Anemómetro la velocidad del viento no sobrepaso el limite de velocidad permisible para realizar el monitoreo de ruido, es decir que la velocidad del viento no era lo suficientemente fuerte como para general gran cantidad de emisiones de material particulado en el área de influencia de la obra; sin embargo como medidas de control, se realiza riego de vías de tránsito de los vehículos y equipos. | |

*Tabla 3: Monitoreos ambientales*

7912

| IDERMETA | INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META | Código: GES-FO-126 |
|---|---|---|
| | PROCESO DE GESTIÓN ESTRATÉGICA | Vigencia: 08/11/2022 |
| | INFORME DE OBRA | Versión: 01 |

# PLAN DE MANEJO AMBIENTAL

# SOPORTE DE DISPOSICIÓN DE RCDs Y EXCAVACIÓN

7913

ZG ZODME GUATIQUIA

# ORDEN REMISIÓN

Nº 9436

NIT. 901.313.682-5

9436

CEL. 350 370 8354 - 304 602 7258
zodmeguatiquia@gmail.com

Fecha: 18/09/2023 Placa: THP 763

Cliente: Escenarios Deportivos

Conductor: Jhon Pinzon Hora de Descargue: 8:50 a.m.

| Cant. M | Ton | DETALLE | TOTAL |
|---|---|---|---|
| 16 | | Ejecucion | 16 |
| | | | |
| | | Villa Olimpica | |
| | | TOTAL | 16 |

AUTORIZADO POR

RECIBI A SATISFACCION

7914

ZG ZODME GUATIQUIA

NIT. 901.313.682-5

# ORDEN REMISIÓN

Nº 9313

9313

CEL. 350 370 8354 - 304 602 7258
zodmeguatiquia@gmail.com

Fecha: 18/09/2023 Placa: JVG 11

Cliente: Creamos Deportiva

Conductor: Walter Pinto Hora de Descargue: 9:12 am

| Cant. M | Ton | DETALLE | TOTAL |
|---|---|---|---|
| 16 | | Excavacion | 16 |
| | | | |
| | | Villa Olimpica | |
| | | TOTAL | 16 |

AUTORIZADO POR

RECIBIA SATISFACCION

7915

ZG ZODME GUATIQUIA

NIT. 901.313.682-5

# ORDEN DE MISIÓN

Nº 8918

CEL. 350 370 8354 - 304 602 7258
zodmeguatiquia@gmail.com

Fecha: 11-09/2023 Placa: SYB 526

Cliente: Fronteras Deportivas

Conductor: Arevalo Celeryn Hora de Descargue: 9.00 am

| Cant. M | Ton | DETALLE | TOTAL |
|---|---|---|---|
| 11 | | Excavacion | 16 |
| | | | |
| | | Otra Compra | |
| | | TOTAL | 16 |

AUTORIZADO POR

RECIBI A SATISFACCION

Powered by CamScanner

7916

ZG ZODME GUATIQUIA

NIT. 901.313.682-5

**ORDEN REMISIÓN**

Nº 9641

CEL. 350 370 8354 - 304 602 7258
zodmeguatiquia@gmail.com

Fecha: Placa:

Cliente:

Conductor: Hora de Descargue:

| Cant. M | Ton | DETALLE | TOTAL |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | TOTAL | |

AUTORIZADO POR

RECIBI A SATISFACCION

ZG ZODME GUATIQUIA

NIT. 901.313.682-5

**ORDEN REMISIÓN**

Nº 9642

CEL. 350 370 8354 - 304 602 7258
zodmeguatiquia@gmail.com

Fecha: Placa:

Cliente:

Conductor: Hora de Descargue:

| Cant. M | Ton | DETALLE | TOTAL |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | TOTAL | |

