CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS POR LA MODALIDAD DE MONTO AGOTABLE, LAS OBRAS Y ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACION DE LA MALLA VIAL Y ESPACIO PÚBLICO DE LA LOCALIDAD DE LOS MARTIRES

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
GOBIERNO
Alcaldía Local de Los Mártires

CONTRATO DE OBRA CO-137-2018

INFORME SST N° 6

CONTRATISTA

CONSULTORÍA Y CONSTRUCCION SAS - CON & CON SAS

INTERVENTORÍA

MIRS LATINOAMERICA S.A.S

ELABORO:	REVISO:	APROBO:
ING.MILENA GIL B	ING. JAVIER PERILLA	ING. CLAUDIA EUGENIA PALOMARES
FIRMA:	FIRMA:	FIRMA:
CARGO: Residente sst del contratista	CARGO: Director de Obra	CARGO: Residente sst Interventoría

TABLA DE CONTENIDO

1 INTRODUCCIÓN.....4
2 OBJETIVOS.....5
2.1. OBJETIVO GENERAL.....5
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....5
3 MANEJO SST – MAO.....6
4 ELEMENTOS BASICOS DE LA GESTION SST.....6
4.1. EMPLEOS.....6
4.1.1. PERSONAL PLANTILLA MINIMA.....6
4.1.2. Personal Retirado.....6
4.2. CRONOGRAMA PROGRAMADO Y EJECUTADO.....7
4.3. DIAGNÓSTICO DE CONDICIONES DE TRABAJO.....7
4.3.1. Metodología de identificación de peligros, Evaluación y control de peligros.....7
4.4. GESTIÓN PARA EL TALENTO HUMANO.....7
4.4.1. Inducción, capacitación y entrenamiento.....8
4.5. SUBPROGRAMA DE MEDICINA Y DEL TRABAJO.....8
4.5.1. Examen de ingreso y egreso.....8
4.6. SUBPROGRAMA DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.....8
4.6.1. Saneamiento Básico.....9
4.6.2. Elementos de Protección Personal.....9
4.6.3. MANEJO DE SUSTANCIAS QUIMICAS.....10
4.6.4. ACCIDENTE DE TRABAJO.....10
4.6.5. PROGRAMA DE INSPECCIONES.....10
4.6.6. MANEJO DE MAQUINARIA EQUIPOS Y VEHICULOS.....10
4.6.7. COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.....11
4.6.8. COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL.....12
4.6.9. PAGO DE SALARIOS.....12
4.7. CALCULO DE INDICADORES.....12
4.7.1. Indicadores de Cumplimiento Cobertura.....12
4.8. PLAN DE EMERGENCIAS.....13
5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....14

3102 287

LISTA DE ANEXOS.

ANEXO 1	FORMATO RELACIÓN DE PERSONAL
ANEXO 2	CRONOGRAMA DE TRABAJO
ANEXO 3	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS
ANEXO 4	REGISTRO DE INDUCCIONES
ANEXO 5	EXAMENES OCUPACIONALES
ANEXO 6	ENTREGA DE EPP
ANEXO 7	INDICADORES DE ACCIDENTALIDAD
ANEXO 8	INSPECCIONES
ANEXO 9	LISTADO DE MAQUINARIA
ANEXO 10	LISTADO DE VEHÍCULOS
ANEXO 11	COPASST
ANEXO 12	CERTIFICACIÓN DE PAGO DE SALARIOS Y SEGURIDAD SOCIAL
ANEXO 13	REGISTRO FOTOGRAFICO

1 INTRODUCCIÓN.

Dentro del contrato No.137 de 2019, cuyo objeto es: "CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS POR LA MODALIDAD DE MONTO AGOTABLE, LAS OBRAS Y ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACION DE LA MALLA VIAL Y ESPACIO PUBLICO DE LA LOCALIDAD DE LOS MARTIRES. Se desarrolla el Plan de Gestión de SST contemplando el cumplimiento de los aspectos de seguridad y salud en el trabajo que se establecen en el pliego de condiciones requerido para la ejecución el contrato No137 de 2019.

El sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo de CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS, es un medio a través del cual se planea, ejecuta, verifica y evalúa las intervenciones positivas de mejoramiento de las condiciones de trabajo y de salud del talento humano en el proyecto, que incluye la política, organización, planificación, aplicación, evaluación, auditoría y acciones de mejora, de acuerdo al cronograma de actividades propuesto en el plan de gestión SST.

Para tal efecto; este informe describe las actividades que se han desarrollado durante la ejecución del Contrato 137 de 2019 en el periodo comprendido entre el: 21 al 26 de noviembre de 2020 y del 22 de diciembre al 20 de enero de 2021

2 OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL.

Presentar el avance de las actividades del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo al cronograma de actividades del SG-SST, con la finalidad de controlar los riesgos que puedan alterar la salud de sus trabajadores y el proceso productivo.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Cumplir con los requerimientos legales y contractuales en materia de seguridad y salud en el trabajo; en el desarrollo del proyecto 137 de 2019
- Implementar los protocolos de bioseguridad diseñados para la ejecución del proyecto
- Desarrollar actividades de prevención de enfermedades laborales, accidentes de trabajo y educación en salud.
- Investigar y analizar las enfermedades ocurridas, determinar sus causas y establecer las medidas preventivas y correctivas necesarias.
- Determinar y aplicar las medidas de control para prevenir ATEL, entrega periódica de elementos de protección personal.

3 MANEJO SST – MAO

Para la ejecución del proyecto se diseñó y presentó el plan de manejo de obra en su capítulo SST, el cual fue revisado y aprobado por la interventoría

4 ELEMENTOS BASICOS DE LA GESTION SST

Para dar alcance a las actividades del sistema de seguridad y salud en el trabajo contempladas dentro de los pliegos de condiciones del presente contrato y dando cumplimiento a los objetivos presentados anteriormente, el Contratista elaboró el plan de gestión de seguridad y salud en el trabajo que será implementado en el desarrollo del proyecto dicho plan fue revisado y aprobado por la interventoría.

4.1. EMPLEOS

Durante el periodo comprendido entre el 21 al 26 de noviembre de 2020 y del 22 de diciembre al 20 de enero de 2021 se generaron los siguientes empleos en el proyecto:

CARGO	CANTIDAD
Ayudantes	5
Oficial	5
Operador	6
Profesional social	1
Inspector	1
Boal	3

4.1.1. PERSONAL PLANTILLA MINIMA

A continuación, se presenta el personal de plantilla mínima para la ejecución del contrato:

NOMBRE	CARGO
Javier Hernando Perilla	Director de obra
Diego Rene Pérez González	Residente de obra
Jessica naranjo moreno	Residente Social
Mayerly Marín Mateus	Residente Ambiental
Milena Gil Baquero	Residente Sst
Martha Castillo	Especialista tránsito
Juan Daniel Moya	Especialista Geotecnia
Hernán Ricci	Especialista presupuestos
German Gabriel Rodríguez	Especialista Hidráulico
Juan Carlos Parra	Topógrafo
Víctor Manuel Ariza	Especialista en Pavimentos

4.1.2. Personal Retirado

NOMBRE	CARGO
JOHAN SEBASTIAN NUÑEZ	AYUDANTE
MARCO ABEL SARMIENTO	OFICIAL
JUAN HARBEY MARTIN SALCEDO	AYUDANTE
EUCLIDES MANUEL PACHECO	AYUDANTE
RICAURTER NACOR RIOS	OFICIAL
LESTER EDUARDO GARCIA	AYUDANTE
CARLOS DAVID OLAYA BOGOTA	AYUDANTE
CAMILO ANDRES MONRROY	AYUDANTE
MILENA MOLINA GALINDO	RESIDENTE
YINETH MAYERLI RODRIGUEZ	AUX SOCIAL
MAYERLY MARIN MATEUS	RESIDENTE AMBIENTAL

Ver anexo No. 1 Relación de personal y pagos de seguridad social

4.2. CRONOGRAMA PROGRAMADO Y EJECUTADO

De acuerdo con el cronograma aprobado para la ejecución del proyecto en el anexo No. 2 se presenta el seguimiento a las actividades programadas y ejecutadas,

4.3. DIAGNÓSTICO DE CONDICIONES DE TRABAJO

4.3.1. Metodología de identificación de peligros, Evaluación y control de peligros.

La matriz de identificación de peligros se realizó bajo la metodología GTC– 45. Y fue presentada en el plan de gestión SST para el desarrollo del proyecto, la misma será actualizada cuando debido a accidentes de trabajo u otros factores propios de la actividad se deban incorporar nuevas actividades y/o peligros que no se hubieran contemplado inicialmente.

En el anexo No. 3 se presentan las notificaciones de riesgos.

4.4. GESTIÓN PARA EL TALENTO HUMANO

4.4.1. Inducción, capacitación y entrenamiento

Este programa tiene el propósito de brindar conocimiento en seguridad y Salud en el trabajo a todos los empleados del proyecto, con el fin de desempeñar las actividades en forma eficiente y segura, cumpliendo con estándares de seguridad.

Durante el periodo del presente informe el contratista realizó las siguientes inducciones y capacitaciones:

- Inducción al personal nuevo en generalidades del SG-SST
- Inducción al personal nuevo en protocolos de bioseguridad
- Hojas de seguridad y riesgo químico
- Comunicación asertiva y resolución de conflictos
- Medidas de prevención de contagio ante COVID-19
- Seguridad vial y riesgo publico
- Actos y condiciones inseguros,

En el anexo No. 4 se presentan los soportes de inducción y capacitación

4.5. SUBPROGRAMA DE MEDICINA Y DEL TRABAJO

El programa de medicina preventiva y del trabajo tiene como finalidad principal la promoción, prevención y control de la salud del trabajador, protegiéndolo de los factores de riesgo ocupacionales, ubicándolo en un sitio de trabajo acorde con sus condiciones psicofisiológicas y manteniéndolo en aptitud de producción de trabajo.

4.5.1. Examen de ingreso y egreso

En el presente periodo se realizaron los siguientes exámenes ocupacionales:

Tipo de Examen	cantidad
Exámenes de ingreso	21
Exámenes periódicos	0

En el anexo No. 5 se presentan los soportes de exámenes ocupacionales realizados

4.6. SUBPROGRAMA DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL

El programa de Seguridad Industrial comprende el conjunto de técnicas y actividaces destinadas a la identificación, valoración y al control de causas de los accidentes de trabajo.

Para dar cumplimiento a este programa el contratista realizó las siguientes actividades:

4.6.1. Saneamiento Básico

En el punto de atención ciudadana se cuenta con el servicio de baños y agua potable para todo el personal administrativo.
En el frente de obra del CIV 9 se adecuó un campamento en donde se cuenta con el suministro de agua potable para los empleados, lavamanos y baño portátil,
En el frente de obra del CIV 18 y 19 se cuenta con campamento dotado de baños fijos y lavamanos portátil.
En el frente de obra CIV 11 y 20 se cuenta con campamento dotado de baños y lavamanos fijos
En el frente de obra del CIV 10 se cuenta con baño portátil y campamento dotado con lavamanos portátil. Suministro de agua potable

4.6.2. Elementos de Protección Personal

Todos los empleados que ingresan a laborar al proyecto cuentan con los elementos de protección personal que se definieron en la matriz de EPP en el plan de gestión de seguridad y salud en el trabajo.

4.6.2.1 Consolidado De Entrega De Elementos De Protección Personal

Elemento de Protección Personal	Cantidad Entregada en el periodo
Casco	21
Guantes de Vaqueta	20
Overol en drill dos piezas	20
Botas de seguridad en cuero negra	20
Bota de Seguridad tipo Ingeniero	1
Gafas de seguridad	21
Tapa oídos de inserción	18
Tapa oídos tipo copa	3
Traje antifluidos	1
Chaleco de identificación	1

En el anexo No 6 se presentan los soportes de entrega de EPP

Adicionalmente se realiza reposición de EPP para los empleados que presentan desgastes en la dotación inicial entregada así:

Elemento de Protección Personal	Cantidad Entregada en el periodo
Guantes de Vaqueta	5
Gafas de seguridad	4

4.6.3. MANEJO DE SUSTANCIAS QUIMICAS

En el frente de obra y campamento se cuenta con las siguientes sustancias químicas, las cuales se encuentran debidamente rotuladas y almacenadas.

- Gel antibacterial
- Alcohol industrial
- Jabón de manos
- Acpm
- Gasolina
- Cemento

Las Hojas de seguridad de los anteriores productos se encuentra en la carpeta del campamento y oficina administrativa.

4.6.4. ACCIDENTE DE TRABAJO

Durante el periodo comprendido entre el 21 al 26 de noviembre de 2020 y del 22 de diciembre al 20 de enero de 2021 no se presentaron accidentes de trabajo.

En el anexo No. 7 se presenta el formato de accidentalidad

4.6.5. PROGRAMA DE INSPECCIONES

Durante el presente periodo se realizaron inspecciones de orden y aseo, inspección a elementos de atención en caso de emergencias, tanto para la oficina administrativa como para los campamentos de obra, inspección a maquinaria.

En el anexo No. 8 se presentan los soportes de las inspecciones realizadas.

4.6.6. MANEJO DE MAQUINARIA EQUIPOS Y VEHICULOS

4.6.6.1 Total maquinaria aprobada

Se tiene aprobada la siguiente maquinaria para realizar actividades en el proyecto:

No. INTERNO	MAQUINARIA Y/O EQUIPO		
	Modelo	Tipo	Referencia
1	1994	EXCAVADORA	HITACHI 120
5	2020	EXCAVADORA	CATERPILAR
9	2018	MINICARGADOR	S570
10	2012	EXCAVADORA	E-35

13	135US	EXCAVADORA	HITACHI 135
MAQ-001	2012	MINICARGADOR	BOBCAT S185
12	2011	VIBROCOMPACTADOR	SD 70D
	2013	FINISHER	96439
	2005	VIBROCOMPACTADOR	C6-16-C2
	2016	VIBROCOMPACTADOR	HAMM 3307

4.6.6.2 Maquinaria utilizada en el proyecto en el siguiente periodo:

Durante el periodo comprendido entre el 21 al 26 de noviembre de 2020 y del 22 de diciembre al 20 de enero de 2021 se contó con la siguiente maquinaria:

No. INTERNO	MAQUINARIA Y/O EQUIPO		
	Modelo	Tipo	Referencia
5	2020	EXCAVADORA	CATERPILAR
9	2018	MINICARGADOR	S570
13	135US	EXCAVADORA	HITACHI 135
MAQ-001	2012	MINICARGADOR	BOBCAT S185
12	2011	VIBROCOMPACTADOR	SD 70D

Para las actividades de ingreso de material y retiro de RCD se utilizaron las siguientes volquetas:

Tipo Vehículo	Placa
Volqueta	TSW 299
Volqueta	SOS611
Volqueta	SRL375
Volqueta	TZW 786

En el anexo No. 9 se presenta el listado de maquinaria y equipos
En el anexo No. 10 se presenta el listado de vehículos

4.6.7. COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Este comité nació con el propósito de promocionar la salud ocupacional en todos los niveles de la empresa, promulgar y sustentar prácticas saludables, motivar a los trabajadores en adquisición de hábitos seguros y trabajar mancomunadamente con las directivas y el responsable de salud ocupacional para lograr los objetivos y metas propuestas.

Durante este periodo se realizó reconformación del copasst, para incluir representante del personal operativo. El copasst realizó su reunión mensual, en donde se evaluó el cumplimiento del plan de trabajo y los hallazgos de las inspecciones realizadas.

En el anexo No. 11 se presenta el acta de reunión del copasst

4.6.8. COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL

El comité de convivencia laboral se reúne trimestralmente de manera ordinaria, por tal motivo en este periodo no se presenta acta de reunión. La reunión del comité de convivencia está programada para la ultima semana del mes de enero de 2021.
En el caso de presentarse quejas por presuntos comportamientos de acoso laboral el comité se reunirá de manera extraordinaria.

4.6.9. PAGO DE SALARIOS

En cumplimiento de la legislación laboral a todo el personal que labora en el proyecto se le cancela mensualmente los salarios y demás acreencias laborales a que hay lugar.

En el anexo No, 12 se presenta la certificación de pagos de seguridad social y salarios emitida por el Revisor fiscal de la empresa contratista.

4.7. CALCULO DE INDICADORES

Adicionalmente a los indicadores de accidentalidad se presentan los indicadores de gestión del SST:

4.7.1. Indicadores de Cumplimiento Cobertura

- ✓ **Indicador de cumplimiento de Capacitaciones**

$$\frac{\text{Total Capacitaciones ejecutadas}}{\text{Total capacitaciones programadas}} \qquad \frac{5}{5} = 100\%$$

- ✓ **Indicador de cobertura de Capacitaciones**

Capacitación	Total empleados Capacitados	Total Empleados Proyecto	% cobertura	observaciones
Hojas de seguridad y Riesgo químico	15	15	100%	Capacitación dirigida al personal operativo

Comunicación asertiva, resolución de conflictos	9	10	90%	Inducción dictada a personal administrativo
Medidas de prevención contagio por COVID-19	16	16	100%	Inducción dictada en CIV 9
Seguridad vial y Riesgo público	7	7	100%	Inducción dictada a personal operativo
Actos y condiciones inseguras	6	7	86%	Inducción a personal del CIV 18 y19

Debido a situaciones que se evidenciaron en frente de obra, fue necesario realizar inducciones adicionales a las inicialmente programadas.

4.8. PLAN DE EMERGENCIAS

Durante el periodo del 21 al 26 de noviembre de 2020 y del 22 de diciembre de 2020 al 20 de enero de 2021 se realiza inspección a los elementos para atención en caso de emergencias que se encuentran en la oficina del proyecto y en los frentes de obra del CIV 9 , 18 y 19. Se adecuaron los campamentos de los frentes de obra del CIV 10 y CIV 11 con los elementos para la atención de emergencias como son: Camilla plástica, extintor, botiquín de primeros auxilios, kit de derrame.

5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Durante el periodo comprendido entre el 21 al 26 de noviembre de 2020 y del 22 de diciembre de 2020 al 20 de enero de 2021 se dio inicio a las actividades constructivas en los CIV 1,2 CIV 10, CIV 11 y CIV 20 y se continuó con las actividades constructivas en el CIV 9. CIV 18 Y 19

Durante el período del 21 al 26 de noviembre de 2020 y del 22 de diciembre al 20 de enero de 2021 el contratista implementó los protocolos de bioseguridad para todo el personal vinculado al proyecto en los lugares asignados en los campamentos de: Punto de atención ciudadana y en los campamentos del CIV 9, CIV 18 Y 19 CIV 10, CIV11 y 20

Durante el período comprendido entre el 21 al 26 de noviembre de 2020 y del 22 de diciembre al 20 de enero de 2021 no se presentaron accidentes laborales ni reportes de enfermedades laborales.

Durante el período comprendido entre el 21 al 26 de noviembre de 2020 y del 22 de diciembre al 20 de enero de 2021 no se presentaron ausentismos a causa de enfermedades generales o accidentes laborales.

Durante el período comprendido entre el 21 al 26 de noviembre de 2020 y del 22 de diciembre al 20 de enero de 2021 se contó con la presencia de 6 máquinas en el proyecto.

Todo el personal que ingreso al proyecto recibió inducción en aspectos del SG-SST y protocolos de bioseguridad.

ANEXO 01

RELACIÓN DE PERSONAL Y PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL

CON & CON

LISTADO DE PERSONAL DE OBRA

3109

CONTRATO	137 de 2019	PERIODO	DEL 21 AL 26 DE NOVIEMBRE DE 2020 Y DEL 22 DEDICIEMBRE AL 20 DE ENERO DE 2021

No.	CONTRATISTA/ SUBCONTRATISTA	DATOS DEL TRABAJADOR					ARL			EPS		AFP		FECHA EXAMENES	
		NOMBRE DEL TRABAJADOR	CEDULA	EDAD	CARGO	TELEFONO	Nombre	FECHA AFILIACION A LA ARL	FECHA ULTIMO PAGO	Nombre	FECHA ULTIMO PAGO	Nombre	FECHA ULTIMO PAGO	EXAMEN DE INGRESO	EXAMEN PERIÓDICO
		PERSONAL NUEVO													
1	JUAN MAURICIO MALPICA	CARLOS ANDRES CUBIDES B	1 136.680.303	32	OPERADOR	3143010150	POSITIVA	2-oct.-20	19-ene.-21	COMPENSAR	19-ene.-21	COLFONDOS	19-ene.-21	2-oct.-20	
2	INCOP CONSTRUCTORES LTDA	FREDY YOBANY PINZON	1.024.551.948	26	OFICIAL	3142979323	SEGUROS BOLIVAR	18-dic.-20	14-ene.-21	COMPENSAR	14-ene.-21	PROTECCION	14-ene.-21	18-feb.-20	
3	INCOP CONSTRUCTORES LTDA	WILMER ANTONIO VILORIA VELEZ	85.260.476	38	OFICIAL	3043882924	SEGUROS BOLIVAR	18-dic.-20	14-ene.-21	COMPENSAR	14-ene.-21	PROTECCION	14-ene.-21	23-jun.-20	
4	INCOP CONSTRUCTORES LTDA	JHON ALEXANDER PINZON TRIANA	1.000.722.403	20	AYUDANTE	3012572797	SEGUROS BOLIVAR	18-dic.-20	14-ene.-21	COMPENSAR	14-ene.-21	PROTECCION	14-ene.-21	18-feb.-20	
5	INCOP CONSTRUCTORES LTDA	JOHN WILSON MOYANO	79.214.450	42	INSPECTOR	3004092288	SEGUROS BOLIVAR	7-ene.-21	N/A	SURA	N/A	PORVENIR	N/A	7-ene.-21	
6	INCOP CONSTRUCTORES LTDA	BRAYAN ESTIVEN CUSGUEN	1.032.492.006	23	OPERADOR	3023287693	SEGUROS BOLIVAR	18-dic.-20	14-ene.-21	SALUD TOTAL	14-ene.-21	COLFONDOS	14-ene.-21	18-feb.-20	
7	INCOP CONSTRUCTORES LTDA	LEON RAMIRO MARIN	79.563.306	49	BOAL	3124365554	SEGUROS BOLIVAR	20-dic.-20	14-ene.-21	NUEVA EPS	14-ene.-21	COLPENSIONES	14-ene.-21	21-dic.-20	
8	INCOP CONSTRUCTORES LTDA	OSCAR DE JESUS CASTRO	79.772.218	43	OPERADOR	3222499789	SEGUROS BOLIVAR	18-dic.-20	14-ene.-21	SALUD TOTAL	14-ene.-21	PROTECCION	14-ene.-21	18-jun.-20	
9	INCOP CONSTRUCTORES LTDA	WADID JOSE PINILLOS	19.774.404	43	OFICIAL	3229396145	SEGUROS BOLIVAR	19-ene.-21	N/A	SALUD TOTAL	N/A	PORVENIR	N/A	26-ago.-20	
10	INCOP CONSTRUCTORES LTDA	WILDER ENRIQUE PERTUZ	1.131.064.012	35	BOAL	3184465474	SEGUROS BOLIVAR	20-ene.-21	N/A	SALUD TOTAL	N/A	PORVENIR	N/A	20-ene.-21	
11	CONSTRUCCIONES LW SAS	DAIRO RAMIREZ BAÑOS	1.019.058.187	30	OFICIAL	3147841008	COLMENA	15-ene.-20	N/A	SANITAS	N/A	PORVENIR	N/A	15-ene.-21	
12	CONSTRUCCIONES LW SAS	CARLOS ALBERTO ARIAS	73.562.793	50	AYUDANTE	3112083335	COLMENA	15-ene.-20	N/A	FAMISANAR	N/A	PORVENIR	N/A	18-ene.-21	
13	CONSTRUCCIONES LW SAS	JORGE LUIS ARRIETA	1.102.898.225	37	AYUDANTE	3128900280	COLMENA	15-ene.-21	N/A	FAMISANAR	N/A	PORVENIR	N/A	21-sep.-20	
14	ALQUIEQUIPOS J Y F SAS	HECTOR ENRIQUE GONZALEZ	80.117 236	38	OPERADOR	3218568701	SURA	8-jul.-20	7-ene.-21	FAMISANAR	7-ene.-21	PROTECCION	7-ene.-21	6-oct.-20	
15	CONSTRUCCIONES Y URBANISMO JOSE AMAYA SAS	ANGEL ESPITIA QUINTERO	1 010 010.098	25	OPERADOR	3102859170	POSITIVA	6-ene.-21	N/A	SANITAS	N/A	PORVENIR	N/A	23-nov.-20	
16	EPORT MAQUINARIA SAS	JOSE DARIO GUIO ROJAS	80.071.044	38	OPERADOR	3132381547	COLPATRIA	11-oct.-20	14-dic.-20	FAMISANAR	14-dic.-20	PROTECCION	14-dic.-20	10-oct.-20	
17	CEINCO	JAIR ROSERO MOSQUERA	96.343.006	42	OFICIAL	3217537149	SURA	7-ene.-21	N/A	NUEVA EPS	N/A	PORVENIR	N/A	7-ene -21	
18	CEINCO	EMIL ANTONIO GUTIERREZ	12.495.757	43	AYUDANTE	3107190773	SURA	7-ene.-20	N/A	FAMISANAR	N/A	PORVENIR	N/A	7-ene.-21	
19	CEINCO	LUZ MARINA RAYO	20.699.614	53	BOAL	3134069764	SURA	5-ene.-21	N/A	NUEVA EPS	N/A	PORVENIR	N/A	6-ene.-21	
20	CONMAQUINARIA SA	LEIDY MORA SANCHEZ	52,865,582	38	PROFESIONAL SOCIAL	3102898374	COLPATRIA	14-ene.-21	N/A	FAMISANAR	N/A	PROTECCION	N/A	13-ene.-21	
		PERSONAL ANTIGUO													
1	CONYCON	JAVIER HERNANDO PERILLA	7.222.612	53	DIRECTOR DE OBRA	3124806060	COLPATRIA	1-may.-19	2-feb.-21	COMPENSAR	2-feb.-21	COLFONDOS	2-feb.-21	16/02/2019	24/07/2020
2	CONYCON	DIEGO RENE PEREZ GONZALEZ	80.235 829	39	RESIDENTE DE OBRA	3124806060	COLPATRIA	27-jul.-20	2-feb.-21	CAPITAL SALUD	2-feb -21	PROTECCION	2-feb.-21	20/07/2020	
3	CONYCON	JESSICA NARANJO MORENO	1.014.206.516	30	RESIDENTE SOCIAL	3186997218	COLPATRIA	1-may.-19	2-feb.-21	FAMISANAR	2-feb.-21	PORVENIR	2-feb.-21	10/04/2019	5-ago.-20
4	CONYCON	JOSE ALFREDO LANCHEROS TORRES	1.012.324.583	34	GUIA CIVICO	3006055554	AXA COLPATRIA	1-may.-19	2-feb -21	FAMISANAR	2-feb.-21	COLPENSIONES	2-feb.-21	2-dic -19	
5	CONYCON	SANDRA MILENA GIL BAQUERO	53.015.962	40	RESIDENTE SST	3107978350	COLPATRIA	1-may -19	2-feb.-21	COMPENSAR	2-feb -21	COLPENSIONES	2-feb -21	8/04/2019	18-sep -20
6	CONYCON	HERNAN RICCI	79 532.419	49	ESPECIALISTA PPTO	4821681	COLPATRIA	1-may.-19	2-feb.-21	SANITAS	2-feb -21	OLD MUTUAL	2-feb -21		
7	CONYCON	VICTOR MANUEL ARIZA	79.653.718	47	ESPECIALISTA PAVIMENTOS	2905447	COLPATRIA	1-may -19	2-feb -21	ALIANSALUD	2-feb.-21	COLFONDOS	2-feb -21		13-oct.-20
8	CONYCON	DIANA MARCELA SANTANA RODRIGUEZ	1073247664	23	INSPECTOR DE OBRA	3212482130	AXA COLPATRIA	5-oct.-20	2-feb -21	NUEVA EPS	2-feb.-21	PORVENIR	2-feb.-21	30-sep.-20	
9	CONYCON	ANGIE LICET MARTINEZ	1 023.929.951	26	INSPECTOR DE OBRA	3502152534	AXA COLPATRIA	1-may -19	2-feb.-21	SURA	2-feb -21	PROTECCION	2-feb.-21	23-oct.-20	
10	CONYCON	ANDREA PAOLA VASQUEZ A	1.031 158.689	26	INSPECTOR SST	3204862162	AXA COLPATRIA	26-oct.-20	2-feb.-21	SANITAS	2-feb.-21	PORVENIR	2-feb.-21	22-oct -20	
11	CONYCON	HERMAN TRIANA PALENCIA	88206677	46	INSPECTOR DE OBRA	3106807711	AXA COLPATRIA	1-may.-19	2-feb.-21	SANITAS	2-feb.-21	COLFONDOS	2-feb.-21	26-nov.-19	
12	CASTILLO Y ASOCIADOS INGENIERIA	MARTHA CASTILLO	52 847.813	42	ESPECIALISTA TRANSITO	4742963	POSITIVA	1-may.-19	15-dic.-20	FAMISANAR	15-dic -20	COLPENSIONES	15-dic.-20		

304

CONCON

LISTADO DE PERSONAL DE OBRA

3110

CONTRATO	137 de 2019	PERIODO	DEL 21 AL 26 DE NOVIEMBRE DE 2020 Y DEL 22 DEDICIEMBRE AL 20 DE ENERO DE 2021

No.	CONTRATISTA/ SUBCONTRATISTA	DATOS DEL TRABAJADOR					ARL			EPS		AFP			
		NOMBRE DEL TRABAJADOR	CEDULA	EDAD	CARGO	TELEFONO	Nombre	FECHA AFILIACION A LA ARL	FECHA ULTIMO PAGO	Nombre	FECHA ULTIMO PAGO	Nombre	FECHA ULTIMO PAGO		
13	SAICON SAS	JUAN DANIEL MOYA	3.192.972	39	ESPECIALISTA GEOTECNIA	5334425	COLMENA	1-may.-19	14-ene.-21	SURA	14-ene.-21	OLD MUTUAL	14-ene -21		
14	INGEVIAES SAS	GERMAN GABRIEL RODRIGUEZ	19.473 149	49	ESPECIALISTA REDES HIDROSANITARIAS	315 60851	COLPATRIA	1-may.-18	26-ene.-21	COMPENSAR	26-ene -21	PORVENIR	26-ene.-21		
15	TOPOGRAFIASL SAS	JUAN CARLOS PARRA	79.863.836	40	TOPOGRAFO	4742073	SURA	01-02.20	12-ene.-21	COMPENSAR	12-ene.-21	PORVENIR	12-ene.-21	14-feb.-20	
16	TOPOGRAFIASL SAS	JEIMMY LORENA PARRA C	1.057.806 630	24	AUXILIAR TOPOGRAFIA	3107832977	AXA COLPATRIA	5-oct -20	12-ene.-21	COMPARTA	12-ene -21	COLPENSIONES	12-ene.-21	14-feb.-20	
17	TOPOGRAFIASL SAS	CAROLINA ORTIZ GONZALEZ	1.005.699.945	21	AUX TOPOGRAFIA	3232165725	SURA	12-nov.-20	12-ene.-21	SALUD TOTAL	12-ene.-21	PROTECCION	12-ene.-21	11-nov.-20	
18	TOPOGRAFIASL SAS	JONATHAN ESTIVEN BETANCUR VIRVIESCAS	1 023.035.235	21	AUX TOPOGRAFIA	3134387620	SURA	12-nov.-20	12-ene.-21	SURA	12-ene.-21	PROTECCION	12-ene.-21	11-nov.-20	
19	TOPOGRAFIASL SAS	JENNY PAOLA OLARTE GAMEZ	1.000.780.628	20	AUX TOPOGRAFIA	3209918556	SURA	12-nov.-20	12-ene.-21	SANITAS	12-ene.-21	PROTECCION	12-ene.-21	11-nov.-20	
20	TOPOGRAFIASL SAS	LAYONEL DKLEIN MARTIN	1.094.972.751	22	AUX TOPOGRAFIA	3192495448	SURA	12-nov.-20	12-ene.-21	COMPENSAR	12-ene.-21	PORVENIR	12-ene.-21	11-nov.-20	
21	CEINCO	YASER VALLE TORRES	1 085.045 814	31	AYUDANTE	3007400481	SURA	30-sep.-20	9-feb.-21	SALUD TOTAL	9-feb -21	PORVENIR	9-feb.-21	2-sep -20	
22	CEINCO	HECTOR EDUARDO QUEVEDO PLANETA	1051738413	35	OFICIAL	3208982552	SURA	30-sep.-20	28-ene.-21	SALUD TOTAL	28-ene.-21	PORVENIR	28-ene.-21	2-sep.-20	
23	CEINCO	CESAR RODELO ACUÑA	92.130.288	43	OFICIAL	3212040458	SURA	18-nov.-20	9-feb.-21	FAMISANAR	9-feb.-21	PORVENIR	9-feb.-21	22-ene.-20	
24	CEINCO	MARCOS IVAN ALVARADO PITA	1.057.185.305	31	OFICIAL	3227258624	SURA	21-jul.-20	9-feb.-21	SALUD TOTAL	9-feb.-21	PORVENIR	9-feb.-21	25-feb.-20	
25	CEINCO	YEISON MATEO SILVA ARANGUREN	1 013 662.634	25	AYUDANTE	3146661050	SURA	21-jul.-20	8-feb.-21	COMPENSAR	9-feb.-21	PORVENIR	9-feb.-21	29-nov.-19	
26	CEINCO	RENEN TORRES SUSPES	1109294403	28	OPERADOR MAQUINARIA	3222302226	SURA	10-jul.-20	22-ene.-21	NUEVA EPS	22-ene.-21	PORVENIR	22-ene -21	26-ago.-20	
27	EXPLOTACION Y ALQUILER DE MAQUINARIA SANTANA SAS	OSWALDO CHACON	11.234.097	38	OPERADOR RETRO	3125954456	SURA	14-sep.-20	6-nov.-20	COMPENSAR	6-nov.-20	COLPENSIONES	6-nov.-20	9-sep -20	
28	LIFE MAY WORKS ASESORIAS SAS	WILSON GERMAN RODRIGUEZ HIGUERA	80.090.776	39	OPERADOR	3017467071	COLPATRIA	17-jul.-20	13-nov.-20	SALUD TOTAL	13-nov.-20	PROTECCION	13-nov.-20	14-may.-20	

PERSONAL RETIRADO

1	CEINCO	JOHAN SEBASTIAN NUÑEZ	1.064.469.025	31	AYUDANTE	3234846457	SURA	24-oct.-20	9-feb -21	SANITAS	9-feb.-21	PORVENIR	9-feb.-21	26-oct.-20	
2	CEINCO	MARCO ABEL SARMIENTO	80.503 938	51	OFICIAL	3117664339	SURA	12-jul.-20	9-feb.-21	FAMISANAR	9-feb.-21	PORVENIR	9-feb -21	28-nov.-19	
3	CEINCO	JUAN HARBEY MARTIN SALCEDO	1.007.861.092	20	AYUDANTE	3209098000	SURA	27-oct.-20	12-ene.-21	SALUD TOTAL	12-ene -21	PORVENIR	12-ene.-21	28-oct -20	
4	CEINCO	EUCLIDES MANUEL PACHECO	2.809.502	60	AYUDANTE	3125582021	SURA	28-sep.-20	9-feb.-21	NUEVA EPS	9-feb -21	COLPENSIONES	9-feb.-21	24-sep -20	
6	CEINCO	RICAURTER NACOR RIOS	78.707.246	49	OFICIAL	3102699275	SURA	10-nov.-20	9-feb.-21	SANITAS	9-feb -21	COLPENSIONES	9-feb.-21	10-nov.-20	
7	CEINCO	LESTER EDUARDO GARCIA	1.010.186.703	31	AYUDANTE	3005063705	SURA	30-oct.-20	9-feb -21	CAPITAL SALUD	9-feb.-21	PROTECCION	9-feb.-21	10-nov.-20	
8	CEINCO	CARLOS DAVID OLAYA BOGOTA	1026565719	29	AYUDANTE	3157447456	SURA	15-oct.-20	9-feb.-21	COMPENSAR	9-feb -21	PROTECCION	9-feb.-21	24-sep -20	
9	CEINCO	CAMILO ANDRES MONRROY	1024542778	25	AYUDANTE	2680410	SURA	15-oct.-20	4-dic.-20	FAMISANAR	4-dic -20	PROTECCIÓN	4-dic -20	8-nov -20	
10	CEINCO	MILENA MOLINA GALINDO	1.015.393.876	34	RESIDENTE	3008816855	SURA	22-sep -20	9-feb.-21	COMPENSAR	9-feb -21	COLFONDOS	9-feb.-21	21-sep.-20	
11	CONYCON	YINETH MAYERLI RODRIGUEZ	1 014.273 242	24	AUX SOCIAL	3208080705	COLPATRIA	12-nov -20	2-feb.-21	COMPENSAR	2-feb.-21	PORVENIR	2-feb.-21	11-nov -20	
12	CONYCON	MAYERLY MARIN MATEUS	53.015.962	35	RESIDENTE AMBIENTAL	3115549076	COLPATRIA	1-may.-19	2-feb -21	SANITAS	2-feb.-21	COLPENSIONES	2-feb -21	31/01/2019	
13	CEINCO	HECTOR FABIO BOHORQUEZ	1109294403	28	OPERADOR MAQUINARIA	3222302226	SURA	10-jul.-20	5-ene -21	NUEVA EPS	5-ene.-21	PORVENIR	5-ene -21	26-ago.-20	

PERSONAL INGRESO RETIRO

1	INCOP CONSTRUCTORES LTDA	ADRIAN VELEZ CORREA	16 794.104	49	BOAL	3124167379	SEGUROS BOLIVAR	20-dic.-20	14-ene.-21	SALUD TOTAL	14-ene.-21	COLPENSIONES	14-ene.-21	21-dic -20	
2	REINALDO ESPINOSA SANCHEZ	CAMILO ANDRES GARZON	79.217.370	41	OPERADOR	3123183902	POSITIVA	1-jun.-19	8-ene.-21	FAMISANAR	8-ene -21	COLPENSIONES	8-ene.-21	27-may.-20	

205

3111

3/6

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor (a): CARLOS ANDRES CUBIDES BUITRAGO identificado con Cédula Ciudadanía No. 1136880303, de la empresa JUAN MAURICIO ROCHA MALPICA está afiliado(a) a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS desde el 02/10/2020 con riesgo 5 y se encuentra ACTIVO.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20200102010947.

Dada en Bogotá, a los 1 días del mes de octubre de 2020

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | eps salud

No. de Radicación | Fecha de Radicación: 01 10 2020

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

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual · Cotizante o cabeza de Familia [X] · Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [Y] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS): 01

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

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres: CUBIDES | BUITRAGO | CARLOS | ANDRES
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número de documento de identidad: 1136880303
9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]
10. Fecha de nacimiento: 23 07 1988

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]
13. Puntaje SISBEN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de riesgos laborales - ARL: POSITIVA
16. Administradora de pensiones: COLFONDOS
17. Ingreso base de cotización - IBC: 877803
18. Residencia: Cra. 56 No. 2 B-22 | 6052249 | 3108546846 | cubidesbuitragocarlosandres@gmail.com | Zona Urbana [X] Rural [ ] | GALAN | BOGOTA

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

19. Apellidos y nombres
20. Tipo de documento de identidad
21. Número de documento de identidad
22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
23. Fecha de nacimiento

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

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento (D M A)	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F N M T P	Condición	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana / Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC 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)
Cat.		
A		
B		
C		

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: JUAN MAURICIO ROCHA MALPICA
36. Tipo de documento de identificación
37. Número del documento de identificación: 79053003
38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación: Cra. 102B No. 151-15 Apto 409 Torre 2 | 6052249 | jmringenieriayequipos@gmail.com | BOGOTA | BOGOTA

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 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. Inicia 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 [X] B. Diferente Régimen [ ]
15. Reporte por fallecimiento [ ]
16. Reporte del criterio 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
Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento
42. Fecha: 01 10 2020
43. EPS anterior: (COMPENSA) famisanar
44. Motivo de traslado: Código 01
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 Regimen 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 [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 [ ]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera 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 [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 [X]

Carlos Cubides | Juan M. Rocha

01 OCT 2020 FOLIOS
Cédula Yesica Maria Melendez G
SUJETO A VERIFICACIÓN

55 Anexo copia del documento de identidad CN [ ] Cant [ ] CC [ ] Cant [ ] PA [ ] Cant [ ] CE [ ] Cant [ ] CD [ ] Cant [ ] SC [ ] Cant [ ] Total [ ]
58 Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura Pública de unión marital 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 [illegible] de la patria potestad, o el certificado de [illegible]
63 [illegible]
64 Certificación de la afiliación a una entidad autorizada [illegible]
65 Copia de la [illegible] o sentencia de las autoridades [illegible]

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 de la ficha | Puntaje | Nivel
68 Fecha de radicación
69 Fecha de validación
70. Datos del funcionario que realiza la validación: Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad
71. Firma del funcionario
OBSERVACIONES

VIGILADO SUPERSALUD

Subsidio

Escaneado con CamScanner

3112 ~~304~~

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) CARLOS ANDRES CUBIDES BUITRAGO identificado(a) con C.C No. 1.136.880.303, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 01 de octubre del 2020.

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

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

Carolina Galvis C.