AUTORIZADO POR

RECIBI A SATISFACCION

7917

ZG ZODME GUATIQUIA

NIT. 901.313.682-5

**ORDEN REMISIÓN**

Nº 9476

CEL. 350 370 8354 - 304 602 7258
zodmeguatiquia@gmail.com

Fecha: 26/09/2023 Placa: TMF 76C

Cliente: Escuela Deportiva

Conductor: Iker Pinzon Hora de Descargue: 2:27

| Cant. M | Ton | DETALLE | TOTAL |
|---|---|---|---|
| 16 | | Excavacion | 16 |
| | | | |
| | | Villa Olimpica | |
| | | TOTAL | 16 |

AUTORIZADO POR

RECIBI A SATISFACCION

ZG ZODME GUATIQUIA

NIT. 901.313.682-5

**ORDEN REMISIÓN**

Nº 9473

CEL. 350 370 8354 - 304 602 7258
zodmeguatiquia@gmail.com

Fecha: 26/09/2023 Placa: SWK 39F

Cliente: Escuela Deportiva

Conductor: Marco Rodriguez Hora de Descargue: 1:57

| Cant. M | Ton | DETALLE | TOTAL |
|---|---|---|---|
| 16 | | Excavacion | 16 |
| | | | |
| | | Villa Olimpica | |
| | | TOTAL | 16 |

AUTORIZADO POR

RECIBI A SATISFACCION

7918

ZG ZODME GUATIQUIA

NIT. 901.313.682-5

**ORDEN REMISIÓN**

Nº 8859

CEL. 350 370 8354 - 304 602 7258
zodmeguatiquia@gmail.com

cha: 8/09/2023 Placa: SWK 398

nte: Escenario Deportivo

ductor: Cristian Beltran Hora de Descargue: 9:30am

| nt. M | Ton | DETALLE | TOTAL |
|---|---|---|---|
| 1 | | Excavacion. | 16 |
| | | | |
| | | Villa Olimpica | |
| | | TOTAL | 16 |

AUTORIZADO POR

RECIBI A SATISFACCION

ZG ZODME GUATIQUIA

NIT. 901.313.682-5

**ORDEN REMISIÓN**

Nº 8861

CEL. 350 370 8354 - 304 602 725
zodmeguatiquia@gmail.com

Fecha: 08/09/2023 Placa: SVB 52C

Cliente: Escenario Deportivo

Conductor: Marcelo Velasquez Hora de Descargue: 9:45am

| Cant. M | Ton | DETALLE | TOTAL |
|---|---|---|---|
| 16 | | Excavacion | 16 |
| | | | |
| | | Villa Olimpica | |
| | | TOTAL | 16 |

AUTORIZADO POR

RECIBI A SATISFACCION

Powered by CamScanner

7919

ZG ZODME GUATIQUIA

NIT. 901.313.682-5

**ORDEN REMISIÓN**

Nº 9411

CEL. 350 370 8354 - 304 602 7258
zodmeguatiquia@gmail.com

Fecha: 19/09/2023 Placa: JVC 11

Cliente: Empresa Extractiva

Conductor: Hora de Descargue:

| Cant. M | Ton | DETALLE | TOTAL |
|---|---|---|---|
| 1 | | Excavacion | 11 |
| | | | |
| | | Lita Chapira | |
| | | TOTAL | 11 |

AUTORIZADO POR

RECIBI A SATISFACCION

ZG ZODME GUATIQUIA

NIT. 901.313.682-5

**ORDEN REMISIÓN**

Nº 9418

CEL. 350 370 8354 - 304 602 7258
zodmeguatiquia@gmail.com

Fecha: 19/09/2023 Placa: TXC 457

Cliente: Empresa Extractiva

Conductor: Hora de Descargue:

| Cant. M | Ton | DETALLE | TOTAL |
|---|---|---|---|
| 11 | | Excavacion | 11 |
| | | | |
| | | Lita Chapira | |
| | | TOTAL | 11 |

AUTORIZADO POR

RECIBI A SATISFACCION

ZG ZODME GUATIQUIA

NIT. 901.313.682-5

ORDEN REMISIÓN

Nº 9310

CEL. 350 370 8354 - 304 602 7258
zodmeguatiquia@gmail.com

9310

Fecha: 18/09/2023 Placa: IVE 11C

Cliente: Escuela Deportiva

Conductor: Marco Pinto Hora de Descargue: 7 AM

| Cant. M | Ton | DETALLE | TOTAL |
|---|---|---|---|
| 16 | | Excavacion | 16 |
| | | | |
| | | Villa Olimpica | |
| | | TOTAL | 16 |

AUTORIZADO POR

RECIBI A SATISFACCION

ZG ZODME GUATIQUIA

NIT. 901.313.682-5

ORDEN REMISIÓN

Nº 9312

7720

CEL. 350 370 8354 - 304 602 7258
zodmeguatiquia@gmail.com

9312

Fecha: 18/09/2023 Placa: SVI 526

Cliente: Escuela Deportiva

Conductor: Placa Cabezote Hora de Descargue: 9:10 am

| Cant. M | Ton | DETALLE | TOTAL |
|---|---|---|---|
| 16 | | Excavacion | 16 |
| | | | |
| | | Villa Olimpica | |
| | | TOTAL | 16 |

AUTORIZADO POR

RECIBI A SATISFACCION

ZG ZODME GUATIQUIA

NIT. 901.313.682-5

ORDEN REMISIÓN

Nº 9309

CEL. 350 370 8354 - 304 602 7258
zodmeguatiquia@gmail.com

9309

Fecha: 18/09/2023 Placa: TTP 763

Cliente: Escuela Deportiva

Conductor: Thor Pirela Hora de Descargue: 7 AM

| Cant. M | Ton | DETALLE | TOTAL |
|---|---|---|---|
| 16 | | Excavacion | 16 |
| | | | |
| | | Villa Olimpica | |
| | | TOTAL | 16 |

AUTORIZADO POR

RECIBI A SATISFACCION

ZG ZODME GUATIQUIA

NIT. 901.313.682-5

ORDEN REMISIÓN

Nº 9381

CEL. 350 370 8354 - 304 602 7258
zodmeguatiquia@gmail.com

Fecha: 19/07/2023 Placa: TUG 01

Cliente: Escuela Deportiva

Conductor: Hoc Pinto Hora de Descargue: 9:40 am

| Cant. M | Ton | DETALLE | TOTAL |
|---|---|---|---|
| 6 | | Excavar | 6 |
| | | | |
| | | Cuba Chapa | |
| | | TOTAL | 6 |

AUTORIZADO POR

RECIBI A SATISFACCION

---

ZG ZODME GUATIQUIA

NIT. 901.313.682-5

ORDEN REMISIÓN

Nº 9379

CEL. 350 370 8354 - 304 602 7258
zodmeguatiquia@gmail.com

7921

Fecha: 19/07/2023 Placa: SVR 521

Cliente: Escuela Deportiva

Conductor: Hoc Pinto Hora de Descargue: 9:40 am

| Cant. M | Ton | DETALLE | TOTAL |
|---|---|---|---|
| 6 | | Excavar | 6 |
| | | | |
| | | Cuba Chapa | |
| | | TOTAL | 6 |

AUTORIZADO POR

RECIBI A SATISFACCION

---

ZG ZODME GUATIQUIA

NIT. 901.313.682-5

ORDEN REMISIÓN

Nº 9376

CEL. 350 370 8354 - 304 602 7258
zodmeguatiquia@gmail.com

Fecha: 19/07/2023 Placa: TMP 307

Cliente: Escuela Deportiva

Conductor: Hoc Pinto Hora de Descargue: 9:40 am

| Cant. M | Ton | DETALLE | TOTAL |
|---|---|---|---|
| 6 | | Excavación | 6 |
| | | | |
| | | Cuba Chapa | |
| | | TOTAL | 6 |