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

SEGUROS
BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
INCOP CONSTRUCTORES LTDA
Identificada con NT No. 900161033

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 2901666643502, a partir del 01 de Abril del año 2019.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	IBC COTIZANTE	ESTADO
CC	1024551948	FREDY YOBANY PINZON TRIANA	INCOP CONSTRUCTORES	5	6.96%	18/12/2020		[illegible]	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 17 de Diciembre del año 2020.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

3113

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar eps salud

Fecha de Radicación | Fecha de Expedición: 2020

TRÁMITE DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite | 2. Tipo de Afiliado: A. Cotizante / Cabeza de Familia | B. Colectiva | C. Institucional | D. De oficio | 3. Régimen: A. Contributivo | B. Subsidiado | 4. Tipo de afiliado: A. Cotizante | B. Cabeza de familia | C. Beneficiario | 5. Tipo de cotizante: A. Dependiente | B. Independiente | C. Pensionado | Código (a registrar por la EPS): C1

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

6. Apellidos y nombres

7. Tipo de documento de identidad | 8. Número de documento de identidad | 9. Sexo: Femenino / Masculino | 10. Fecha de nacimiento

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia | 12. Discapacidad: Tipo / Condición | 13. Puntaje SISBEN | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de riesgos laborales - ARL | 16. Administradora de pensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC | 18. Residencia: Zona Urbana / Rural

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

19. Apellidos y nombres: Segundo apellido / Primer Nombre

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

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

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido / Segundo Apellido / Primer Nombre / Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino / Masculino
1				
2				
3				
4				

	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Edad	31. Discapacidad: Tipo (F, N, M, T, P) / Condición	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana / Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
5									
6									
7									
8									

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 de documento de identificación

37. Número del documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación

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 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 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 X / B. Régimen Subsidiado
14. Traslado: A. Mismo Régimen / B. Diferente Régimen
15. Reporte por 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

Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | Sexo: Femenino / Masculino | Fecha de nacimiento

42. Fecha: 19 12 2020

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 información del cotizante cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. S
52. Autorización para que le 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 S
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. S

VIII. FIRMAS

INCOP CONSTRUCTORES LTDA. GERENTE

IX. ANEXOS

56. Anexo copia de documento de identidad: CN Cant. | RC Cant. | TI Cant. | CC Cant. | PA Cant. | CE Cant. | CD Cant. | SC Cant. | 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. Certificacion 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 ordena la afiliacion de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial — Código de municipio | Código del departamento | 67. Datos del SISBÉN — Número de la ficha | Puntaje | Nivel | 68. Fecha de radicación

69. Datos del funcionario que realiza la validación — Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | 71. Firma del funcionario

18 DIC 2020
Cód 14 Luz Mery Escobar P.
SUJETO A VERIFICACIÓN

OBSERVACIONES: Juntar frente - Movilidad en Contr.

VIGILADO Superintendencia Nacional de Salud

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PINZON TRIANA FREDY YOBANY** identificado(a) con **CC** número **1.024.551.948** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 10 de abril de 2012 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 17 de diciembre de 2020.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

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

3114

309

Inscripción Trabajador

DATOS EMPRESA

Tipo de Identificación *

NIT

Número de Identificación *

900161033

Dígito de Verificación *

8

Sucursal

ANEXOS

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

( ) Si ( ) No

DATOS TRABAJADOR

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

1024551948

Primer Apellido *

PINZON

Segundo Apellido

TRIANA

Primer Nombre *

FREDY

Segundo Nombre

YOBANY

Correo Electrónico *

INCOPCONSTRUCTORES@YAHOO.ES

Fecha de Expedición *

17/05/2012

Lugar de Expedición

BOGOTA

Fecha de Nacimiento *

09/05/1994

Nacionalidad *

COLOMBIANA

Estado Civil *

Casado

Sexo *

Masculino

Dirección de Correspondencia *

TV 48 A BIS 6

Departamento *

Bogotá D.C.

Ciudad *

BOGOTA

Teléfono

3089363

Celular

3142979323

Fecha Inicio de Contrato *

2020-12-17

Total Horas Mes *

240

Tipo de Salario *

Básico - FIJO

Salario Básico *

877803

Comisiones

0

Total Sueldo Mes *

877803

Departamento Sede de Trabajo *

Bogotá D.C.

Ciudad Sede de Trabajo *

BOGOTA

Trabaja en el Sector Agropecuario *

( ) SI ( ) NO

Trabaja en Otra Empresa *

( ) SI ( ) NO

DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO (A)

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

1026574454

Primer Apellido *
TELLEZ

Segundo Apellido
ARISTIZABAL

Primer Nombre *
YULIETH

Segundo Nombre
HASBLEDY

Fecha de Nacimiento *
05/12/1992

Ocupación *
Empleado

Tipo de Identificación del empleador *
NIT

Número de Identificación del empleador *
900017447

Dígito de Verificación
8

Razón Social
FALABELLA DE COLOMBIA S.A.

Total Ingreso Mensual
1500000

DATOS DE PERSONA(S) A CARGO

PERSONA(S) A CARGO

Primer Apellido *
PINZON

Segundo Apellido
TELLEZ

Primer Nombre *
DYLAN

Segundo Nombre
SANTIAGO

Parentesco *
Hijo

Tipo de Identificación
Registro Civil

Número de Identificación *
1027537412

Sexo *

Masculino

Discapacidad *

○ SI ○ NO

Fecha de Nacimiento

23/06/2016

Otro Padre Recibe Cuota Monetaria *

○ SI ○ NO

Autorizo el Tratamiento de Datos Personales *

○ SI

POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

SEGUROS
BOLÍVAR

3116

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
INCOP CONSTRUCTORES LTDA
Identificada con NT No. 900161033

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 2901666643502, a partir del 01 de Abril del año 2019.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO DE IDENTIFICACION	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	85260476	WILMER ANTONIO VILORIA PAEZ	INCOP CONSTRUCTORES	5	6.96%	18/12/2020		DEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 17 de Diciembre del año 2020.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4005967388	1|9|1|2|2|0|2|0

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion		3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ 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. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐		

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
VILORIA (Primer apellido)	PAEZ (Segundo apellido)	WILMER (Primer nombre)	ANTONIO (Segundo nombre)
7.Tipo documento de identidad	**8.Número del documento de identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	85260476	Femenino ☐ Masculino ☒	1|9|0|4|1|9|8|2

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
COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA LA AURORA S.A	PORVENIR FPC	877803

18.Residencia

CR 46 43 21 Dirección	Telefono fijo	3043682924 Telefono celular	WIMWRANT@GMAIL.COM Correo electronico
BOGOTA Municipio/Distrito	zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	BOGOTA Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS KENNEDY - VS KENNEDY	VSKENNED - VSKENNED
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)
INCOP CONSTRUCTORES LTDA	NIT	900161033	01

39.Ubicación

CR 11 N 53 80 Dirección	9000015 Teleéfono	INCOPCONSTRUCTORES@YAHOO.ES Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

3117

No de Radicacion
4005967388

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		1|7|1|2|2|0|2|0

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 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 .
- 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.
- 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 beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- 53. ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Wilmer Viloria P.	leonidas mojaro

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 concillación 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.
- 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 autonzación 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 autondades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

3118 315

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

WILMER ANTONIO VILORIA PAEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **85.260.476**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 17 de Diciembre del 2020.

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.

Inscripción Trabajador

DATOS EMPRESA

Tipo de Identificación *

NIT

Número de Identificación *

900161033

Dígito de Verificación *

8

Sucursal

ANEXOS

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

( ) Si ( ) No

DATOS TRABAJADOR

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

85260476

Primer Apellido *

VILORIA

Segundo Apellido

PAEZ

Primer Nombre *

WILMER

Segundo Nombre

ANTONIO

Correo Electrónico *

contratistawilmer@gmail.com

Fecha de Expedición *

16/01/2001

Lugar de Expedición

ZONA BANANERA

Fecha de Nacimiento *

19/04/1982

Nacionalidad *

COLOMBIANA

3119

Estado Civil *

Soltero

Sexo *

Masculino

Dirección de Correspondencia *

CL 46 43 21 SUR

Departamento *

Bogotá D.C.

Ciudad *

BOGOTA

Teléfono

1111111

Celular

3043682924

Fecha Inicio de Contrato *

2020-12-17

Total Horas Mes *

240

Tipo de Salario *

Básico - FIJO

Salario Básico *

877803

Comisiones

0

Total Sueldo Mes *

877803

Departamento Sede de Trabajo *

Bogotá D.C.

Ciudad Sede de Trabajo *

BOGOTA

Trabaja en el Sector Agropecuario *

○ SI ○ NO

Trabaja en Otra Empresa *

○ SI ○ NO

DATOS DE PERSONA(S) A CARGO

PERSONA(S) A CARGO

Autorizo el Tratamiento de Datos Personales *

○ SI

POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

SEGUROS BOLÍVAR

~~345~~ 3120

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
INCOP CONSTRUCTORES LTDA
Identificada con NT No. 900161033

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 2901666643502, a partir del 01 de Abril del año 2019.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACION	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	1000722403	JHON ALEXANDER PINZON TRIANA	INCOP CONSTRUCTORES	5	6.96%	18/12/2020		DEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 17 de Diciembre del año 2020.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar eps salud

No. de Radicación | Fecha de Radicación: 17 12 2020

DATOS DEL TRAMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de tramite: A. Afiliación | 2. Tipo de Afiliación: C. Cotizante o cabeza de Familia; D. Beneficiario o Adicional | 3. Régimen: A. Contributivo; B. Subsidiado | 4. Tipo de afiliado: A. Cotizante; B. Cabeza de familia; C. Beneficiario | 5. Tipo de cotizante: A. Dependiente; B. Independiente; C. Pensionado | Código (a registrar por la EPS): 01

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres

7. Tipo de documento de identidad | 8. Número de documento de identidad | 9. Sexo: Femenino ___ Masculino ___ | 10. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia | 12. Discapacidad | 13. Puntaje SISBEN | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de riesgos laborales - ARL | 16. Administradora de pensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC | 18. Residencia: Zona Urbana ___ Rural ___ | Departamento | Municipio

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

20. Apellidos y nombres

21. Tipo de documento de identidad | 21. Número de 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	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino
							X

28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	Condición	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC adicional (a registrar por la EPS)
			F M M	T P						

Seleccion 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 razon social | 36. Tipo de documento de identificación: NIT

37. Número del documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación

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 corrección de datos complementarios
5. Terminación de la vinculación en la EPS — Código
6. Reincorporación 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 adquisicion de condiciones para cotizar
10. Terminacion 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 por 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 identificacion

Tipo de documento de identidad | Numero de documento de identidad | Sexo: Femenino ___ Masculino ___ | Fecha de nacimiento | 42. Fecha: 17 12 2020

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de convivencia 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 información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

IC P CONSTITUYENTES DE LA CAJA GERENTE

IX. ANEXOS

54. Anexo copia de documento de identidad: CN Cant. ___ RC Cant. ___ TI Cant. ___ CC Cant. ___ PP Cant. ___ CE Cant. ___ CD Cant. ___ SC Cant. ___ Total ___
57. Copia del certificado de movilidad permanente emitido por la autoridad competente.
59. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o formulario suscrito que declare la unión marital.
60. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos o escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
63. 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 SISBEN: Número de la ficha | Puntaje | Nivel
68. Fecha de radicación: D D M M A A A A
69. Datos del funcionario que realiza la validación
Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | 71. Firma del funcionario

18 DIC 2020
Cód 14 Luz Mery Escobar P.
SUJETO A VERIFICACIÓN

OBSERVACIONES

Cadena S.A.

VIGILADO Supersalud

3121 346

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PINZON TRIANA JHON ALEXANDER** identificado(a) con **CC** número **1.000.722.403** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 30 de agosto de 2018 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 17 de diciembre de 2020.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

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

Inscripción Trabajador

DATOS EMPRESA

Tipo de Identificación *

NIT

Número de Identificación *

900161033

Dígito de Verificación *

8

Sucursal

ANEXOS

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

( ) Si ( ) No

DATOS TRABAJADOR

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

1000722403

Primer Apellido *

PINZON

Segundo Apellido

TRIANA

Primer Nombre *

JHON

Segundo Nombre

ALEXANDER

Correo Electrónico *

incopconstructores@yahoo.es

Fecha de Expedición *

06/02/2018

Lugar de Expedición

BOGOTA

Fecha de Nacimiento *

06/02/2000

Nacionalidad *

COLOMBIANA

3122 317

Estado Civil *
Unión Libre

Sexo *
Masculino

Dirección de Correspondencia *
TV 48 A69 13

Departamento *
Bogotá D.C.

Ciudad *
BOGOTA

Teléfono
9000015

Celular
3012522797

Fecha Inicio de Contrato *
2020-12-17

Total Horas Mes *
240

Tipo de Salario *
Básico - FIJO

Salario Básico *
877803

Comisiones
0

Total Sueldo Mes *
877803

Departamento Sede de Trabajo *
Bogotá D.C.

Ciudad Sede de Trabajo *
BOGOTA

Trabaja en el Sector Agropecuario *
○ SI ◉ NO

Trabaja en Otra Empresa *
○ SI ◉ NO

DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO (A)

Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *
1001197637

Primer Apellido *

forero

Segundo Apellido

gil

Primer Nombre *

gireth

Segundo Nombre

daniela

Fecha de Nacimiento *

18/09/2000

Ocupación *

Hogar

DATOS DE PERSONA(S) A CARGO

PERSONA(S) A CARGO

Primer Apellido *

PINZON

Segundo Apellido

FORERO

Primer Nombre *

IAM

Segundo Nombre

DAMIAN

Parentesco *

Hijo

Tipo de Identificación

Registro Civil

Número de Identificación *

1023418893

Sexo *

Masculino

Discapacidad *

( ) SI ( ) NO

Fecha de Nacimiento

16/06/2020

Otro Padre Recibe Cuota Monetaria *

( ) SI ( ) NO

Autorizo el Tratamiento de Datos Personales *

( ) SI

3123 318

SEGUROS
BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
INCOP CONSTRUCTORES LTDA
Identificada con NT No. 900161033

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 2901666643502, a partir del 01 de Abril del año 2019.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO DE IDENTIFICACION	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	[illegible]	ESTADO
CC	79214450	JOHN WILSON MOYANO TABORDA	INCOP CONSTRUCTORES	5	6.96%	07/01/2021		[illegible]	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 6 de Enero del año 2021.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolivar S.A.

3124

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

[redacted] Número de Radicado [redacted]

[redacted]

[redacted]

Empleador	NI 900181033 INCOP CONSTRUCTORES LTDA
Afiliado	CC 79214450 JOHN WILSON MOYANO TABORDA
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 908,526
Cargo	OTRO
Sucursal	BOGOTA D.C. CR 82 # 23 C 08
Fecha de ingreso	06/01/2021
Fecha de radicación	06/01/2021 09:46:00 a.m.
Código de Transacción	112528879
[redacted]	[redacted]
Novedad aplicada con éxito	El periodo de inicio de pago es 02/2021

Fecha de generación 06/01/2021

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOHN WILSON MOYANO TABORDA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.214.450**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 06 de Enero del 2021.

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.

CAFAM **Inscripción Trabajador**

3125 380

DATOS EMPRESA

Tipo de Identificación *
NIT

Número de Identificación *
900161033

Dígito de Verificación *
8

Sucursal

ANEXOS

¿Va a presentar documentos para acreditar derecho a pago de cuota monetaria? *
( ) Si ( ) No

DATOS TRABAJADOR

Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *
79214450

Primer Apellido *
MOYANO

Segundo Apellido
TABORDA

Primer Nombre *
JOHN

Segundo Nombre
WILSON

Correo Electrónico *
incopconstructores@yahoo.es

Fecha de Expedición *
30/05/1997

Lugar de Expedición
SOACHA

Fecha de Nacimiento *
05/11/1978

Nacionalidad *
COLOMBIANA

Estado Civil *

Soltero

Sexo *

Masculino

Dirección de Correspondencia *

KR 15 B BIS 25 42 SUR

Departamento *

Cundinamarca

Ciudad *

SOACHA

Teléfono

5768083

Celular

3004092288

Fecha Inicio de Contrato *

2021-01-06

Total Horas Mes *

240

Tipo de Salario *

Básico - FIJO

Salario Básico *

908526

Comisiones

0

Total Sueldo Mes *

908526

Departamento Sede de Trabajo *

Bogotá D.C.

Ciudad Sede de Trabajo *

BOGOTA

Trabaja en el Sector Agropecuario *

( ) SI ( ) NO

Trabaja en Otra Empresa *

( ) SI ( ) NO

DATOS DE PERSONA(S) A CARGO

PERSONA(S) A CARGO

Autorizo el Tratamiento de Datos Personales *

( ) SI

SEGUROS
BOLÍVAR

3126 321

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
INCOP CONSTRUCTORES LTDA
Identificada con NT No. 900161033

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 2901666643502, a partir del 01 de Abril del año 2019.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACION	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	1032492006	BRAYAN ESTIVEN CUSGUEN GONZALEZ	INCOP CONSTRUCTORES	5	6.96%	18/12/2020		DEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 17 de Diciembre del año 2020.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4005967610	1|9|1|2|2|0|2|0

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion		3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ 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			
CUSGUEN (Primer apellido)	GONZALEZ (Segundo apellido)	BRAYAN (Primer nombre)	ESTIVEN (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1032492006	Femenino ☐ Masculino ☒	1|7|0|7|1|9|9|7

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.	COLFONDOS	877803

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 3 ESTE NRO 48 X 20 SUR		3023287693	BRAYANGONZ1@GMAIL.COM

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS OLAYA - UOD DENTOLASER OLAYA	VSOLAYA - DENTOOLAYA
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 documemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
INCOP CONSTRUCTORES LTDA	NIT	900161033	01

39.Ubicación

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CR 11 N 53 80	9000015	INCCPCONSTRUCTORES@YAHOO.ES	BOGOTA	BOGOTA

322

No de Radicacion
4005967610

3127

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 afiliacrones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14.Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento
- ☐ 16.Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		1|7|1|2|2|0|2|0

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

Estiven Gonzalez	Leonidas Moreno
54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	**55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio**

IX.ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

3128 323

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) BRAYAN ESTIVEN CUSGUEN GONZALEZ identificado(a) con C.C No. 1.032.492.006, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 17 de diciembre del 2020.

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

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

Carolina Galvis C.

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

Inscripción Trabajador

DATOS EMPRESA

Tipo de Identificación *

NIT

Número de Identificación *

900161033

Dígito de Verificación *

8

Sucursal

ANEXOS

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

( ) Si ( ) No

DATOS TRABAJADOR

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

1032492006

Primer Apellido *

CUSGUEN

Segundo Apellido

GONZALEZ

Primer Nombre *

BRAYAN

Segundo Nombre

ESTIVEN

Correo Electrónico *

briancusguen@gmail.com

Fecha de Expedición *

21/07/2015

Lugar de Expedición

BOGOTA

Fecha de Nacimiento *

17/07/1997

Nacionalidad *

COLOMBIANA

3129 324

Estado Civil *
Unión Libre

Sexo *
Masculino

Dirección de Correspondencia *
KR 3 ESTE 48 X20 SUR

Departamento *
Bogotá D.C.

Ciudad *
BOGOTA

Teléfono

Celular
3023287693

Fecha Inicio de Contrato *
2020-12-17

Total Horas Mes *
240

Tipo de Salario *
Básico - FIJO

Salario Básico *
877803

Comisiones
0

Total Sueldo Mes *
877803

Departamento Sede de Trabajo *
Bogotá D.C.

Ciudad Sede de Trabajo *
BOGOTA

Trabaja en el Sector Agropecuario *
○ SI ◉ NO

Trabaja en Otra Empresa *
○ SI ◉ NO

DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO (A)

Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *
1032466132

Primer Apellido *

PATIÑO

Segundo Apellido

SOLANO

Primer Nombre *

YUSSR

Segundo Nombre

LEIDI

Fecha de Nacimiento *

18/09/1994

Ocupación *

Empleado

Tipo de Identificación del empleador *

NIT

Número de Identificación del empleador *

8000365782

Dígito de Verificación

5

Razón Social

NIÑOS DE LOS ANDES

Total Ingreso Mensual

969400

DATOS DE PERSONA(S) A CARGO

PERSONA(S) A CARGO

Primer Apellido *

CUSGUEN

Segundo Apellido

PATIÑO

Primer Nombre *

KAROL

Segundo Nombre

STEPHANNY

Parentesco *

Hijo

Tipo de Identificación

Registro Civil

Número de Identificación *

1028669477

Sexo *

3130 375

Femenino

Discapacidad *

○ SI ◉ NO

Fecha de Nacimiento

06/10/2013

Otro Padre Recibe Cuota Monetaria *

○ SI ◉ NO

Primer Apellido *

CUSGUEN

Segundo Apellido

PATIÑO

Primer Nombre *

VALERY

Segundo Nombre

SOPHIA

Parentesco *

Hijo

Tipo de Identificación

Tarjeta de Identidad

Número de Identificación *

1028667121

Sexo *

Femenino

Discapacidad *

○ SI ◉ NO

Fecha de Nacimiento

02/07/2011

Otro Padre Recibe Cuota Monetaria *

○ SI ◉ NO

Autorizo el Tratamiento de Datos Personales *

◉ SI

POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
INCOP CONSTRUCTORES LTDA
Identificada con NT No. 900161033

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 2901666643502, a partir del 01 de Abril del año 2019.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	16794104	ADRIAN VELEZ CORREA	INCOP CONSTRUCTORES	5	6.96%	20/12/2020		DEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 19 de Diciembre del año 2020.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

3131

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4005967619	1|9|1|2|2|0|2|0

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion		3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ 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			
VELEZ (Primer apellido)	CORREA (Segundo apellido)	ADRIAN (Primer nombre)	(Segundo nombre)
7.Tipo documento de identidad	**8.Número del documento de identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	16794104	Femenino ☐ Masculino ☒	2|0|0|2|1|9|7|1

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
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A	INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL	877803

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 69A 93 86		3124167379	ADRIANCIRREA@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
MEDELLIN	Urbana ☒ Rural ☐		ANTIOQUIA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS FLORIDA - VS FLORIDA	VSFLORIDA - VSFLORIDA
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)
INCOP CONSTRUCTORES LTDA	NIT	900161033	01

39.Ubicación

Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CR 11 N 53 80	9000015	INCOPCONSTRUCTORES@YAHOO.ES	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4005967619

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.
  Codigo ☐
- ☐ 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 beneficianos o de afiliados adicionales
- ☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14.Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento
- ☐ 16.Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficianos.
- 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. ☒ Autonzación para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requ
- 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. ☒ Autonzación 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
Adrian Velez	Leonidas Mozano

IX.ANEXOS

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

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

3132

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ADRIAN VELEZ CORREA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **16794104,** se encuentra afiliado/a desde **01/02/1999** 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 19 de diciembre de 2020.