AUTORIZADO POR

RECIBI A SATISFACCION

7922

ZG ZODME GUATIQUIA

NIT. 901.313.682-5

CEL. 350 370 8354 - 304 602 7258
zodmeguatiquia@gmail.com

**ORDEN REMISIÓN**

Nº 9206

9206

Fecha: 14/09/2023 Placa: SYR 526

Cliente: Escenarios Deportivos

Conductor: Arcadio Valencia Hora de Descargue: 3:30 pm

| Cant. M | Ton | DETALLE | TOTAL |
|---|---|---|---|
| 16 | | Excavacion | 16 |
| | | | |
| | | Villa Olimpica | |
| | | TOTAL | 16 |

AUTORIZADO POR

RECIBI A SATISFACCION

---

ZG ZODME GUATIQUIA

NIT. 901.313.682-5

CEL. 350 370 8354 - 304 602 7258
zodmeguatiquia@gmail.com

**ORDEN REMISIÓN**

Nº 9207

9207

Fecha: 14/09/2023 Placa: SWR 348

Cliente: Escenarios Deportivos

Conductor: Cristian Bolaños Hora de Descargue: 4:15 pm

| Cant. M | Ton | DETALLE | TOTAL |
|---|---|---|---|
| 16 | | Excavacion | 16 |
| | | | |
| | | Villa Olimpica | |
| | | TOTAL | 16 |

AUTORIZADO POR

RECIBI A SATISFACCION

---

ZG ZODME GUATIQUIA

NIT. 901.313.682-5

CEL. 350 370 8354 - 304 602 7258
zodmeguatiquia@gmail.com

**ORDEN REMISIÓN**

Nº 9205

9205

Fecha: 14/09/2023 Placa: OSG 17A

Cliente: Escenarios Deportivos

Conductor: Luis Cepeda Hora de Descargue: 3:14 pm

| Cant. M | Ton | DETALLE | TOTAL |
|---|---|---|---|
| 6 | | Excavacion | 6 |
| | | | |
| | | Villa Olimpica | |
| | | TOTAL | 6 |

AUTORIZADO POR

RECIBI A SATISFACCION

ZG ZODME GUATIQUIA

NIT. 901.313.682-5

CEL. 350 370 8354 - 304 602 7258

zodmeguatiquia@gmail.com

**ORDEN REMISIÓN**

Nº 9198

9198

Fecha: 14/09/2023 Placa: SVB 52C

Cliente: Ciraccio Deportivo

Conductor: Arevalo Velasquez Hora de Descargue: 1:30pm

| Cant. M | Ton | DETALLE | TOTAL |
|---|---|---|---|
| 16 | | Excavacion | 16 |
| | | | |
| | | Villa Olimpica | |
| | | TOTAL | 16 |

AUTORIZADO POR

RECIBI A SATISFACCION

ZG ZODME GUATIQUIA

NIT. 901.313.682-5

CEL. 350 370 8354 - 304 602 7258

zodmeguatiquia@gmail.com

**ORDEN REMISIÓN**

Nº 9203

7923

9203

Fecha: 14/09/2023 Placa: THP 763

Cliente: Ciraccio Deportivo

Conductor: Jhon Pineda Hora de Descargue: 2:45pm

| Cant. M | Ton | DETALLE | TOTAL |
|---|---|---|---|
| 16 | | Excavacion | 16 |
| | | | |
| | | Villa Olimpica | |
| | | TOTAL | 16 |

AUTORIZADO POR

RECIBI A SATISFACCION

ZG ZODME GUATIQUIA

NIT. 901.313.682-5

CEL. 350 370 8354 - 304 602 7258

zodmeguatiquia@gmail.com

**ORDEN REMISIÓN**

Nº. 9196

9156

Fecha: 14/09/2023 Placa: SXC 452

Cliente: Ciraccio Deportivo

Conductor: Cesar Piaño Hora de Descargue: 11:25am

| Cant. M | Ton | DETALLE | TOTAL |
|---|---|---|---|
| 11 | | Excavacion | 16 |
| | | | |
| | | Villa Olimpia | |
| | | TOTAL | 16 |