Rosa Mercedes Niño 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.

3133 328

Inscripción Trabajador

DATOS EMPRESA

Tipo de Identificación *
NIT

Número de Identificación *
900161033

Dígito de Verificación *
8

Sucursal

ANEXOS

¿Va a presentar documentos para acreditar derecho a pago de cuota monetaria? *
(Si (No

DATOS TRABAJADOR

Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *
16794104

Primer Apellido *
VELEZ

Segundo Apellido
CORREA

Primer Nombre *
ADRIAN

Segundo Nombre

Correo Electrónico *
arangovasquezmariaolivia@gamil.com

Fecha de Expedición *
11/12/1989

Lugar de Expedición
CALI

Fecha de Nacimiento *
20/02/1971

Nacionalidad *
COLOMBIANA

Estado Civil *

Soltero

Sexo *

Masculino

Dirección de Correspondencia *

KR 23 40 A16 SUR

Departamento *

Cundinamarca

Ciudad *

SOACHA

Teléfono

1111111

Celular

3124167379

Fecha Inicio de Contrato *

2020-12-19

Total Horas Mes *

240

Tipo de Salario *

Básico - FIJO

Salario Básico *

877803

Comisiones

0

Total Sueldo Mes *

877803

Departamento Sede de Trabajo *

Bogotá D.C.

Ciudad Sede de Trabajo *

BOGOTA

Trabaja en el Sector Agropecuario *

( ) SI ( ) NO

Trabaja en Otra Empresa *

( ) SI ( ) NO

DATOS DE PERSONA(S) A CARGO

PERSONA(S) A CARGO

Autorizo el Tratamiento de Datos Personales *

( ) SI

3134 ~~329~~

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
INCOP CONSTRUCTORES LTDA
Identificada con NT No. 900161033

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 2901666643502, a partir del 01 de Abril del año 2019.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguient manera:

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO DE IDENTIFICACION	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	[illegible]	ESTADO
CC	79563306	LEON RAMIRO MARIN PEÑA	INCOP CONSTRUCTORES	5	6.96%	28/12/2020		[illegible]	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 19 de Diciembre del año 2020.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

3135

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 21/12/2020, el empleador INCOP CONSATRUCTORES LTDA identificado con NIT número 900161033 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
3018519	21/12/2020	Reingresos

DETALLE

TIPO IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CÉDULA DE CIUDADANÍA	79563306	LEON RAMIRO MARIN PEÑA	877803	OTROS OFICIALES, OPERARIOS Y OFICIOS	2020-12-19

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 21 días del mes de Diciembre del año 2020.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva EPS

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos · Gobierno de Colombia

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LEON RAMIRO MARIN PEÑA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79563306,** se encuentra afiliado/a desde **05/11/1991** 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 diciembre de 2020.

Rosa Mercedes Niño 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.

3136 331

Inscripción Trabajador

DATOS EMPRESA

Tipo de Identificación *

NIT

Número de Identificación *

900161033

Dígito de Verificación *

8

Sucursal

ANEXOS

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

( ) Si ( ) No

DATOS TRABAJADOR

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

79563306

Primer Apellido *

MARIN

Segundo Apellido

PEÑA

Primer Nombre *

LEON

Segundo Nombre

RAMIRO

Correo Electrónico *

mastercbif2832@hotmail.com

Fecha de Expedición *

14/04/1989

Lugar de Expedición

BOGOTA

Fecha de Nacimiento *

13/02/1971

Nacionalidad *

COLOMBIANA

Estado Civil *

Soltero

Sexo *

Masculino

Dirección de Correspondencia *

CL 42 B23 36 SUR

Departamento *

Cundinamarca

Ciudad *

SOACHA

Teléfono

1111111

Celular

3124385554

Fecha Inicio de Contrato *

2020-12-19

Total Horas Mes *

240

Tipo de Salario *

Básico - FIJO

Salario Básico *

877803

Comisiones

0

Total Sueldo Mes *

877803

Departamento Sede de Trabajo *

Bogotá D.C.

Ciudad Sede de Trabajo *

BOGOTA

Trabaja en el Sector Agropecuario *

( ) SI ( ) NO

Trabaja en Otra Empresa *

( ) SI ( ) NO

DATOS DE PERSONA(S) A CARGO

PERSONA(S) A CARGO

Autorizo el Tratamiento de Datos Personales *

( ) SI

3137 377

SEGUROS
BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
INCOP CONSTRUCTORES LTDA
Identificada con NT No. 900161033

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número **2901666643502**, a partir del 01 de Abril del año 2019.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguient manera:

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO DE IDENTIFICACION	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	[illegible]	ESTADO
CC	79772218	OSCAR CASTRO SOLANO	INCOP CONSTRUCTORES	5	6.96%	18/12/2020		[illegible]	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 17 de Diciembre del año 2020.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

333

3138

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4005967408	1|9|1|2|2|0|2|0

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion		3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ 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. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐		

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
CASTRO (Primer apellido)	SOLANO (Segundo apellido)	OSCAR (Primer nombre)	DE JESUS (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	79772218	Femenino ☐ Masculino ☒	1|2|0|5|1|9|7|7

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
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A	PROTECCION	877803

18.Residencia

CL 69 48 C 57 Dirección	Telefono fijo	3222499789 Telefono celular	CASTRO.JESUS@GMAIL.COM Correo electronico
BOGOTA Municipio/Distrito	zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	BOGOTA Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

	25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo 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							

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 KENNEDY - VS KENNEDY	VSKENNED - VSKENNED
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 documnto de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
INCOP CONSTRUCTORES LTDA	NIT	900161033	01

39.Ubicación

CR 11 N 53 80 Dirección	9000015 Teleéfono	INCOPCONSTRUCTORES@YAHOO.ES Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

No de Radicacion
4005967408

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		1|7|1|2|2|0|2|0

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

Oscar Castro	Leonidas Mayorga
54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	**55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio**

IX.ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

334

3139

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CASTRO SOLANO OSCAR DE JESUS** identificado(a) con **CC** número **79.772.218** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de junio de 2012 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 17 de diciembre de 2020.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

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

Inscripción Trabajador

DATOS EMPRESA

Tipo de Identificación *
NIT

Número de Identificación *
900161033

Dígito de Verificación *
8

Sucursal

ANEXOS

¿Va a presentar documentos para acreditar derecho a pago de cuota monetaria? *
( ) Si ( ) No

DATOS TRABAJADOR

Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *
79772218

Primer Apellido *
CASTRO

Segundo Apellido
SOLANO

Primer Nombre *
OSCAR DE JESUS

Segundo Nombre
DE JESUS

Correo Electrónico *
CHUPICHUPI77@HOTMAIL.COM

Fecha de Expedición *
29/09/1997

Lugar de Expedición
BOGOTA

Fecha de Nacimiento *
12/05/1977

Nacionalidad *
COLOMBIANA

3140 ~~335~~

Estado Civil *

Soltero

Sexo *

Masculino

Dirección de Correspondencia *

CL 69 48 SUR 57

Departamento *

Bogotá D.C.

Ciudad *

BOGOTA

Teléfono

3618267

Celular

3222499789

Fecha Inicio de Contrato *

2020-12-17

Total Horas Mes *

240

Tipo de Salario *

Básico - FIJO

Salario Básico *

877803

Comisiones

0

Total Sueldo Mes *

877803

Departamento Sede de Trabajo *

Bogotá D.C.

Ciudad Sede de Trabajo *

BOGOTA

Trabaja en el Sector Agropecuario *

○ SI ◉ NO

Trabaja en Otra Empresa *

○ SI ◉ NO

DATOS DE PERSONA(S) A CARGO

PERSONA(S) A CARGO

Autorizo el Tratamiento de Datos Personales *

○ SI

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
INCOP CONSTRUCTORES LTDA
Identificada con NT No. 900161033

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 2901666643502, a partir del 01 de Abril del año 2019.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	19774404	WADID JOSE PINILLOS MATUTE	INCOP CONSTRUCTORES	5	6.96%	19/01/2021		DEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 18 de Enero del año 2021.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

~~336~~ 3141

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4006098216	1|8|0|1|2|0|2|1

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion		3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☒ 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			
PINILLOS (Primer apellido)	MATUTE (Segundo apellido)	WADID (Primer nombre)	JOSE (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	19774404	Femenino ☐ Masculino ☒	0|5|0|2|1|9|7|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
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A	PORVENIR FPC	908526

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 87 G BIS 40 C 15 SUR		3229396145	INCOPCONSTRUCTORES@YAHOO.ES

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

24. Apellidos y nombres				
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1	MARBELLO	CARRERA	GEYDIS	EDITH
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo documento de identidad	26. Número de Identidad	27.Sexo Femenino	27.Sexo Masculino	28.Fecha de nacimiento
B1	CC	30088620	☒		1|2|1|2|1|9|8|4
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P
B1	CP	6					
B2							

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	BOGOTA	☒		BOGOTA		
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 KENNEDY - VS KENNEDY	VSKENNED - VSKENNED
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 documnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
INCOP CONSTRUCTORES LTDA	NIT	900161033	01

39.Ubicación

Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CR 11 N 53 80	9000015	INCOPCONSTRUCTORES@YAHOO.ES	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4006098216

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Correccion 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 beneficianos 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 regimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento
- ☐ 16.Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		1|8|0|1|2|0|2|1

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

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 publica o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o santencia judicial que declare la terminación de la union mantal.
- ☐ 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 autonzación de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64.Certificación de vinculación a una entidad autonzada 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 of cio.

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.

3142 ~~337~~

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

WADID JOSE PINILLOS MATUTE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **19.774.404**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 18 de Enero del 2021.

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.

CAFAM **Inscripción Trabajador**

3143 ~~338~~ 358

DATOS EMPRESA

Tipo de Identificación *
NIT

Número de Identificación *
900161033

Dígito de Verificación *
8

Sucursal

ANEXOS

¿Va a presentar documentos para acreditar derecho a pago de cuota monetaria? *
( ) Si ( ) No

DATOS TRABAJADOR

Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *
19774404

Primer Apellido *
PINILLOS

Segundo Apellido
MATUTE

Primer Nombre *
WADID

Segundo Nombre
JOSE

Correo Electrónico *
JOSEPINILLOS29@GMAIL.COM

Fecha de Expedición *
30/06/1994

Lugar de Expedición
TALAIGA NUEVO

Fecha de Nacimiento *
05/02/1976

Nacionalidad *
COLOMBIANA

Estado Civil *

Soltero

Sexo *

Masculino

Dirección de Correspondencia *

KR 87 G 40 C15 SUR

Departamento *

Bogotá D.C.

Ciudad *

BOGOTA

Teléfono

2073122

Celular

3229396145

Fecha Inicio de Contrato *

2021-01-18

Total Horas Mes *

240

Tipo de Salario *

Básico - FIJO

Salario Básico *

908526

Comisiones

0

Total Sueldo Mes *

908526

Departamento Sede de Trabajo *

Bogotá D.C.

Ciudad Sede de Trabajo *

BOGOTA

Trabaja en el Sector Agropecuario *

( ) SI ( ) NO

Trabaja en Otra Empresa *

( ) SI ( ) NO

DATOS DE PERSONA(S) A CARGO

PERSONA(S) A CARGO

Primer Apellido *

PINILLOS

3144 ~~339~~

Segundo Apellido
MARBELLO

Primer Nombre *
ANIBAL

Segundo Nombre
JOSE

Parentesco *
Hijo

Tipo de Identificación
Tarjeta de Identidad

Número de Identificación *
1002474091

Sexo *
Masculino

Discapacidad *
(SI (NO

Fecha de Nacimiento
26/07/2001

Otro Padre Recibe Cuota Monetaria *
(SI (NO

Primer Apellido *
PINILLOS

Segundo Apellido
MARBELLO

Primer Nombre *
JHORDITH

Segundo Nombre
JOSE

Parentesco *
Hijo

Tipo de Identificación
Tarjeta de Identidad

Número de Identificación *
1002474557

Sexo *
Masculino

Discapacidad *
(SI (NO

Fecha de Nacimiento
09/02/2003

Otro Padre Recibe Cuota Monetaria *

○ SI ◉ NO

Primer Apellido *

PINILLOS

Segundo Apellido

BELTRAN

Primer Nombre *

OSNAIDER

Segundo Nombre

DAVID

Parentesco *

Hijo

Tipo de Identificación

Tarjeta de Identidad

Número de Identificación *

1019984174

Sexo *

Masculino

Discapacidad *

○ SI ◉ NO

Fecha de Nacimiento

18/10/2004

Otro Padre Recibe Cuota Monetaria *

○ SI ◉ NO

Autorizo el Tratamiento de Datos Personales *

◉ SI

POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

SEGUROS BOLÍVAR

3145 ~~340~~

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
INCOP CONSTRUCTORES LTDA
Identificada con NT No. 900161033

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 2901666643502, a partir del 01 de Abril del año 2019.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	1131064012	WILDER ENRIQUE PERTUZ BARRETO	INCOP CONSTRUCTORES	5	6.96%	20/01/2021		DEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 19 de Enero del año 2021.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4006110789	1|9|0|1|2|0|2|1

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 [X] B.Reporte de Novedades [ ]	B. Colectiva [ ]	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia [X] -Beneficiario afiliado adicional [ ] B. Institucional [ ] B. De oficio [ ]	A.Contributivo [X] B.Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cot zante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
PERTUZ (Primer apellido)	BARRETO (Segundo apellido)	WILDER (Primer nombre)	ENRIQUE (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1131064012	Femenino [ ] Masculino [X]	1|0|1|1|1|9|8|5

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A	PORVENIR FPC	908526

18.Residencia

CL 20 NO. 15 - 22 (Dirección)	Telefono fijo	3163644647 (Telefono celular)	WILDERBARRETO31@GMAIL.COM (Correo electronico)

BOGOTA (Municipio/Distrito)	zona Urbana [X] Rural [ ]	Localidad / comuna	BOGOTA (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

	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 CHAPINERO - VS CHAPINERO	VSCHAPINER - VSCHAPINER
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
INCOP CONSTRUCTORES LTDA	NIT	900161033	01

39.Ubicación

CR 11 N 53 80 (Dirección)	9000015 (Teleéfono)	INCOPCONSTRUCTORES@YAHOO.ES (Correo electrónico)	BOGOTA (Municipio/distrito)	BOGOTA (Departamento)

3146 344

No de Radicacion
4006110789

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 49. ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- [redacted] Autonzación 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.
- [redacted] Autonzación para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- 52. ☒ Autonzación 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 20 13
- 53. ☒ Autonzación 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
Wilder Pertuz	Leonidas Mojano

IX.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 [illegible]nación de la union mantal.

Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor

- 61. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- 62. ☐ Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- 63. ☐ Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- 64. ☐ Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- 65. ☐ Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

3147

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

3147

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre
PERTUZ	BARRETO	WILDER	ENRIQUE

No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
1131064012	CC	1985 11 10	X	2021 01 19

Apreciado usuario: La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la carta de desempeño son unas importantes herramientas 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 comunicaciones 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

Con su aprobación para el envío de información por medios electrónicos, usted recibirá nuestras comunicaciones relacionadas con novedades de su afiliación y/o de alguno de sus beneficiarios, recordatorio de citas médicas, adicionalmente le remitiremos información de campañas, planes de promoción y prevención diseñados para su bienestar y el de su grupo familiar y en general todo lo que impacte en el cuidado de la salud.

Yo: WILDER ENRIQUE PERTUZ BARRETO identificado con el documento de identidad número: 1131064012, X autorizo a Salud Total EPS a enviarme información vía email y/o medios electrónicos.

Firma Cotizante: _____

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

Tu salud no es a medias debe ser total

Salud Total EPS

Huella digital
(en caso de no saber firmar)

F309-RVA V1.0-2013

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

WILDER ENRIQUE PERTUZ BARRETO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.131.064.012**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 19 de Enero del 2021.

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.

3148 ~~343~~

CAFAM **Inscripción Trabajador**

DATOS EMPRESA

Tipo de Identificación *
NIT

Número de Identificación *
900161033

Dígito de Verificación *
8

Sucursal

ANEXOS

¿Va a presentar documentos para acreditar derecho a pago de cuota monetaria? *
( ) Si ( ) No

DATOS TRABAJADOR

Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *
1131064012

Primer Apellido *
PERTUZ

Segundo Apellido
BARRETO

Primer Nombre *
WILDER

Segundo Nombre
ENRIQUE

Correo Electrónico *
wilderenriquepertuz10@gmail.com

Fecha de Expedición *
11/02/2004

Lugar de Expedición
ALBANIA

Fecha de Nacimiento *
10/12/1985

Nacionalidad *
COLOMBIANA

Estado Civil *

Soltero

Sexo *

Masculino

Dirección de Correspondencia *

CL 20 15 22

Departamento *

Bogotá D.C.

Ciudad *

BOGOTA

Teléfono

7774867

Celular

Fecha Inicio de Contrato *

2021-01-19

Total Horas Mes *

240

Tipo de Salario *

Básico - FIJO

Salario Básico *

908526

Comisiones

0

Total Sueldo Mes *

908526

Departamento Sede de Trabajo *

Bogotá D.C.

Ciudad Sede de Trabajo *

BOGOTA

Trabaja en el Sector Agropecuario *

( ) SI ( ) NO

Trabaja en Otra Empresa *

( ) SI ( ) NO

DATOS DE PERSONA(S) A CARGO

PERSONA(S) A CARGO

Autorizo el Tratamiento de Datos Personales *

( ) SI

3144

3149

Colmena Seguros

NIT: 800226175-3
Línea Efectiva 018000-9-19667

CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

Colmena *seguros* se permite certificar que el (la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra (ó) afiliado(a) a esta administradora de riesgos laborales bajo los siguientes datos:

NOMBRE:	RAMIREZ BOLAÑOS DAIRO
IDENTIFICACION:	C.C. 1019058167
INICIO DE VIGENCIA:	15/01/2021
CARGO:	AYUDANTE DE OBRA
CLASE DE RIESGO:	V
TASA:	6.96
ESTADO ACTUAL:	VIGENTE

DATOS CONTRATANTE

RAZON SOCIAL:	CONSTRUCCIONES LW SAS
CC /NIT:	901417939
CONTRATO:	1190526
INICIO DE VIGENCIA:	15/01/2021
ESTADO ACTUAL:	ACTIVO

La presente se expide a los 15 días del mes de Enero del año 2021.

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

Cordialmente,

Elba Cuadros Corredor
Dirección de Canales
Colmena seguros

VIGILADO

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVE...

Sanitas

~~345~~
3150

2. Tipo de Afiliación

5. Tipo de Co...

A. AFILIACIÓN

BAÑOS

3 Número del documento de identidad

1019.058.167

12. Sexo F N M

13. Parentesco

Condición T P

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL

16. Ac...

CALLE 90 # 85-25

3.352.19.83

BOGOTA

Victims #72.74

Escaneado con CamScanner

3151 346

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

DAIRO RAMIREZ BAÑOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.019.058.167**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Enero del 2021.

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.

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR

NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 15 de Enero de 2,021

A QUIEN INTERESE

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

No. de Identificación	: 1019058167
Nombre	: DAIRO RAMIREZ BANOS
Empresa/Contratante	: CONSTRUCCIONES LW SAS
Tipo Identificación Empresa	: NIT
No. Identificación Empresa	: 901417939
Fecha de Afiliación a CCF	: 2021/01/13
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2021/01/13
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

No se encontraron beneficiarios inscritos a cargo del trabajador.

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

Atentamente.

GESTIÓN DE VINCULADOS
Elaboró: TRANSACCIONES EN LÍNEA

ISO 9001
IQNet
VIGILADO

3152

Colmena Seguros

NIT: 800226175-3
Línea Efectiva: 018000-9-19667

FUNDACION GRUPO SOCIAL

CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

Colmena *seguros* se permite certificar que el (la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra (ó) afiliado(a) a esta administradora de riesgos laborales bajo los siguientes datos:

NOMBRE:	ARIAS AMARIS CARLOS ALBERTO
IDENTIFICACION:	C.C. 73562793
INICIO DE VIGENCIA:	15/01/2021
CARGO:	AYUDANTE DE OBRA
CLASE DE RIESGO:	V
TASA:	6.96
ESTADO ACTUAL:	VIGENTE

DATOS CONTRATANTE

RAZON SOCIAL:	CONSTRUCCIONES LW SAS
CC /NIT:	901417939
CONTRATO:	1190526
INICIO DE VIGENCIA:	15/01/2021
ESTADO ACTUAL:	ACTIVO

La presente se expide a los 15 días del mes de Enero del año 2021.