AUTORIZADO POR

RECIBI A SATISFACCION

Powered by CamScanner

7924

ZG ZODME GUATIQUIA

NIT. 901.313.682-5

CEL. 350 370 8354 - 304 602 7258
zodmeguatiquia@gmail.com

**ORDEN REMISIÓN**

Nº 8847

Fecha: 07/09/2023 Placa: SWG 611

Cliente: Ferreteria Reportivo

Conductor: Fabian Bolivar Hora de Descargue: 2:45pm

| Cant. M | Ton | DETALLE | TOTAL |
|---|---|---|---|
| 16 | | Excavacion | 16 |
| | | | |
| | | Villa Olimpica | |
| | | TOTAL | 16 |

AUTORIZADO POR

RECIBI A SATISFACCION

---

ZG ZODME GUATIQUIA

NIT. 901.313.682-5

CEL. 350 370 8354 - 304 602 7258
zodmeguatiquia@gmail.com

**ORDEN REMISIÓN**

Nº 8823

Fecha: 11/09/2023 Placa: SWK 547

Cliente: Ferreteria Reportivo

Conductor: Fabian Bolivar Hora de Descargue: 9:30am

| Cant. M | Ton | DETALLE | TOTAL |
|---|---|---|---|
| 16 | | Excavacion | 16 |
| | | | |
| | | Villa Olimpica | |
| | | TOTAL | 16 |

AUTORIZADO POR

RECIBI A SATISFACCION

---

ZG ZODME GUATIQUIA

NIT. 901.313.682-5

CEL. 350 370 8354 - 304 602 7258
zodmeguatiquia@gmail.com

**ORDEN REMISIÓN**

Nº 8825

Fecha: 07/09/2023 Placa: SWK 547

Cliente: Ferreteria Reportivo

Conductor: Fabian Bolivar Hora de Descargue: 1:15pm

| Cant. M | Ton | DETALLE | TOTAL |
|---|---|---|---|
| 16 | | Excavacion | 16 |
| | | | |
| | | Villa Olimpica | |
| | | TOTAL | 16 |

AUTORIZADO POR

RECIBI A SATISFACCION

Powered by CamScanner

ZG ZODME GUATIQUIA

NIT. 901.313.682-5

CEL. 350 370 8354 - 304 602 7258
zodmeguatiquia@gmail.com

**ORDEN REMISIÓN**

Nº 9497

Fecha: 20/09/2023 Placa: SVC 45F

Cliente: Escuela Deportiva

Conductor: Carlos Ricardo Hora de Descargue: 5:00 pm

| Cant. M | Ton | DETALLE | TOTAL |
|---|---|---|---|
| 16 | | Excavador | 16 |
| | | | |
| | | Villa Olimpica | |
| | | TOTAL | 16 |

AUTORIZADO POR

RECIBI A SATISFACCION

---

ZG ZODME GUATIQUIA

NIT. 901.313.682-5

CEL. 350 370 8354 - 304 602 7258
zodmeguatiquia@gmail.com

**ORDEN REMISIÓN**

Nº 9495

7925

Fecha: 20/09/2023 Placa: SWK 34E

Cliente: Escuela Deportiva

Conductor: Ignacio Ibañez Hora de Descargue: 4:16 pm

| Cant. M | Ton | DETALLE | TOTAL |
|---|---|---|---|
| 16 | | Excavador | 16 |
| | | | |
| | | Villa Olimpica | |
| | | TOTAL | 16 |