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

Cordialmente,

Elba Cuadros Corredor
Dirección de Canales
Colmena seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD Colmena Seguros S.A.

Famisanar EPS

NIT 830 003 564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9007300729

9007300729

No. de Radicación 20939697

Fecha de Radicación 13 01 2021

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

I. DATOS DEL AFILIADO

1. Tipo de Afiliado: A. Cotizante X | B. Beneficiario | C. Adicional | D. Pensionado

2. Tipo de Afiliación: A. Cabeza de Familia X | B. Conyuge | C. Compañero(a) permanente | D. Padre o madre | E. Hijastro(a) | F. Padrastro | G. Hijo(a) | H. Hermano(a) | I. Abuelo(a) | J. Nieto(a) | K. Otro familiar | L. Independiente | M. Servicio Domestico | N. Aportante

3. Régimen: A. Contributivo X | B. Subsidiado | C. Excepción | D. Especial

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante X | B. Obligado de Aportar | C. Beneficiario

5. Código: A. Activo X | B. Suspendido | C. Retirado (Reportado por la EPS)

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

6. Apellidos y nombres			
ARIAS	AMARIS	CARLOS	ALBERTO

7. Tipo de documento de identidad: CC

8. Número del documento de identidad: 73562793

9. Sexo: Femenino | Masculino X

10. Fecha de nacimiento: 11 07 1970

II. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Peso: 0

12. Discapacidad:

13. Puntaje SISBEN: 0

14. Grupo de población especial:

15. Administradora de riesgos laborales a la que está afiliado: AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

16. Administradora de pensiones: ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPEN

17. Salario básico: $908.526

18. Ocupación: CL 71 M 26 95

19. Teléfono: NT 3112083335

20. Zona: Urbana X | Rural

21. Departamento: BOGOTA DISTRITO CAPITAL

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente, padres y hermanos del cotizante)

22. Apellidos y nombres

23. Tipo de documento de identidad

24. Número del documento de identidad

25. Sexo: Femenino | Masculino

26. Fecha de nacimiento

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

27. Apellidos y nombres: Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad

29. Número del documento de identidad

30. Sexo: Femenino | Masculino

31. Fecha de nacimiento

32. Parentesco

33. Edad

34. Discapacidad

35. Datos de residencia: Número - Distrito | Zona | Departamento

36. Valor de la UPC del afiliado adicional a reportar la EPS

Solicitud de la IPS Primaria

37. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS: COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO CALLE 26

38. Código de la IPS: 455

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y/O APORTANTE O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, ASÍ: EL PAGADOR DE PENSIONES

39. Nombre o razón social: CONSTRUCCIONES LW SAS

40. Tipo de documento de identificación: NT

41. Número del documento de identificación: 901417939

42. Dígito de verificación:

43. Dirección: CR 47 B 72 29 SUR

44. Código:

45. Teléfono: 3003813630

46. Departamento: BOGOTA

47. Municipio: DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

48. Tipo de Novedad

1. Ingreso a la Base de Datos de Afiliación
2. Actualización de Información Básica de Identificación
3. Actualización de Información Básica de Ubicación
4. Actualización de Información Básica Complementaria
5. Traslado de Entidad Promotora de Salud (EPS)
6. Inclusión de Beneficiarios o de Afiliados Adicionales
7. Exclusión de Beneficiarios o de Afiliados Adicionales
8. Suspensión de la Afiliación por Mora en el Aporte
9. Suspensión de la Afiliación por Fraude
10. Suspensión de la Afiliación por Información Inconsistente
11. Suspensión de la Afiliación por Pérdida de la Calidad de Beneficiario
12. Suspensión de la Afiliación por Orden Administrativa
13. Suspensión de la Afiliación por Orden Judicial
14. Suspensión de la Afiliación por Solicitud del Afiliado
15. Suspensión de la Afiliación por Fallecimiento del Afiliado
16. Validación de Derechos para Reclamar Subsidio
17. Reporte de la Novedad de Preexistencias
18. Reporte de la Semana de Pensionado
19. Novedad de Aportante: A. Ingreso Contributivo X | B. Ingreso Subsidiado | C. Ingreso Pensionado | D. Ingreso Independiente | E. Ingreso Servicio Domestico | F. Otra Novedad

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

49. Tipo de documento de identificación

50. Número de documento de identidad

51. Sexo: Femenino | Masculino

52. Fecha de nacimiento

53. Fecha novedad: 13 01 2021

54. EPS a la que pertenece: FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO

55. Motivo de traslado: Código

56. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

1. Declaro bajo la gravedad de juramento que la información aquí consignada es veraz y corresponde a la verdad. X
2. Autorizo mi afiliación al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
3. Declaro que he recibido información sobre los requisitos para ejercer el derecho a la compensación familiar y autorizo a la Caja de Compensación Familiar a la cual me afilio para que verifique la información que suministro en el presente formulario.
4. Autorizo a mi empleador para que descuente de mi salario el valor correspondiente a mi aporte y cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud. X
5. Autorizo a mi empleador para que descuente de mi salario el valor correspondiente a mi aporte y cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud. X
6. Autorizo a mi empleador para que descuente de mi salario el valor correspondiente a mi aporte y cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud. X
7. Autorizo a mi empleador para que descuente de mi salario el valor correspondiente a mi aporte y cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud. X

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

Total

1. Fotocopia del documento de identidad (ampliado al 150%) del cotizante
2. Fotocopia del documento de identidad del cónyuge o compañero(a) permanente
3. Fotocopia del documento de identidad de los padres del cotizante
4. Fotocopia del documento de identidad de los hijos del cotizante
5. Fotocopia del Certificado de afiliación y/o reporte de novedades
6. Fotocopia del Certificado de afiliación y/o reporte de novedades
7. Fotocopia del Certificado de afiliación y/o reporte de novedades
8. Fotocopia del Certificado de afiliación y/o reporte de novedades
9. Fotocopia del Certificado de afiliación y/o reporte de novedades
10. Fotocopia del Certificado de afiliación y/o reporte de novedades
11. Fotocopia del Certificado de afiliación y/o reporte de novedades

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial

67. Datos del SISBEN: Número de la ficha | Puntaje | Área

68. Fecha de radicación

69. Fecha de validez

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad

Número del documento de identidad

OBSERVACIONES

71. Firma del funcionario

CARGO: AYUDANTE DE OBRA

INTERNET

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9007300729

9007300729

348

3153

CUESTIONARIO ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

	SI	NO
¿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	
¿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	
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	X	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	
¿Autoriza a EPS Famisanar S.A.S el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?		X

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

En mi calidad de solicitante, manifiesto de manera libre, expresa, inequívoca y espontánea que otorgo a la EPS FAMISANAR S.A.S en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar mis DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento según la ley, de mis hijos menores y de los beneficiarios de mi grupo familiar a sus Bases de Datos con la finalidad de realizar las actividades propias de su objeto social y en los términos previstos en su POLITICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD disponibles en **www.famisanar.com.co** todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Así mismo manifiesto que me asisten los derechos como titular de los datos personales consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 8° Decreto 1377 de 2013).

Datos sensibles. *Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar discriminación tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013).*

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos CARLOS ALBERTO ARIAS AMARIS
Identificación: CC 73562793

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

De acuerdo a lo definido en el artículo 4° de la Ley 1805 manifiesto a continuación que mi voluntad de ser donante de órganos y tejidos es:

SI ☐ NO ☒

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos CARLOS ALBERTO ARIAS AMARIS
Identificación: CC 73562793

ARTÍCULO 15. Los menores de edad podrán ser donantes de organos y tejidos, siempre y cando sus representantes legales expresen su consentimiento informado para la donación de órganos y/o tejidos dentro de las (8) horas siguientes a la concurrencia de la muerte cerebral. El médico responsable deberá informarles sus derechos y los beneficios de la donación.

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) _____ identificado (a) con el documento No _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el (la) señor(a) _____ quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impuesta pertenece al señor (a) _____

Firmante a Ruego:

Nombres y Apellidos: _____
Identificación: _____
Edad: _____
Dirección de Domicilio: _____

Nombres y Apellidos de quien no sabe o no puede firmar: _____

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CARLOS ALBERTO ARIAS AMARIS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **73.562.793**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Enero del 2021.

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.*

3449

3154

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR

NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 15 de Enero de 2,021

A QUIEN INTERESE

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

No. de Identificación	: 73562793
Nombre	: CARLOS ALBERTO ARIAS AMARIS
Empresa/Contratante	: CONSTRUCCIONES LW SAS
Tipo Identificación Empresa	: NIT
No. Identificación Empresa	: 901417939
Fecha de Afiliación a CCF	: 2021/01/13
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2021/01/13
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

No se encontraron beneficiarios inscritos a cargo del trabajador.

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

Atentamente.

GESTIÓN DE VINCULADOS
Elaboró: TRANSACCIONES EN LÍNEA

ISO 9001 SC 5982-14 IQNet

FOR-PSA-0111

VIGILADO

Colmena Seguros

NIT: 830226175-3
Línea Efectiva: 018000 9-19667

CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

Colmena *seguros* se permite certificar que el (la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra (ó) afiliado(a) a esta administradora de riesgos laborales bajo los siguientes datos:

NOMBRE:	ARRIETA RIVAS JORGE LUIS
IDENTIFICACION:	C.C. 1102896225
INICIO DE VIGENCIA:	15/01/2021
CARGO:	AYUDANTE DE OBRA
CLASE DE RIESGO:	V
TASA:	6.96
ESTADO ACTUAL:	VIGENTE

DATOS CONTRATANTE

RAZON SOCIAL:	CONSTRUCCIONES LW SAS
CC /NIT:	901417939
CONTRATO:	1190526
INICIO DE VIGENCIA:	15/01/2021
ESTADO ACTUAL:	ACTIVO

La presente se expide a los 15 días del mes de Enero del año 2021.

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

Cordialmente,

Elba Cuadros Corredor
Dirección de Canales
Colmena seguros

VIGILADO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

3155

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9007315250

9007315250

No. de formulario: 20965921

Fecha de Expedición: 18 01 2021

DATOS DEL TRÁMITE — Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

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

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

6. Apellidos y nombres: ARRIETA | RIVAS | JORGE | LUIS

7. Tipo de documento de identidad: CC | 8. Número del documento de identidad: 1102896225 | 9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X] | 10. Fecha de nacimiento: 07 01 1984

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia: Tipo [ ] Condición [ ] | 12. Discapacidad | 13. Puntaje SISBEN | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de riesgos laborales - ARL: COLMENA RIESGOS PROFESIONALES S.A | 16. Administradora de pensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC: $908.526 | 18. Residencia: Zona Urbana [ ] Rural [ ]

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

19. Apellidos y nombres

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

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

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo	Condición	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		

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: CONSTRUCCIONES LW SAS | 36. Tipo de documento de identificación: NIT | 37. Número del documento de identificación: 901417939 | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación: CR 47 B 72 29 SUR | 3003813630 | BOGOTA | DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la afiliación con la EPS [ ] Código [ ] 6. Reincorporación 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 suspensión de condiciones para cotizar [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte de inicio de relación laboral con cotizante o cabeza de familia [ ] 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

Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento | 42. Fecha novedad: 15 01 2021

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

1. Autorizo la afiliación de los beneficiarios o afiliados adicionales.
2. Declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada corresponde a la verdad. Soy consciente que la información suministrada puede ser verificada por la EPS.
3. Autorizo a mi empleador para descontar de mi salario el valor correspondiente a mi cotización y de ser el caso, el valor correspondiente a la cotización de mi cónyuge o compañero(a) permanente y de mis beneficiarios.
4. Autorizo a mi empleador para descontar de mi salario el valor correspondiente a mi cotización y de ser el caso, el valor correspondiente a la cotización de mi cónyuge o compañero(a) permanente y de mis beneficiarios.
5. Autorizo a mi empleador para descontar de mi salario el valor correspondiente a mi cotización y de ser el caso, el valor correspondiente a la cotización de mi cónyuge o compañero(a) permanente y de mis beneficiarios.
6. Autorizo a mi empleador para descontar de mi salario el valor correspondiente a mi cotización y de ser el caso, el valor correspondiente a la cotización de mi cónyuge o compañero(a) permanente y de mis beneficiarios.
7. Autorizo a mi empleador para descontar de mi salario el valor correspondiente a mi cotización y de ser el caso, el valor correspondiente a la cotización de mi cónyuge o compañero(a) permanente y de mis beneficiarios.
8. Autorizo a mi empleador para descontar de mi salario el valor correspondiente a mi cotización y de ser el caso, el valor correspondiente a la cotización de mi cónyuge o compañero(a) permanente y de mis beneficiarios.
9. Autorizo a mi empleador para descontar de mi salario el valor correspondiente a mi cotización y de ser el caso, el valor correspondiente a la cotización de mi cónyuge o compañero(a) permanente y de mis beneficiarios.
10. Autorizo a mi empleador para descontar de mi salario el valor correspondiente a mi cotización y de ser el caso, el valor correspondiente a la cotización de mi cónyuge o compañero(a) permanente y de mis beneficiarios.

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

46. Anexo: Fotocopia del documento de identidad: CN [ ] TI [ ] CE [ ] PA [ ] RC [ ] Cantidad [ ] Folios [ ]
47. Fotocopia del registro civil de nacimiento o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
48. Fotocopia del registro civil de nacimiento o 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 unión marital
49. Fotocopia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
50. Fotocopia de la tutela o del acto administrativo de custodia
51. Fotocopia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración juramentada por el cotizante sobre la ausencia de los padres
52. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
53. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
54. Fotocopia del documento que constate la existencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o de entrega de la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

55. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	57. Datos del SISBÉN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	58. Fecha de radicación	59. Fecha de validación

60. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | OBSERVACIONES: CARGO: AYUDANTE DE OBRA

71. Firma del funcionario

VIGILADO

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

INTERNET

Cambio Tipo Trabajador - Independiente a Dependiente

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JORGE LUIS ARRIETA RIVAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.102.896.225**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Enero del 2021.

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.

3156

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR

NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 18 de Enero de 2,021

A QUIEN INTERESE

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

No. de Identificación	: 1102896225
Nombre	: JORGE LUIS ARRIETA RIVAS
Empresa/Contratante	: CONSTRUCCIONES LW SAS
Tipo Identificación Empresa	: NIT
No. Identificación Empresa	: 901417939
Fecha de Afiliación a CCF	: 2021/15/01
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2021/15/01
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

No se encontraron beneficiarios inscritos a cargo del trabajador.

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

Atentamente.

GESTIÓN DE VINCULADOS
Elaboró: TRANSACCIONES EN LÍNEA

ISO 9001 SC 5082-14 IQNet

FOR-PSA-0111

VIGILADO

ARL | sura

Medellín, 20 de Enero de 2021

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 ALQUIEQUIPOS J&F S.A.S que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000004256 - ALQUIEQUIPOS J&F S.A. S, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre		Fecha Inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C80117236	GONZALEZ	HECTOR ENRIQUE	08/07/2020		14323334	DEPENDIENTE

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:C800098472102062174

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 20/01/2021 17:16:14 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.90.69, 198.143.47.12, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

3157
352

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) HECTOR ENRIQUE GONZALEZ identificado(a) con CC 80117236 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**01/06/2015**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO CAJICA**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 20 días del mes de enero del año 2021 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GONZALEZ HECTOR ENRIQUE** identificado(a) con **CC** número **80.117.236** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 19 de marzo de 2002 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 20 de enero de 2021.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

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

Colsubsidio
Con todo lo que te mereces

3158 ~~353~~

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) HECTOR ENRIQUE GONZALEZ identificado(a) con CC No. 80117236, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de ALQUIEQUIPOS JYF SAS con NIT 9012942568:

- Fecha de afiliación a la Caja: 23/07/2020.
- Fecha de ingreso a la empresa: 06/07/2020.

En su grupo familiar figura(n) el(los) siguiente(s) registro(s) JAIDER JULIAN GONZALEZ BONILLA

JOSÉ LEONARDO GONZÁLEZ VEGA
Jefe de Sección Operación Afiliaciones

Bogotá D.C. 20/01/2021

VIGILADO SuperSubsidio

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN DEL DIA 05/01/2021

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	900626809	**Cédula Usuario:**	C 3020244
Nombre:	CONSTRUCCIONES Y URBANISMO JOSE AMAYA S.A.S.				
Dirección:	CL 10 80 41 TR 3AP511				
Departamento:	BOGOTA D.C.	**Municipio:**	BOGOTA D.C.		
Correo electrónico:	JOSEMA16@HOTMAIL.COM				
Teléfono:	3840369	**Tarifa:**	6.960		
Actividad Económica:	5451201 TRABAJOS DE PREPARACION DE TERRENOS PARA OBRAS CIVILES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
C 3020244	JOSE ANTONIO AMAYA VINCHIRA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	35	06/01/2021	C 1010010098	ESPITIA QUINTERO ANGEL	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.

Cordial saludo,

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

D26C778B7B72FC20ACA5A6443D055B05

Certificado impreso el día 1/5/2021 3:37:36 PM por el portal de empresas Edesk

3159



www.positiva.gov.co



ANGEL JESUS
ESPITIA QUINTERO
1010010098

CONSTRUCCIONES Y URBANISMO JC
900626809

Este carné es personal e intransferible.

LO BUENO DEBE SER PARA TODOS

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

NIT 800.251.440-6

No. de Radicación

Fecha de Radicación

138225489

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

1. Tipo de Trámite
A. Afiliación B. Reporte de Novedades

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 B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado
A. Cotizante B. Cabeza de Familia C. Beneficiario

5. Tipo de Cotizante
A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado

Código
(a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO COTIZANTE O CABEZA DE FAMILIA

6. Apellidos y nombres
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

7. Tipo de documento de identidad
CN TI CE CD
RC CC PA SC

8. Número del documento de identidad

9. Sexo
Femenino Masculino

10. Fecha de nacimiento

DATOS DEMOGRÁFICOS

Datos Personales

11. Etnia

12. Discapacidad
Tipo F N M Condición T P

13. Puntaje SISBÉN

14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL

16. Administradora de Pensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC

18. Residencia
Dirección

Teléfono Fijo

Teléfono Celular

Correo Electrónico

Municipio / Distrito

Zona
Urbana Rural

Localidad / Comuna

Departamento

DATOS DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR

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

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

20. Tipo de documento de identidad
CN TI CE CD
RC CC PA SC

21. Número del documento de identidad

22. Sexo
Femenino Masculino

23. Fecha de nacimiento

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

24. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos Complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

Código de la IPS (a registrar por la EPS)

C

3160

35. Nombre o razón social	36. Tipo documento de Identificación	37. Número del documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
	NIT TI CE CC PA CD		355

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
- 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

DATOS DEL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
CN RC TI CC CE PA CD SC		Femenino Masculino		

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

NOMENCLATURAS Y ACLARACIONES

- 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 publicas 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.

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

56. Anexo copia del 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.

DATOS DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio / Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número de ficha / Puntaje / Nivel	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento	Numero de documento de identidad	71. Firma del Funcionario

Observaciones:

EPS Sanitas
OFICINA ZONA IN
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS

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

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

ANGEL JESUS ESPITIA QUINTERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.010.010.098**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 05 de Enero del 2021.

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 qué?*** *porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.*

3161
356

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 901130548
Número Afiliación: 80089982
Razón social: EPORT MAQUINARIA SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 80071044
Nombre: JOSE DARIO GUIO ROJAS
Fecha Ingreso: 11/10/2020
Salario básico: 877.803
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: SUCURSAL 1
Centro de trabajo: CTRAB 005
Tasa: 6,960
Fecha hora transacción: 10/10/2020 06:22:49 a.m.

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9007066659

9007066659

20382157

09 10 2020

Las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de Usuario	2. Tipo de Afiliado	3. Régimen	4. Tipo de Afiliado	5. Traslado Régimen	Código
A. Afiliado X	A. Cotizante [X] B. Cónyuge C. Compañero(a) permanente D. Padre	A. Contributivo [X]	A. Cotizante X	A. Convenio X	Código asignado por la EPS
B. Adicional		B. Subsidiado	B. Pensionado	B. Ninguno	
			C. Beneficiario		

A. AFILIACIÓN B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (No consigne tildes ni caracteres especiales)

6. Apellidos y nombres				
	GUIO	ROJAS	JOSE	DARIO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento		
			Día	Mes	Año
CC	80071044	Masculino X Femenino	10	10	1981

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Todos personales)

11. Ocupación	12. Nivel educativo	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Entidad Administradora de Pensiones
				AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

16. Número Base de Cotización (IBC) o Renta	17. Dirección de residencia	18. Teléfono
$877.803	CR 28 76 83 SUR	7901394

19. Correo electrónico	20. Municipio de residencia	21. Departamento de residencia
joseguiorojas@gmail.com	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

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

22. Apellidos y nombres	23. Tipo de documento de identidad	24. Número del documento de identidad	25. Sexo	26. Fecha de nacimiento

Beneficiarios de identificación de los pensionados y de los afiliados adicionales

27. Apellidos y nombres	28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo	31. Fecha de nacimiento	32. Parentesco	33. Edad

V. DATOS LABORALES

34. Ocupación	35. Clase de trabajador	36. Salario	37. Fecha de ingreso	38. Horario	39. Valor de la UPC adicional a reconocer por la EPS

Información de la IPS Primaria

40. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS

VI. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, ADMINISTRADORAS DE OFICIO

41. Razón Social	42. Tipo de documento de identificación	43. Número de documento de identificación	44. Dígito de verificación	45. Código de la actividad económica - CIIU
EPORT MAQUINARIA SAS	NT	901130548		

46. Dirección	47. Teléfono	48. Correo electrónico	49. Departamento	50. Municipio
CL 48 S 87 86 T 12 APTO 447	4780281	EPORTMAQUINARIASAS	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

51. Tipo de Novedad

1. Ingreso 2. Retiro 3. Cambio Tipo de Afiliado 4. Cambio Tipo de Documento de Identidad 5. Actualización de Datos 6. Traslado Régimen 7. Traslado Entre EPS 8. Traslado Entre Cajas 9. Corrección 10. Reactivación 11. Suspensión Temporal 12. Novedad Cónyuge 13. Novedad Padres 14. Novedad Hijos 15. Novedad Madre Gestante 16. Novedad Pensionado 17. Novedad Independiente Voluntario 18. Novedad Independiente Obligatorio

X

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

52. Datos anteriores de identificación

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento		
			Día	Mes	Año
			09	10	2020

53. EPS anterior	54. Motivo de traslado	55. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	Código	

VIII. DECLARACIONES Y ACTUALIZACIONES

56. Declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro afiliado a ninguna EPS	X
57. Solicito mi afiliación al Régimen Contributivo, especial o de excepción	
58. Declaro que he recibido información sobre los deberes y derechos en salud y autorizo la consulta de mis antecedentes	X
59. Autorizo a mi empleador, cuando aplique, a descontar de mi salario el valor correspondiente a mi cotización y a girarlo a la EPS	X
60. Autorizo a mi empleador, cuando aplique, a descontar de mi salario el valor correspondiente a mi cotización y a girarlo a la EPS	X
61. Autorizo a mi empleador, cuando aplique, a descontar de mi salario el valor correspondiente a mi cotización y a girarlo a la EPS	X
62. Autorizo a mi empleador, cuando aplique, a descontar de mi salario el valor correspondiente a mi cotización y a girarlo a la EPS	X

IX. FIRMAS

63. Afiliado

Firma

IX. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

64. Identificación de la Entidad Territorial	67. Datos del SISBEN	68. Fecha de validación	69. Fecha de actualización
Tipo de documento	Número de ficha	Puntaje	Fecha

70. Estado del Formulario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES
		CARGO: OPERARIO DE FABRICACION ELECTRONICA

Nombre que aparece en la tarjeta del afiliado, manifiesto el verdadero dato de nombre registrado y en los datos básicos, consignados en el numeral VII del presente formulario.

INTERNET

Folio Complementario

3162
359

PENSIONES Y CESANTÍAS
PROTECCION

FONDO DE PENSIONES PROTECCION
NIT 800.198.281
CLL 49 # 63 - 100
MEDELLÍN

HACE CONSTAR QUE:

El (la) señor: **JOSE DARIO GUIO ROJAS** identificado con cedula de ciudadanía de identificación No **80071044 de** (BOGOTA D.C.) se encuentra afiliado(a) al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCION S.A.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 09 de octubre de 2020.

Cordialmente.

JUAN GUILLERMO RUEDA OSORIO
JEFE DE ADMINISTRACIÓN DE CUENTAS

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 15 de Enero de 2,021

A QUIEN INTERESE

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

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 80071044
Nombre	: JOSE DARIO GUIO ROJAS
Empresa/Contratante	: EPORT MAQUINARIA SAS
Idenficación Empresa	: NIT
No. Identificación Empresa	: 901130548
Fecha de Afiliación a CCF	: 2020/10/10
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2020/10/09
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

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

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

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIÓN DE INFORMACION EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

ISO 9001 icontec SC 5692-14
IQNet
VIGILADO SuperSubsidio

3163

ARL | sura 358

Medellín, 06 de enero de 2021

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 COMPAÑIA DE INFRAESTRUCTURA VIAL COLOMBIANA SAS que se encuentra EN MORA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 CEINCO 1	Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C96343006	ROSERO MOSQUERA JAIR	07/01/2021		4064T349	DEPENDIENTE

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 06/01/2021 19:04:49 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.86.32.242, 198.143.41.29, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

"Código Unicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

01 B 12598301

No. de Radicación SAT

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRAMITE
2. TIPO DE AFILIACION
3. SUBSIDIADO
4. TIPO DE AFILIADO
5. TIPO DE COTIZANTE
FECHA DE AFILIACION 01 2021

II. IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO

6. APELLIDOS Rosero
7. PRIMER APELLIDO Mosquera
8. PRIMER NOMBRE Jair
9. NUMERO DE IDENTIFICACION 96343006
10. SEXO M
11. FECHA DE NACIMIENTO 25 10 1978
12. DATOS COMPLEMENTARIOS
13. PAIS DE RESIDENCIA
14. MUNICIPIO DE RESIDENCIA
15. DEPARTAMENTO
16. ZONA DE RESIDENCIA
17. DIRECCION DE RESIDENCIA CR 19
18. CIUDAD Bta
19. DEPARTAMENTO Cmarca
20. TELEFONO FIJO
21. TELEFONO CELULAR 3217537149
22. CORREO ELECTRONICO
23. CODIGO EPS

III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DEL NÚCLEO FAMILIAR O DE LOS AFILIADOS ADICIONALES

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	25. SEGUNDO APELLIDO	26. PRIMER NOMBRE	27. SEGUNDO NOMBRE	28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NUMERO DE IDENTIDAD	30. FECHA DE NACIMIENTO	31. PARENTESCO	32. SEXO	33. PAIS DE RESIDENCIA	34. MUNICIPIO DE RESIDENCIA	35. ZONA DE RESIDENCIA
1												
2												
3												
4												

nueva eps
RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS
NOMBRE Mayuri Yepes
CLAVE ASESOR 4909
REGIONAL Bta
FECHA Enero 2021
CODIGO No. 125000 0263

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O PENSIONADO

36. Tipo de Empleador
37. Razón Social o Apellidos y Nombres Compañía de Ingeniería
38. Tipo de documento de identidad
39. Número de identificación 901160188
40. DV 1
41. Tipo de Aportante
42. Dirección Av Cl 68 sur # 70 D-71
43. Ciudad Bta
44. Departamento Cmarca
45. Teléfono 3208691956
46. Fecha Inicio de Relación Laboral 06 01 2021
47. Cargo Operario
48. Salario 908526

V. REPORTE DE NOVEDADES

49. TIPO DE NOVEDAD
1. INGRESO
2. RETIRO
3. ACTUALIZACION DE DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION
4. CORRECCION DE DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION
5. ACTUALIZACION DE DATOS COMPLEMENTARIOS
6. TRASLADO DE LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
7. REINTEGRO
8. EXCLUSION DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR
10. TERMINACION DE LA RELACION LABORAL O PERDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO
11. VINCULACION A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
12. DESVINCULACION A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
13. CAMBIO DE RIESGO
14. CAMBIO DE TIPO DE COTIZANTE
15. SUSPENSION TEMPORAL
16. AFILIACION COLECTIVA
17. CAMBIO DE PENSIONADO
18. CAMBIO DE PENSIONADO

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | SEXO | FECHA NACIMIENTO
42. FECHA (a partir de) | 43. EPS ANTERIOR Código | 44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO | 45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración juramentada de convivencia. Declaro (amos) bajo la(s) Gravedad de juramento que a(los) Señor(a)
desde el día ... de ... de ... No. ...

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. Declaro bajo la gravedad de juramento que a(los) Beneficiario(s) relacionado(s) dejo(amos) constancia bajo de mi
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo. Especialmente de Empleados
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acredito en el momento de efectuar... Anexo soporte de la E...
49. Declaración de no incompatibilidad del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en otra 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

3164

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JAIR ROSERO MOSQUERA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **96.343.006**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 06 de Enero del 2021.

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.

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 6 de Enero de 2,021

A QUIEN INTERESE

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

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 96343006
Nombre	: JAIR ROSERO MOSQUERA
Empresa/Contratante	: COMPAÑIA DE INFRAESTRUCTURA VIAL COLOMBIANA SAS
Idenficación Empresa	: NIT
No. Identificación Empresa	: 901160188
Fecha de Afiliación a CCF	: 2021/01/06
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2021/01/06
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a a quien corresponda y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

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

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIÓN DE INFORMACION EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

ISO 9001
IQNet

FOR-PGIE-044

VIGILADO SuperSubsidio

3165

ARL | sura 360

Medellín, 06 de enero de 2021

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 COMPAÑIA DE INFRAESTRUCTURA VIAL COLOMBIANA SAS que se encuentra EN MORA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 CEINCO 1	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C12495757	GUTIERREZ QUIROZ EMIL ANTONIO	07/01/2021		449511F2	DEPENDIENTE

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 06/01/2021 19:08:59 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.86.32.242, 198.143.41.29, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS

9007281428

9007281428

20909786

07 01 2021

Lea las instrucciones que se encuentran antes del formulario antes de diligenciarlo

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

5. Apellidos y nombres				
GUTIERREZ	QUIROZ	EMIL	ANTONIO	

6. Tipo de documento de identidad	7. Número de identificación	8. Sexo		9. Fecha de nacimiento		
		Femenino	Masculino	Día	Mes	Año
CC	12495757		X	27	09	1977

C. DATOS COMPLEMENTARIOS (Todos pensionados)

13. Ingreso Base de Cotización: $908.526

14. Grupo de población especial

15. Administradora de pensiones: SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

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

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

24. Apellidos y nombres									
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Edad
						Femenino / Masculino			

31. Dirección de residencia				32. Valor de la UPC del afiliado adicional a reportar por la EPS
Manzana / Diseño	Zona Urbana	Departamento	Municipio	

E. DATOS DE LA IPS Primaria

34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS Asignado por la EPS

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante (Solo pensionados a registrar por la EPS)
COMPAÑIA DE INFRAESTRUCTURA	NT	901160188	

39. Dirección	40. Teléfono	41. Ciudad	42. Departamento
AVENIDACALLE 68 S 70D 71 TRR	3203272195	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

G. REPORTE DE NOVEDADES

45. Tipo de Novedad

1. Corrección de datos (Errores de identificación) 2. Corrección de datos básicos de identificación 3. Actualización de datos básicos de identificación 4. Actualización y corrección de datos básicos de ubicación 5. Terminación de la afiliación por traslado a otra EPS 6. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales 9. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales por pérdida de requisitos 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando X 11. Vinculación a una entidad administradora para recibir prestaciones económicas 12. Desvinculación de una entidad administradora 13. Movilidad A. Régimen Contributivo 14. Traslado A. Mismo Régimen 15. Reporte de fallecimiento

B. Régimen Subsidiado B. Régimen Diferente

16. Reporte de la calidad de no pensionado 17. Reporte de la calidad de Pensionado

H. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

46. Tipo de documento de identidad | 47. Número del documento de identidad | 48. Sexo: Femenino / Masculino | 49. Fecha de Nacimiento: Día 06 Mes 01 Año 2021

50. Primer apellido | 51. Segundo apellido | 52. Primer nombre | 53. Segundo nombre

54. Nombre de traslado Código | 55. Caja de Compensación Familiar o Pagadora de Pensiones

I. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

J. FIRMAS

K. ANEXOS

L. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

56. Identificación de la entidad Territorial	57. Datos del SISBÉN			58. Fecha de radicación	59. Fecha de validación
	Número de la ficha	Puntaje	Nivel		

60. Datos del funcionario que realizó la validación

61. Tipo de documento de identidad	62. Número del documento de identidad	OBSERVACIONES
		CARGO: OPERARIO DE LINEA DE ACABADO

63. Firma del funcionario

Bajo la gravedad de juramento el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de los documentos contenidos en el CD adjunto

Cambio Empleo

INTERNET

3166
359

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

EMIL ANTONIO GUTIERREZ QUIROZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **12.495.757**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 06 de Enero del 2021.

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.

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 6 de Enero de 2,021

A QUIEN INTERESE

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

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 12495757
Nombre	: EMIL ANTONIO GUTIERREZ QUIROZ
Empresa/Contratante	: COMPAÑIA DE INFRAESTRUCTURA VIAL COLOMBIANA SAS
Identificación Empresa	: NIT
No. Identificación Empresa	: 901160188
Fecha de Afiliación a CCF	: 2021/01/06
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2021/01/06
Estado	: Afiliado
Categoría	: B

La presente certificación se expide con destino a a quien corresponda y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

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

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIÓN DE INFORMACION EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

4

ISO 9001
SC 5892-14
IQNet

FOR-PGIE-044

VIGILADO SuperSubsidio

3167
362

ARL | sura

Medellín, 04 de enero de 2021

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 COMPAÑIA DE INFRAESTRUCTURA VIAL COLOMBIANA SAS que se encuentra EN MORA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 CEINCO 1	Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C20699614	RAYO LUZ MARINA	05/01/2021		G1307150	DEPENDIENTE

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 04/01/2021 17:18:00 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.86.32.242, 198.143.41.29, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

NIT 900.156.264-2

"Código Únicamente para dependientes y afiliados al Régimen Subsidiado"

01 B 12598307

No. de Radicación SAI

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE
2. TIPO DE AFILIADO
3. RÉGIMEN
4. TIPO DE AFILIADO
5. SITUACIÓN
6. TIPO DE COTIZANTE
7. FECHA DE RADICACIÓN
8. APLICACIÓN

01 2021

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO

Rayo — luz — Marina

9. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN — 20694614

Cl 77 sur 04-60 est. Almora

CIUDAD Bta

TELÉFONO 3134069764

CORREO ELECTRÓNICO

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

IV. DATOS DE LA AFP, ENTIDAD PAGADORA DE PENSIONES O ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O PAGADOR

RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS
NOMBRE
CLAVE ASESOR
REGIONAL Bta
FECHA Enero 2021
CÓDIGO

Compañía de Infraestructura — X — 901.160.188-1

Av C/ 68 sur 70071 Bta' C/mca — 3208691956

FECHA INGRESO A LA ACTIVIDAD LABORAL 04 01 2021 CARGO Operario SALARIO 908526

B. REPORTE DE NOVEDADES

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — OTROS NOMBRES
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — NÚMERO DE IDENTIDAD — SEXO — FECHA DE NACIMIENTO
42. FECHA (a partir de) — 43. EPS ANTERIOR Código — 44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO — 45. CÓDIGO DE LA SUCURSAL DEL EMPLEADOR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Escaneado con CamScanner

3168
363

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LUZ MARINA RAYO , identificado(a) con cédula de ciudadanía **20.699.614**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 04 de Enero del 2021.

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.*

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 4 de Enero de 2,021

A QUIEN INTERESE

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

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 20699614
Nombre	: LUZ MARINA RAYO
Empresa/Contratante	: COMPAÑIA DE INFRAESTRUCTURA VIAL COLOMBIANA SAS
Idenficación Empresa	: NIT
No. Identificación Empresa	: 901160188
Fecha de Afiliación a CCF	: 2021/01/04
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2021/01/04
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a a quien corresponda y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

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

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIÓN DE INFORMACION EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

ISO 9001 IQNet

SC 5892-14

FOR-PGIE-044

VIGILADO SuperSubsidio

3169
364

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 900272666
Número Afiliación: 299452
Razón social: CONMAQUINARIA SA

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 52865582
Nombre: LEIDY MORA SANCHEZ
Fecha Ingreso: 14/01/2021
Salario básico: 2.650.000
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: 1
Tasa: 6,960
Fecha hora transacción: 13/01/2021 12:41:36 p.m.

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar

NIT 830.003.564-7

9007318439

9007318439

No. de Radicado: 20971718

Fecha de radicación: 18 01 2021

DATOS DE TRÁMITE — Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante
A. Afiliación	A. Cotizante o cabeza de familia X	A. Contributivo X	A. Cotizante	A. Dependiente X
B. Novedad de Novedades X	B. Cónyuge	B. Subsidiado	B. Cabeza de familia X	B. Independiente
	C. Institucional		C. Beneficiario	C. Pensionado
	D. Hijo(a)		D. Adicional	

Código (a diligenciar por la EPS)

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

6. Apellidos y nombres			
MORA	SANCHEZ	LEIDY	

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento		
		Femenino X Masculino	Día	Mes	Año
CC	52865582		16	01	1982

B. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	Ver documento anexo de composición
				INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES ISS	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia
$2.650.000	

Zona: Urbana / Rural

C. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente y los afiliados)

19. Apellidos y nombres

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

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

24. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios 29. Parentesco	30. Etnia
		Femenino Masculino			

31. Discapacidad	32. Datos de residencia					33. Valor de la UPC del afiliado adicional a reportar por la EPS
	Municipio / Distrito	Zona: Urbana / Rural	Departamento	Teléfono (opcional)		
a.						
b.						

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la prestadora de servicios de salud - IPS

Código de la IPS (a diligenciar por la EPS)

D. 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 cotizante o Factor de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSULTORIA Y CONSTRUCCION	NT	830041411	

39. Ubicación			
AV CRR 7 127 48 OFF 1006	4821681	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

E. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Corrección de datos básicos de identificación | 2. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales | 3. Actualización del documento de identidad | 4. Actualización y corrección de datos básicos | 5. Terminación de la afiliación de beneficiarios o de afiliados adicionales | 6. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales | 7. Traslado de EPS para movilidad X | 8. Suspensión de la relación laboral o prestación de los servicios para seguir cotizando | 9. Vinculación a una entidad administradora para reconocer [illegible] | 10. Terminación de la vinculación [illegible] | 11. Novedad de [illegible] | 12. Consolidación de una [illegible] | 13. Novedad: A. Régimen Contributivo | B. Régimen Subsidiado | 14. Traslado | 15. Retiro Rég. [illegible] | 16. [illegible] | 17. Reporte de la calidad de pensionado | 18. Reporte de la calidad de desempleado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos base de identificación

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	Fecha inicial de novedad
		Femenino Masculino		Día 14 Mes 01 Año 2021

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

[illegible]

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

[illegible]

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
Departamento / Municipio	Número de la ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO

71. Firma del funcionario

Recuerde que con la firma del formulario se afirma manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el presente. Folio No. [illegible]

INTERNET

Cambio Empleo

05/2016

3170

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MORA SANCHEZ LEIDY** identificado(a) con **CC** número **52.865.582** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 19 de abril de 2001 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 19 de enero de 2021.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

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

2021 0119.0230

Inscripción Trabajador

DATOS EMPRESA

Tipo de Identificación *

NIT

Número de Identificación *

900272666

Dígito de Verificación *

6

Sucursal

ANEXOS

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

( ) Si ( ) No

DATOS TRABAJADOR

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

52865582

Primer Apellido *

MORA

Segundo Apellido

SANCHEZ

Primer Nombre *

LEIDY

Segundo Nombre

Correo Electrónico *

lemora0116@gmail.com

Fecha de Expedición *

16/03/2000

Lugar de Expedición

BOGOTA

Fecha de Nacimiento *

16/01/1982

Nacionalidad *

COLOMBIANA

3171
366

Estado Civil *

Soltero

Sexo *

Femenino

Dirección de Correspondencia *

CL 161 3 94

Departamento *

Bogotá D.C.

Ciudad *

BOGOTA

Teléfono

Celular

3102698374

Fecha Inicio de Contrato *

2021-01-14

Total Horas Mes *

240

Tipo de Salario *

Básico - FIJO

Salario Básico *

2750000

Comisiones

0

Total Sueldo Mes *

2750000

Departamento Sede de Trabajo *

Bogotá D.C.