AUTORIZADO POR

RECIBI A SATISFACCION

---

ZG ZODME GUATIQUIA

NIT. 901.313.682-5

CEL. 350 370 8354 - 304 602 7258
zodmeguatiquia@gmail.com

**ORDEN REMISIÓN**

Nº 9491

Fecha: 21/09/2023 Placa: SVG 01I

Cliente: Escuela Deportiva

Conductor: Marcos Pinzon Hora de Descargue: 4:17 pm

| Cant. M | Ton | DETALLE | TOTAL |
|---|---|---|---|
| | | Excavador | 16 |
| | | | |
| | | | |
| | | TOTAL | 16 |

AUTORIZADO POR

RECIBI A SATISFACCION

ZODME GUATIQUIA

NIT. 901.313.682-5

Nº 9630

CEL. 350 370 8354 - 304 602 7258
zodmeguatiquia@gmail.com

Fecha: 27/09/2023 Placa: SWK 39E

Cliente: Excelsior Deportivo

Conductor: Hoover Suarez Hora de Descargue: 7:50

| Cant. M | Ton | DETALLE | TOTAL |
|---|---|---|---|
| 1C | | Excelsior | 1C |
| | | | |
| | | Villa Olimpica | |
| | | TOTAL | 1C |

AUTORIZADO POR

RECIBI A SATISFACCION

---

ZODME GUATIQUIA

NIT. 901.313.682-5

ORDEN REMISIÓN

Nº 9597

CEL. 350 370 8354 - 304 602 7258
zodmeguatiquia@gmail.com

7926

Fecha: 27/09/2023 Placa: JVC 111

Cliente: Excelsior Deportivo

Conductor: Hoover Suarez Hora de Descargue: 9:00

| Cant. M | Ton | DETALLE | TOTAL |
|---|---|---|---|
| 1C | | Excelsior | 1C |
| | | | |
| | | Villa Olimpica | |
| | | TOTAL | 1C |

AUTORIZADO POR

RECIBI A SATISFACCION

---

ZODME GUATIQUIA

NIT. 901.313.682-5

ORDEN REMISIÓN

Nº 9649

CEL. 350 370 8354 - 304 602 7258
zodmeguatiquia@gmail.com

Fecha: 27-09-2023 Placa: SVB 52E

Cliente: Excelsior Deportivo

Conductor: Hoover Suarez Hora de Descargue: 9:30

| Cant. M | Ton | DETALLE | TOTAL |
|---|---|---|---|
| 1C | | Excelsior | 1C |
| | | | |
| | | Villa Olimpica | |
| | | TOTAL | 1C |

AUTORIZADO POR

RECIBI A SATISFACCION

7927

ZG ZODME GUATIQUIA

NIT. 901.313.682-5

CEL. 350 370 8354 - 304 602 7258
zodmeguatiquia@gmail.com

## ORDEN REMISIÓN

Nº 9612

Fecha: 22/09/2023 Placa: SUK396

Cliente: Cerrajeria Deportiva

Conductor: Hector Florez Hora de Descargue: 10 am

| Cant. M | Ton | DETALLE | TOTAL |
|---|---|---|---|
| 16 | | Excavacion | 16 |
| | | | |
| | | Calle Olimpica | |
| | | TOTAL | 16 |

AUTORIZADO POR

RECIBI A SATISFACCION

---

ZG ZODME GUATIQUIA

NIT. 901.313.682-5

CEL. 350 370 8354 - 304 602 7258
zodmeguatiquia@gmail.com

## ORDEN REMISIÓN

Nº 9616

Fecha: 22/09/2023 Placa: SXC 452

Cliente: Cerrajeria Deportiva

Conductor: Carlos Pinto Hora de Descargue: 11:00am

| Cant. M | Ton | DETALLE | TOTAL |
|---|---|---|---|
| 16 | | Excavacion | 16 |
| | | | |
| | | Calle Olimpica | |
| | | TOTAL | 16 |