Ciudad Sede de Trabajo *

BOGOTA

Trabaja en el Sector Agropecuario *

○ SI ◉ NO

Trabaja en Otra Empresa *

○ SI ◉ NO

DATOS DE PERSONA(S) A CARGO

PERSONA(S) A CARGO

Autorizo el Tratamiento de Datos Personales *

○ SI

Planilla Integrada

aportes en línea

3172

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79053003		JUAN MAURICIO ROCHA MALPICA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	OBRA	CRA 102 B No 151 15 to 2 AP 409	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6057249	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-12	2021-01	14221780	9414221780	E	2021/01/05	2021/01/19	BANCO AV VILLAS	13	$581,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO / NOVEDADES

No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vct
Sucursal: OBRA (1 Afiliados)																																		
Centro de Trabajo: OBRA(1 Afiliados)																																		
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E(1 Afiliados)																																		
1	CC	[redacted]	[redacted]	Dependiente	0	No	No																											

EMPLEADO / NOVEDADES

No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vct
Sucursal: OBRA II (1 Afiliados)																																		
Centro de Trabajo: BOYACA(1 Afiliados)																																		
Ciudad: SOCHA Depto: BOYACA(1 Afiliados)																																		
2	CC	1049626530	AVILA QUINTERO JEISON FERNEY	Dependiente	0	No	No																											
Total	**Afiliados(2)**																																	

367

en línea

3173

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 830041411	0	CONSULTORIA Y CONSTRUCCION S.A.S.	A - 200 O MAS COTIZANTES	PRINCIPAL	AV CRA 7 N 127-48 OF 1006	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4821681	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-12	2021-01	879932753	9415121872	E	2021/01/06	2021/02/02	BANCOLOMBIA		$43,706,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irt	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: OPERATIVOS (8 Afiliados)																							$20,210,804	$3,327,900			$20,210,804	$808,600			$18,131,437	$725,400			$20,210,804	$1,262,300		$0	$0		$6,124,200
Centro de Trabajo: MARTIRES (8 Afiliados)																							$20,210,804	$3,327,900			$20,210,804	$808,600			$18,131,437	$725,400			$20,210,804	$1,262,300		$0	$0		$6,124,200
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (8 Afiliados)																							$20,210,804	$3,327,900			$20,210,804	$808,600			$18,131,437	$725,400			$20,210,804	$1,262,300		$0	$0		$6,124,200
1	CC	1012324583	LANCHEROS JOSE																		25-14	30	$877,803	$140,500	EPS017	30	$877,803	$35,200	CCF22	30	$877,803	$35,200	14-4	30	$877,803	$61,100	30	$0	$0	SI	$272,000
2	CC	1023929951	MARTINEZ ANGIE																		230201	30	$1,800,000	$288,000	EPS010	30	$1,800,000	$72,000	CCF22	30	$1,800,000	$72,000	14-4	30	$1,800,000	$125,300	30	$0	$0	SI	$557,300
3	CC	1014208516	NARANJO JESSICA																		230301	30	$2,650,000	$424,000	EPS017	30	$2,650,000	$106,000	CCF22	30	$2,650,000	$106,000	14-4	30	$2,650,000	$184,500	30	$0	$0	SI	$820,500
4	CC	80235829	PEREZ DIEGO																		231001	30	$3,710,000	$630,800	EPSC34	30	$3,710,000	$148,400	CCF22	30	$3,710,000	$148,400	14-4	30	$3,710,000	$258,300	30	$0	$0	SI	$1,185,900
5	CC	7222612	PERILLA JAVIER																		231001	19	$3,591,634	$610,700	EPS008	19	$3,591,634	$143,700	CCF22	19	$3,591,634	$143,700	14-4	19	$3,591,634	$250,000	19	$0	$0	SI	$1,148,100
6	CC	7222612	PERILLA JAVIER																	X	231001	11	$2,079,367	$353,500	EPS008	11	$2,079,367	$83,200	CCF22	0	$0	$0	14-4	11	$2,079,367	$0	0	$0	$0	SI	$436,700
7	CC	1073247664	SANTANA DIANA																		230301	30	$1,900,000	$304,000	EPS037	30	$1,900,000	$76,000	CCF22	30	$1,900,000	$76,000	14-4	30	$1,900,000	$132,300	30	$0	$0	SI	$588,300
8	CC	88206677	TRIANA HERMAN																		231001	30	$1,802,000	$288,400	EPS005	30	$1,802,000	$72,100	CCF22	30	$1,802,000	$72,100	14-4	30	$1,802,000	$125,500	30	$0	$0	SI	$558,100
9	CC	1031156689	VASQUEZ ANDREA																		230301	30	$1,800,000	$288,000	EPS005	30	$1,800,000	$72,000	CCF22	30	$1,800,000	$72,000	14-4	30	$1,800,000	$125,300	30	$0	$0	SI	$557,300
Total			**Afiliados(8)**																				$20,210,804	$3,327,900			$20,210,804	$808,600			$18,131,437	$725,400			$20,210,804	$1,262,300		$0	$0		$6,124,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				8	$3,327,900
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	3	$1,883,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$140,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$1,016,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$288,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				8	$1,262,300
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	8	$1,262,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				8	$725,400
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	8	$725,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 6)				8	$808,600
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	$148,400
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$226,900
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$72,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	$141,200
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$76,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$144,100
TOTAL				8	$6,124,200

2021/02/02 12:12 PM

aportes en línea

Certificado de Aportes

~~369~~ 3174

Se certifica que SANDRA MILENA GIL BAQUERO identificado(a) con CC 52459897 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION S.A.S. NI 830041411

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2020-12	2021-01	879932753	9415121872	E	2021-02-02																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	COLPENSIONES	30	16%	$3,710,000	$593,600
AFP	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	30		$3,710,000	$18,600
AFP	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	30		$3,710,000	$18,600
ARL	COLPATRIA ARP	30	6.96%	$3,710,000	$258,300
CCF	COLSUBSIDIO	30	4%	$3,710,000	$148,400
EPS	COMPENSAR	30	4%	$3,710,000	$148,400

Este certificado se expide el día 2021-02-03 a las 12:17.

3175

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que HERNAN FRANCISCO RICCI RUIZ identificado(a) con CC 79532419 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION S.A.S. NI 830041411

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2020-12	2021-01	879932753	9415121872	E	2021-02-02		X															

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	SKANDIA	30	16%	$3,000,000	$480,000
ARL	COLPATRIA ARP	30	6.96%	$3,000,000	$208,800
CCF	COLSUBSIDIO	30	4%	$3,000,000	$120,000
EPS	SANITAS	30	4%	$3,000,000	$120,000

Este certificado se expide el día 2021-02-03 a las 12:18.

aportes en línea

Certificado de Aportes

376

Se certifica que VICTOR MANUEL ARIZA ACOSTA identificado(a) con CC 79653718 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION S.A.S. NI 830041411

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2020-12	2021-01	879932753	9415121872	E	2021-02-02													X				

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	COLFONDOS	27	16%	$6,130,436	$980,900
AFP	COLFONDOS	3	16%	$681,160	$109,000
AFP	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	27		$6,130,436	$30,700
AFP	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	3		$681,160	$3,500
AFP	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	27		$6,130,436	$30,700
AFP	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	3		$681,160	$3,500
ARL	COLPATRIA ARP	27	6.96%	$6,130,436	$426,700
ARL	COLPATRIA ARP	3	0%	$681,160	$0
CCF	COLSUBSIDIO	27	4%	$6,130,436	$245,300
CCF	COLSUBSIDIO	3	4%	$681,160	$27,300
EPS	ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	27	4%	$6,130,436	$245,300
EPS	ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	3	4%	$681,160	$27,300

Este certificado se expide el día 2021-02-03 a las 12:19.

3177
372

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que MAYERLY ZIRLEY MARIN MATEUS identificado(a) con CC 53015962 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION S.A.S. NI 830041411

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2020-12	2021-01	879932753	9415121872	E	2021-02-02																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	COLPENSIONES	30	16%	$3,710,000	$593,600
AFP	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	30		$3,710,000	$18,600
AFP	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	30		$3,710,000	$18,600
ARL	COLPATRIA ARP	30	6.96%	$3,710,000	$258,300
CCF	COLSUBSIDIO	30	4%	$3,710,000	$148,400
EPS	SANITAS	30	4%	$3,710,000	$148,400

Este certificado se expide el día 2021-02-03 a las 12:26.

en línea

3178

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900272666	6	CONMAQUINARIA S A	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	av calle 127 nO. 13a12 ofi 206	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2160649	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-12	2021-01	879946998	9415785210	E	2021/01/19	2021/02/02	BANCOLOMBIA		$12,144,400

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																								$1,836,667	$273,700			$1,836,667	$53,200			$1,836,667	$53,200			$1,836,667	$92,600		$0	$0		$472,700
Centro de Trabajo: MARTIRES (1 Afiliados)																								$1,836,667	$273,700			$1,836,667	$53,200			$1,836,667	$53,200			$1,836,667	$92,600		$0	$0		$472,700
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																								$1,836,667	$273,700			$1,836,667	$53,200			$1,836,667	$53,200			$1,836,667	$92,600		$0	$0		$472,700
1	CC	1014273242	RODRIGUEZ YINETH		X																	230301	21	$1,330,000	$212,800	EPS008	21	$1,330,000	$53,200	CCF21	21	$1,330,000	$53,200	14-4	21	$1,330,000	$92,600	21	$0	$0	SI	$411,800
2	CC	1014273242	RODRIGUEZ YINETH										X									230301	8	$506,667	$60,900	EPS008	8	$506,667	$0	CCF21	8	$506,667	$0	14-4	8	$506,667	$0	8	$0	$0	SI	$60,900
Total			**Afiliados(1)**																					$1,836,667	$273,700			$1,836,667	$53,200			$1,836,667	$53,200			$1,836,667	$92,600		$0	$0		$472,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$273,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$273,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$92,600
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$92,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$53,200
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$53,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$53,200
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$53,200
TOTAL				1	$472,700

2021/02/02 12:27 PM

3179

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901152286	1	CASTILLO Y ASOCIADOS INGENIERIA S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	COMPENSAR	Carrera 3aF No 39B25 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4742923	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2020-11	2020-12	831506379	9413972840	E	2020/12/21	2020/12/15	BANCO DAVIVIENDA	0	$466,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: COMPENSAR (3 Afiliados)						$1,755,607	$281,100			$877,803	$35,200			$1,755,607	$70,400			$2,633,409	$79,500		$0	$0
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 1 (1 Afiliados)						$438,902	$70,300			$0	$0			$438,902	$17,600			$877,803	$9,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$438,902	$70,300			$0	$0			$438,902	$17,600			$877,803	$9,200		$0	$0
1	CC	52768099	GONZALEZ MARTHA	Z31001	14	$438,902	$70,300		0	$0	$0	CCF24	14	$438,902	$17,600	14-23	30	$877,803	$9,200	14	$0	$0
Centro de Trabajo: NIVEL DOS (1 Afiliados)						$438,902	$70,300			$0	$0			$438,902	$17,600			$877,803	$9,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$438,902	$70,300			$0	$0			$438,902	$17,600			$877,803	$9,200		$0	$0
2	CC	52446677	DUCUARA MARIA	Z30201	14	$438,902	$70,300		0	$0	$0	CCF24	14	$438,902	$17,600	14-23	30	$877,803	$9,200	14	$0	$0
Centro de Trabajo: RIESGO 5 (1 Afiliados)						$877,803	$140,500			$877,803	$35,200			$877,803	$35,200			$877,803	$61,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$877,803	$140,500			$877,803	$35,200			$877,803	$35,200			$877,803	$61,100		$0	$0
[redacted]																						
Total	**Afiliados(3)**					$1,755,607	$281,100			$877,803	$35,200			$1,755,607	$70,400			$2,633,409	$79,500		$0	$0

374

compensar miplanilla.com **PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES**

3180

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900641841-2	SAICON SAS		CARRERA 49B 104A 40	5334425	ADMINSTRACION@SAICON.COM.CO	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	C - MIPYME			BOGOTA D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-01	2020-12	E	14/01/2021	47742354	$3.740.300	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza en el exterior	Cotizante activo	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1012395989	ZIPA ALONSO YURI VALERIA	1	0			S																	230201	1.400.000	224.000	0	0	0	0	EPS008	1.400.000	56.000	14-25	1.400.000	1	7.400	CCF22	1.400.000	56.000	0	0	0	0	0
CC	1014230752	PAEZ MARTINEZ OSCAR JAVIER	1	4			S																		0	0	0	0	0	0	EPS010	877.803	35.200	14-25	877.803	1	4.600	CCF22	877.803	35.200	0	0	0	0	0
CC	1075280587	LEON DUSSAN JUAN SEBASTIAN	1	0			S		X															230301	1.900.000	304.000	0	0	0	0	EPS005	1.900.000	76.000	14-25	1.900.000	5	139.300	CCF22	1.900.000	76.000	0	0	0	0	0
CC	1098697296	RINCON BARAJAS SERGIO ARTURO	1	0			S		X															25-14	1.026.667	164.300	0	0	0	0	EPS005	1.026.667	41.100	14-25	1.026.667	5	74.500	CCF22	1.026.667	41.100	0	0	0	0	0
CC	3192972	MOYA ROJAS [redacted]	1	0			S																	230901	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS010	2.000.000	80.000	14-25	2.000.000	1	10.500	CCF22	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0
CC	79939277	URREGO HOYOS LUIS FERNANDO	1	0			S																	25-14	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS017	2.000.000	80.000	14-25	2.000.000	1	10.500	CCF22	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0
CC	80089388	MAHMUD OLAYA ADEL JUSSEF	1	0			S																	25-14	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS001	2.000.000	80.000	14-25	2.000.000	5	139.200	CCF22	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0
CC	80737977	BAQUERO MUÑOZ SERGIO DIANIK	1	0			S																	230301	2.800.000	448.000	0	0	0	0	EPS008	2.800.000	112.000	14-25	2.800.000	1	14.700	CCF22	2.800.000	112.000	0	0	0	0	0

PAGADA

345

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

31181

376

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que NUBIA CAROLINA ORTIZ GONZALEZ identificado(a) con CC 1005699945 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

TOPOGRAFIASL SAS NI 901192533

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2020-12	2021-01	858212659	9415039528	E	2021-01-12																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PROTECCION	30	16%	$877,803	$140,500
ARL	ARL SURA	30	6.96%	$877,803	$61,100
CCF	CAFAM	30	3%	$855,500	$25,700
EPS	SALUD TOTAL	30	4%	$877,803	$35,200

Este certificado se expide el día 2021-01-12 a las 03:59.

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que LAYONEL DKLEIN MARTIN BOLAÑOS identificado(a) con CC 1094972751 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

TOPOGRAFIASL SAS NI 901192533

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2020-12	2021-01	858212659	9415039528	E	2021-01-12																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	30	16%	$877,803	$140,500
ARL	ARL SURA	30	6.96%	$877,803	$61,100
CCF	CAFAM	30	3%	$877,803	$26,400
EPS	COMPENSAR	30	4%	$877,803	$35,200

Este certificado se expide el día 2021-01-12 a las 03:57.

3182
377

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que JENNY PAOLA OLARTE GAMEZ identificado(a) con CC 1000780626 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

TOPOGRAFIASL SAS NI 901192533

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2020-12	2021-01	858212659	9415039528	E	2021-01-12																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	COLPENSIONES	30	16%	$877,803	$140,500
ARL	ARL SURA	30	6.96%	$877,803	$61,100
CCF	CAFAM	30	3%	$877,803	$26,400
EPS	SANITAS	30	4%	$877,803	$35,200

Este certificado se expide el día 2021-01-12 a las 03:58.

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que JUAN CARLOS PARRA OSORIO identificado(a) con CC 79863836 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

TOPOGRAFIASL SAS NI 901192533

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2020-12	2021-01	858212659	9415039528	E	2021-01-12																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	30	16%	$877,803	$140,500
ARL	ARL SURA	30	6.96%	$877,803	$61,100
CCF	CAFAM	30	3%	$877,803	$26,400
EPS	COMPENSAR	30	4%	$877,803	$35,200

Este certificado se expide el día 2021-01-12 a las 04:03.

3183
378

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que JONATHAN ESTIVEN BETANCUR VIRVIESCAS identificado(a) con CC 1023035235 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

TOPOGRAFIASL SAS NI 901192533

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2020-12	2021-01	858212659	9415039528	E	2021-01-12																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PROTECCION	30	16%	$877,803	$140,500
ARL	ARL SURA	30	6.96%	$877,803	$61,100
CCF	CAFAM	30	3%	$877,803	$26,400
EPS	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	30	4%	$877,803	$35,200

Este certificado se expide el día 2021-01-12 a las 03:54.

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que JEIMMY LORENA PARRA CRISTANCHO identificado(a) con CC 1057606630 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

TOPOGRAFIASL SAS NI 901192533

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2020-12	2021-01	858212659	9415039528	E	2021-01-12																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	COLPENSIONES	30	16%	$877,803	$140,500
ARL	ARL SURA	30	6.96%	$877,803	$61,100
CCF	CAFAM	30	3%	$877,803	$26,400
EPS	COMPARTA	30	4%	$877,803	$35,200

Este certificado se expide el día 2021-01-12 a las 04:02.

Resumen General de Pago

3184

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900161033	8	INCOP CONSTRUCTORES LTDA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	INCOP CONSTRUCTORES LTDA	Cra 11 53 80	SOACHA-CUNDINAMARCA	9000015	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-12	2021-01	860240941	9415100291	E	2021/01/12	2021/01/14	BANCO DE OCCIDENTE	2	$2,127,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: INCOP CONSTRUCTORES LTDA (14 Afiliados)					$6,816,041	$1,091,100			$6,816,041	$273,000			$7,186,669	$287,900			$6,816,041	$475,400		$0	$0
Centro de Trabajo: BOGOTA (14 Afiliados)					$6,816,041	$1,091,100			$6,816,041	$273,000			$7,186,669	$287,900			$6,816,041	$475,400		$0	$0
Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (14 Afiliados)					$6,816,041	$1,091,100			$6,816,041	$273,000			$7,186,669	$287,900			$6,816,041	$475,400		$0	$0
1	CC	CASTRO SOLANO OSCAR DE JESUS	230201	14	$409,642	$65,600	EPS002	14	$409,642	$16,400	CCF21	14	$409,642	$16,400	14-7	14	$409,642	$28,600	14	$0	$0
2	CC	BRAYAN ESTIVEN	230201	14	$409,642	$65,600	EPS002	14	$409,642	$16,400	CCF21	14	$409,642	$16,400	14-7	14	$409,642	$28,600	14	$0	$0
3	CC	52904393 DIAZ ARABELLA	230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF21	30	$1,300,000	$52,000	14-7	30	$1,300,000	$90,900	30	$0	$0
4	CC	80225357 GUAQUETA CAJAMARCA JHON ALEXANDER	230201	1	$29,261	$4,700	EPS010	1	$29,261	$1,200	CCF21	1	$220,671	$8,900	14-7	1	$29,261	$2,100	1	$0	$0
5	CC	MARIN PEÑA LEON RAMIRO	25-14	12	$351,122	$56,200	EPS037	12	$351,122	$14,100	CCF21	12	$351,122	$14,100	14-7	12	$351,122	$24,500	12	$0	$0
6	CC	74326740 PINZON LOPEZ ALBERTO	25-14	30	$1,800,000	$288,000	EPS008	30	$1,800,000	$72,000	CCF21	30	$1,800,000	$72,000	14-7	30	$1,800,000	$125,300	30	$0	$0
7	CC	FREDY YOBANY	230201	14	$409,642	$65,600	EPS008	14	$409,642	$16,400	CCF21	14	$409,642	$16,400	14-7	14	$409,642	$28,600	14	$0	$0
8	CC	1000722403 PINZON TORRES JHON ALEXANDER	230201	14	$409,642	$65,600	EPS008	14	$409,642	$16,400	CCF21	14	$409,642	$16,400	14-7	14	$409,642	$28,600	14	$0	$0
9	CC	9590204 PINZON LOPEZ LUIS FELIPE	230301	14	$409,642	$65,600	EPS010	14	$409,642	$16,400	CCF21	14	$409,642	$16,400	14-7	14	$409,642	$28,600	14	$0	$0
10	CC	1012380272 RAMIREZ MEDELLIN DIANA LLYNETH	230301	1	$29,261	$4,700	EPS017	1	$29,261	$1,200	CCF21	1	$123,137	$5,000	14-7	1	$29,261	$2,100	1	$0	$0
11	CC	5947696 RODRIGUEZ JOSE IGNACIO	25-14	14	$409,642	$65,600	EPS002	14	$409,642	$16,400	CCF21	14	$409,642	$16,400	14-7	14	$409,642	$28,600	14	$0	$0
12	CC	1018430727 SIACHOQUE VANEGAS LEYDY TATIANA	230201	3	$87,781	$14,100	EPS008	3	$87,781	$3,600	CCF21	3	$173,123	$7,000	14-7	3	$87,781	$6,200	3	$0	$0
13	CC	16794104 VELEZ CORREA ADRIAN	25-14	12	$351,122	$56,200	EPS002	12	$351,122	$14,100	CCF21	12	$351,122	$14,100	14-7	12	$351,122	$24,500	12	$0	$0
14	CC	85760476 VILORIA PAEZ WILMER ANTONIO	230301	14	$409,642	$65,600	EPS002	14	$409,642	$16,400	CCF21	14	$409,642	$16,400	14-7	14	$409,642	$28,600	14	$0	$0
Total Afiliados(14)					$6,816,041	$1,091,100			$6,816,041	$273,000			$7,186,669	$287,900			$6,816,041	$475,400		$0	$0

2021/01/14 12:19 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900161033	8	INCOP CONSTRUCTORES LTDA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	INCOP CONSTRUCTORES LTDA	Cra 11 53 80	SOACHA-CUNDINAMARCA	9000015	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-12	2021-01	860240941	9415100291	E	2021/01/12	2021/01/14	BANCO DE OCCIDENTE	2	$2,127,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				14	$1,091,100	$0	$0	$1,091,100
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$65,600	$0	$0	$65,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	4	$466,000	$0	$0	$466,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$135,900	$0	$0	$135,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	6	$423,600	$0	$0	$423,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				14	$475,400	$0	$0	$475,400
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	14	$475,400	$0	$0	$475,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				14	$287,900	$0	$0	$287,900
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	14	$287,900	$0	$0	$287,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				14	$273,000	$0	$0	$273,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	4	$108,400	$0	$0	$108,400
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	2	$17,600	$0	$0	$17,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$1,200	$0	$0	$1,200
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$14,100	$0	$0	$14,100
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	6	$131,700	$0	$0	$131,700
TOTAL				14	$2,127,400	$0	$0	$2,127,400

3155

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-12-14, 07:43:09 AM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 1034354886

Periodo Cotización: noviembre de 2020 **Periodo Servicio:** diciembre de 2020

PAGADO 14/12/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	EPORT MAQUINARIA SAS		
Documento	NI901130548	**Dirección**	CL 48 SUR #87 - 86 TORRE 12 APTO 447
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	4780281
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	PORTOCARRERO ARAUJO EDWIN NELSON	**Identificación**	CC 3166811
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.