AUTORIZADO POR

RECIBI A SATISFACCION

---

ZG ZODME GUATIQUIA

NIT. 901.313.682-5

CEL. 350 370 8354 - 304 602 7258
zodmeguatiquia@gmail.com

## ORDEN REMISIÓN

Nº 9599

Fecha: 22/09/2023 Placa: SXC 452

Cliente: Cerrajeria Deportiva

Conductor: Carlos Pinto Hora de Descargue: 4:25

| Cant. M | Ton | DETALLE | TOTAL |
|---|---|---|---|
| 16 | | Excavacion | 16 |
| | | | |
| | | Calle Olimpica | |
| | | TOTAL | 16 |

AUTORIZADO POR

RECIBI A SATISFACCION

---

ZG ZODME GUATIQUIA

NIT. 901.313.682-5

CEL. 350 370 8354 - 304 602 7258
zodmeguatiquia@gmail.com

## ORDEN REMISIÓN

Nº 9595

Fecha: 21/09/2023 Placa: THT 710

Cliente: Cerrajeria Deportiva

Conductor: Jhon Hoyos Hora de Descargue: 9:00am

| Cant. M | Ton | DETALLE | TOTAL |
|---|---|---|---|
| 16 | | Excavacion | 16 |
| | | | |
| | | Calle Olimpica | |
| | | TOTAL | 16 |

AUTORIZADO POR

RECIBI A SATISFACCION

ZG ZODME GUATIQUIA

NIT. 901.313.682-5

CEL. 350 370 8354 - 304 602 7258
zodmeguatiquia@gmail.com

**ORDEN REMISIÓN**

Nº 9596

Fecha: 21/09/2023 Placa: SXC 452

Cliente: Escuelas Deportivas

Conductor: Hora de Descargue:

| Cant. M | Ton | DETALLE | TOTAL |
|---|---|---|---|
| 16 | | Excavacion | 16 |
| | | | |
| | | Villa Olimpica | |
| | | TOTAL | 16 |

AUTORIZADO POR

RECIBI A SATISFACCION

---

ZG ZODME GUATIQUIA

NIT. 901.313.682-5

CEL. 350 370 8354 - 304 602 7258
zodmeguatiquia@gmail.com

**ORDEN REMISIÓN**

Nº 9620

Fecha: 21/09/2023 Placa:

Cliente: Escuelas Deportivas

Conductor: Hora de Descargue:

| Cant. M | Ton | DETALLE | TOTAL |
|---|---|---|---|
| 16 | | Excavacion | 16 |
| | | | |
| | | Villa Olimpica | |
| | | TOTAL | 16 |

AUTORIZADO POR

RECIBI A SATISFACCION

---

ZG ZODME GUATIQUIA

NIT. 901.313.682-5

CEL. 350 370 8354 - 304 602 7258
zodmeguatiquia@gmail.com

**ORDEN REMISIÓN**

Nº 9624

Fecha: 22/09/2023 Placa: SXC 452

Cliente: Escuelas Deportivas

Conductor: Hora de Descargue:

| Cant. M | Ton | DETALLE | TOTAL |
|---|---|---|---|
| 16 | | Excavacion | 16 |
| | | | |
| | | Villa Olimpica | |
| | | TOTAL | 16 |

AUTORIZADO POR

RECIBI A SATISFACCION

---

ZG ZODME GUATIQUIA

NIT. 901.313.682-5

CEL. 350 370 8354 - 304 602 7258
zodmeguatiquia@gmail.com

**ORDEN REMISIÓN**

Nº 9617

Fecha: 21/09/2023 Placa: TMT 763

Cliente: Escuelas Deportivas

Conductor: Hora de Descargue:

| Cant. M | Ton | DETALLE | TOTAL |
|---|---|---|---|
| 16 | | Excavacion | 16 |
| | | | |
| | | Villa Olimpica | |
| | | TOTAL | 16 |

AUTORIZADO POR

RECIBI A SATISFACCION