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 80071044	[redacted]	01	00																0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 877.803	$ 140.500	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 877.803	$ 35.200	6.960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 35.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 272.000

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
$ 877.803	$ 877.803	$ 877.803	$ 877.803	$ 140.500	$ 35.200	$ 61.100	$ 35.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 272.000	$ 0	$ 272.000

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellin: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

286

3186 ~~381~~

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **ALQUIEQUIPOS J Y F SAS**, identificada con **NI** número **901294256**, aportó por el empleado **HECTOR ENRIQUE GONZALEZ** identificado(a) con **CC** número **80117236** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 12 - 2020 y 01 - 2021 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	INGRESO	RETIRO	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC LR	VAC LP	IRP	CORRECCION	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACION S/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	APORTE OK
14-11	ARL SURA	1														0		30	$877,803	0.06960	$61,100	$0	$0	Diciembre - 2020	47808750	07/01/2021	Si
CCF22	Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar	1														0		30	$877,803	0.02000	$17,600	$0	$0	Diciembre - 2020	47808750	07/01/2021	Si
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1														0		30	$877,803	0.04000	$35,200	$0	$0	Enero - 2021	47808750	07/01/2021	Si
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	1														0		30	$877,803	0.16000	$140,500	$0	$0	Diciembre - 2020	47808750	07/01/2021	Si

El presente certificado se expide a los **6** días del mes **Enero** de **2021**

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

Simple

PAGOSIMPLE | PLANILLA UNIFICADA

3197

Fecha creación reporte: 2021-02-09, 07:47:48 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 1035001900

Periodo Cotización: diciembre de 2020 **Periodo Servicio:** enero de 2021

PAGADO 09/02/2021 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COMPANIA DE INFRAESTRUCTURA VIAL COLOMBIANA S		
Documento	NI901160188	**Dirección**	AV Calle 26 # 68c- 61 of 204
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3208691956
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	SILVA FARIGUA LUIS ALFREDO	**Identificación**	CC 80747651
Total Afiliados	12	**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	IGE	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APF	Días PNS	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	SSAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1001098875	HAROLD SNEYDER GUERRERO BAQUERO	01	00		X															0	1	1	1	1	(230301) PORVENIR	$ 29.261	$ 4.700	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 29.261	$ 1.200	6.960	$ 29.261	$ 2.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 29.261	$ 600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 8.600
CC 1013[illegible]	HERNAN DARIO LOPEZ PITA	01	00		X															0	1	1	1	1	(230301) PORVENIR	$ 29.261	$ 4.700	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 29.261	$ 1.200	6.960	$ 29.261	$ 2.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 29.261	$ 600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 8.600
CC 1019032186	WILLIAM RICARDO TORRES	01	00		X															0	5	6	6	6	(230301) PORVENIR	$ 146.301	$ 23.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 146.301	$ 5.800	6.960	$ 146.301	$ 10.280	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 146.301	$ 3.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 42.800
CC 1047[illegible]	ANGEL ALBERTO HERBALES MARTINEZ	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 877.803	$ 140.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 877.803	$ 35.200	6.960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
CC 1057[illegible]	MARCOS IVAN ALVARADO PITA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 877.803	$ 140.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 877.803	$ 35.200	6.960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
CC 1064[illegible]	[illegible]	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 877.803	$ 140.500	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 877.803	$ 35.200	6.960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
CC 1094881614	SILVIO GONZALEZ DELGADO	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION (IMO + PROTECCION)	$ 877.803	$ 140.500	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 877.803	$ 35.200	6.960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
[illegible]	[illegible]	[illegible]	00		X															[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	$ [illegible]	$ [illegible]	[illegible]	$ [illegible]	$ [illegible]	[illegible]	$ [illegible]	$ [illegible]	[illegible]	$ [illegible]	$ [illegible]	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ [illegible]
CC 72[illegible]797	MANUEL JOSE SANTODOMINGO SANDOVAL	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION (IMO + PROTECCION)	$ 877.803	$ 140.500	(CCFC55) EPS-S CAJALOR	$ 877.803	$ 35.200	6.960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
[illegible]	[illegible] IACUNA	01	00		X															0	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	$ [illegible]	$ [illegible]	[illegible]	$ [illegible]	$ [illegible]	6.960	$ [illegible]	$ [illegible]	[illegible]	$ [illegible]	$ [illegible]	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ [illegible]
CC 91250480	[illegible]	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 877.803	$ 140.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 877.803	$ 35.200	6.960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]																	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	$ [illegible]	$ [illegible]	[illegible]	$ [illegible]	$ [illegible]	[illegible]	$ [illegible]	$ [illegible]	[illegible]	$ [illegible]	$ [illegible]	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ [illegible]

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 68 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

3188

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-02-09, 08:05:48 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 1035368956

Periodo Cotización: diciembre de 2020 **Periodo Servicio:** enero de 2021

PAGADO 28/01/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COMPANIA DE INFRAESTRUCTURA VIAL COLOMBIANA S		
Documento	NI901160188	**Dirección**	AV Calle 26 # 68c- 61 of 204
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3208691956
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	SILVA FARIGUA LUIS ALFREDO	**Identificación**	CC 80747651
Total Afiliados	9	**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	INT P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VET	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 Mineducación	Total
CC 1000454541	EDISON ANDRES RESTREPO JIMENEZ	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 877.803	$ 140.500	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 877.803	$ 35.200	6,960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
CC 1053738413	HECTOR EDUARDO QUEVEDO PIANETA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 877.803	$ 140.500	(EPS037) ASOCIACION MUTUAL BER	$ 877.803	$ 35.200	6,960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
CC 1072746582	DIANA MARCELA HERRERA MONTEMEGRO	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 877.803	$ 140.500	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 877.803	$ 35.200	6,960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
CC 1116174786	MELISSA DIOMARA TIMOTE MORENO	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 877.803	$ 140.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 877.803	$ 35.200	6,960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
CC 14398654	YEISON MANCHA SANCHEZ	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 877.803	$ 140.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 877.803	$ 35.200	6,960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
CC 388913	MARCOLINO CHAVES LAVCROF	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 877.803	$ 140.500	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 877.803	$ 35.200	6,960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
CC 91454735	ANGEL DE JESUS ACOSTA ROJAS	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 877.803	$ 140.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 877.803	$ 35.200	6,960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
PE 7151844276915983	LUIS ALBERTO RODRIGUEZ TORRES	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 877.803	$ 140.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 877.803	$ 35.200	6,960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
PE 8158842132121985	JESUS ANTONIO DURAN HERNANDEZ	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 877.803	$ 140.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 877.803	$ 35.200	6,960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400

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
$ 7.900.227	$ 7.900.227	$ 7.900.227	$ 7.900.226	$ 1.264.500	$ 316.800	$ 549.900	$ 158.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.289.600	$ 0	$ 2.289.600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 80 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

PAGOSIMPLE | COPIA CONSULTA

Fecha creación reporte: 2021-02-09, 08:06:55 PM **Tipo Planilla:** E PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 1034514934

Periodo Cotización: diciembre de 2020 **Periodo Servicio:** enero de 2021

PAGADO 22/01/2021 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COMPANIA DE INFRAESTRUCTURA VIAL COLOMBIANA S		
Documento	NI901160188	**Dirección**	AV Calle 26 # 68c- 61 of 204
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3208691956
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	SILVA FARIGUA LUIS ALFREDO	**Identificación**	CC 80747651
Total Afiliados	5	**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	IGE	RET	PENSIONADO	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APR	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 Mineducación	Total
CC 1013860366	DANIEL LOPEZ PITA	01	00																	0	30	30	30	30	(231001) COLPENSIONES	$ 877.803	$ 140.500	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 877.803	$ 35.200	6.960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
[illegible]	[illegible]	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 877.803	$ 140.500	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 877.803	$ 35.200	6.960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
CC 80137344	CARLOS ANDRES PEREZ BEDOYA	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 877.803	$ 140.500	(EPS016) EPS SURA	$ 877.803	$ 35.200	6.960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
[illegible]	JOSE AUGUSTO BOLTRAN BELTRAN	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 877.803	$ 140.500	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 877.803	$ 35.200	6.960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
CC 80996750	PEDRO JOSE LOPEZ PITA	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 877.803	$ 140.500	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 877.803	$ 35.200	6.960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Caja	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
$ 4.388.015	$ 4.389.015	$ 4.389.015	$ 4.389.015	$ 702.500	$ 176.000	$ 305.500	$ 88.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.272.000	$ 0	$ 1.272.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2948 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 65 69 - Bucaramanga: 643 80 80 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 68 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

Simple

PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

3190

Fecha creación reporte: 2021-02-09, 07:42:17 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 1035002777

Periodo Cotización: diciembre de 2020 **Periodo Servicio:** enero de 2021

PAGADO 09/02/2021 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COMPANIA DE INFRAESTRUCTURA VIAL COLOMBIANA S		
Documento	NI901160188		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Dirección**	AV Calle 26 # 68c- 61 of 204
Tipo Persona	JURÍDICA	**Teléfono**	3208691956
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Forma Presentación**	ÚNICO
Representante Legal	SILVA FARIGUA LUIS ALFREDO	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Total Afiliados	11	**Identificación**	CC 80747651
		ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado / Novedades

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
CC 1010138703	LESTER [illegible] LATORRE	01	00		X															0	22	22	22	22
CC 1013662634	[illegible] ARANGUREN	01	00																	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
CC 1022345496	YENY PAOLA RENGIFO TRIANA	01	00																	0	30	30	30	30
CC [illegible]	CARLOS [illegible] OLAYA [illegible]	01	00		X															[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	JORAN SEBASTIAN NUÑEZ VALENCIA	01	00		X															0	15	15	15	15
CC 1005965614	YASER VALLE TORRES	01	00																	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
CC 1100812998	RIGOBERTO NAVAS GARCIA	01	00																	0	30	30	30	30
CC 1111768075	RAFAEL SANTOS ANCHICO TENORIO	01	00																	0	30	30	30	30
CC [illegible]	[illegible] MANUEL PACHECO LOPEZ	01	00																	0	30	30	30	30
CC [illegible]	MARCO A[illegible] MENDOZA	01	00		X															0	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
CC 97[illegible]	CESAR AUGUSTO RODELO ACUÑA	01	00																	0	30	30	30	30

Pensiones / Salud / Riesgos / Cajas / Parafiscales / Total

Identificación	Pensiones Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Salud Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Riesgos Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Cajas Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1010138703	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 643.723	$ 103.000	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 643.723	[illegible]	[illegible]	$ 643.723	$ 44.000	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 643.723	$ 12.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 188.600
CC 1013662634	(230301) PORVENIR	[illegible]	[illegible]	[illegible] COMPENSAR EPS	[illegible]	$ 35.200	6.960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	$ 254.400
CC 1022345496	(230301) PORVENIR	$ 877.803	$ 140.500	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 877.803	$ 35.200	6.960	$ 877.803	$ 41.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
CC [illegible]	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
[illegible]	(230301) PORVENIR	$ 438.902	$ 70.300	(EPS005) EPS SANITAS	$ 438.902	$ 17.600	6.960	$ 438.902	$ 30.600	(CCF24) COMPENSAR CCF	[illegible]	$ 8.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 127.300
CC 1005965614	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	[illegible]	[illegible]	[illegible] SALUD TOTAL EPS	[illegible]	[illegible]	[illegible]	$ 877.803	[illegible]	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
CC 1100812998	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 877.803	$ 140.500	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 877.803	$ 35.200	6.960	$ 877.803	$ 41.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
CC 1111768075	(230301) PORVENIR	$ 877.803	$ 140.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 877.803	$ 35.200	6.960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 264.400
CC [illegible]	(25-14) COLPENSIONES	$ 877.803	$ 140.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 877.803	$ 35.200	6.960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
CC [illegible]	[illegible] PORVENIR	[illegible]	[illegible]	(EPS017) FAMISANAR EPS	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	$ 46.800	(CCF24) COMPENSAR CCF	[illegible]	[illegible]	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	[illegible]
CC 97[illegible]	(230301) PORVENIR	$ 877.803	$ 140.500	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 877.803	$ 35.200	6.960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	[illegible]	$ 254.400

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
$ 8.778.032	$ 8.778.032	$ 8.778.032	$ 8.778.032	$ 1.405.000	$ 352.000	$ 611.200	$ 176.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.544.200	$ 0	$ 2.544.200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 62 - Barranquilla: 381 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

385

3191

PAGOSIMPLE | PLANILLA UNICA CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-02-09, 07:43:59 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Número Planilla:** 1035672721

Periodo Cotización: noviembre de 2020 **Periodo Servicio:** diciembre de 2020

PAGADO 09/02/2021 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COMPANIA DE INFRAESTRUCTURA VIAL COLOMBIANA S		
Documento	NI901160188	**Dirección**	AV Calle 26 # 68c- 61 of 204
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3208691956
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	SILVA FARIGUA LUIS ALFREDO	**Identificación**	CC 80747651
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	IRP	RET	PET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APS	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 79707246	CRUZ TRIANA MAYOR RENE VALDERRAMA	51	00	X	X															0	5	5	5	5	(25-14) COLPENSIONES	$ 146.301	$ 23.500	(EF8066) EPS SANITAS	$ 146.301	$ 5.900	6.960	$ 146.301	$ 10.200	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 146.301	$ 3.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 42.600

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
$ 146.301	$ 146.301	$ 146.301	$ 146.301	$ 23.500	$ 5.900	$ 10.200	$ 3.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 42.600	$ 0	$ 42.600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 50 90 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

226

3192

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACIÓN CON CORTESÍA

Fecha creación reporte: 2021-02-09, 07.44:51 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 10345512[illegible]

Periodo Cotización: diciembre de 2020 **Periodo Servicio:** enero de 2021

PAGADO 09/02/2021 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COMPANIA DE INFRAESTRUCTURA VIAL COLOMBIANA S		
Documento	NI901160188	**Dirección**	AV Calle 26 # 68c- 61 of 204
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3208691956
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	SILVA FARIGUA LUIS ALFREDO	**Identificación**	CC 80747651
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	IRL	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	EIP	Días APF	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 1015393876	MEJIA MOLINA SAMUEL	01	00		X															0	23	23	23	23	(231001) COLFONDOS	$ 672.983	$ 107.700	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 672.983	$ 27.000	6.960	$ 672.983	$ 46.900	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 672.983	$ 13.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 195.100

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
$ 672.983	$ 672.983	$ 672.983	$ 672.983	$ 107.700	$ 27.000	$ 46.900	$ 13.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 195.100	$ 0	$ 195.100

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 654 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

aportes en línea

Certificado de Aportes

3193

Se certifica que GERMAN GABRIEL RODRIGUEZ SUAREZ identificado(a) con CC 19473149 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: UNION TEMPORAL GIRARDOT 2019 NI 901268792

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9415413025	872361336	Y	2021-01-26	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-12	30																	

APORTANTE: INGEVIALES S.A.S NI 900961470

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9414108001	838256638	E	2020-12-21	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-12	30																	
9414108001	838256638	E	2020-12-21	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30																	
9414108001	838256638	E	2020-12-21	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30																	
9414108001	838256638	E	2020-12-21	CCF	CCF22	COLSUBSIDIO	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30																	

Este certificado se expide el día 2021-02-19 a las 08:02.

288

3194

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-01-12, 04:11:10 PM **Tipo Planilla:** E· PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 1034181251

Periodo Cotización: noviembre de 2020 **Periodo Servicio:** diciembre de 2020

PAGADO 12/01/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COMPANIA DE INFRAESTRUCTURA VIAL COLOMBIANA S		
Documento	NI901160188	**Dirección**	AV Calle 26 # 68c- 61 of 204
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3208691956
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	SILVA FARIGUA LUIS ALFREDO	**Identificación**	CC 80747651
Total Afiliados	16	**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	VSP	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VST	SUS	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 1007887042	SALCEDO	01	00	X																0	1	1	1	1	(230301) PORVENIR	$ 29.261	$ 4.700	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 29.261	$ 1.200	6.960	$ 29.261	$ 2.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 29.261	$ 600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 33.600
CC [illegible]	LESTER EDUARDO GARCIA LATORRE	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 877.803	$ 140.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 877.803	$ 35.200	6.960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
CC 1013662634	YERSON MATEO SILVA ARANGUREN	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 877.803	$ 140.500	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 877.803	$ 35.200	6.960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
CC 1013675140	JOHAN ESTIVEN SILVA ARANGUREN	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 877.803	$ 140.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 877.803	$ 35.200	6.960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
CC 1022346486	YENY PAOLA RENGIFO TRIANA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 877.803	$ 140.500	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 877.803	$ 35.200	6.960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
CC [illegible]	CARLOS DAVID OLAYA BOGOTA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 877.803	$ 140.500	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 877.803	$ 35.200	6.960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
CC 1033722791	JHONY LEONARDO CASTRO BERNAL	01	00	X																0	1	1	1	1	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 29.261	$ 4.700	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 29.261	$ 1.200	6.960	$ 29.261	$ 2.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 29.261	$ 600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 8.600
CC 1051738413	HECTOR EDUARDO QUEVEDO PIANETA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 877.803	$ 140.500	(ES5C07) ASOCIACION MUTUAL SER	$ 877.803	$ 35.200	6.960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
CC [illegible]	JOHAN SEBASTIAN NUÑEZ VALENCIA	04	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 877.803	$ 140.500	(EPS005) EPS SANITAS	$ 877.803	$ 35.200	6.960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
CC 1065048514	YASER VALLE TORREZ	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 877.803	$ 140.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 877.803	$ 35.200	6.960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
CC 1100812998	RIGOBERTO NAVAS GARCIA	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 877.803	$ 140.500	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 877.803	$ 35.200	6.960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
CC 1111788073	RAFAEL SANTOS ANCHICO TENORIO	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 877.803	$ 140.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 877.803	$ 35.200	6.960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
CC 2809502	EUCLIDES MANUEL PACHECO	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COL PENSIONES	$ 877.803	$ 140.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 877.803	$ 35.200	6.960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
CC 80809938	MARCO RAFEL SARMIENTO MENDOZA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 877.803	$ 140.500	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 877.803	$ 35.200	6.960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
CC 92130258	CESAR AUGUSTO RODELO ACUNA	01	00	X																0	14	14	14	14	(230301) PORVENIR	$ 409.642	$ 65.600	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 409.642	$ 16.400	6.960	$ 409.642	$ 28.600	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 409.642	$ 8.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 118.800
PE 8180042120219851	JESUS ANTONIO DURAN HERNANDEZ	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 877.803	$ 140.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 877.803	$ 35.200	6.960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellin: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 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.

3194

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
$ 11.879.603	$ 11.879.603	$ 11.879.603	$ 11.879.603	$ 1.901.500	$ 476.400	$ 827.100	$ 238.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.443.200	$ 0	$ 3.443.200

3195

Simple.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-01-12, 04:13:25 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 1034471284

Periodo Cotización: noviembre de 2020 **Periodo Servicio:** diciembre de 2020

PAGADO 07/01/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COMPANIA DE INFRAESTRUCTURA VIAL COLOMBIANA S		
Documento	NI901160188	**Dirección**	AV Calle 26 # 68c- 61 of 204
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3208691956
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	UNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	SILVA FARIGUA LUIS ALFREDO	**Identificación**	CC 80747651
Total Afiliados	5	**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 APS	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 Mineducación	Total
CC 1109294403	[illegible] PES	01	00																		0	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 877.803	$ 140.500	(EPS037) NUEVA EPS	$ 877.803	$ 38.200	6.960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
CC 14398854	YHISON MAHECHA SANCHEZ	01	00																		0	30	30	30	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 877.803	$ 140.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 877.803	$ 35.200	6.960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
CC 80743780	JOSE AUGUSTO BELTRAN BELTRAN	01	00																		0	30	30	30	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 877.803	$ 140.500	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 877.803	$ 35.200	6.960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
CC 80895750	PEDRO JOSE LOPEZ PITA	01	00																		0	30	30	30	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 877.803	$ 140.500	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 877.803	$ 35.200	6.960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
CC 91454735	ANGEL DE JESUS ACOSTA ROJAS	01	00																		0	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 877.803	$ 140.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 877.803	$ 35.200	6.960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400

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
$ 4.389.015	$ 4.389.015	$ 4.389.015	$ 4.389.015	$ 702.500	$ 176.000	$ 305.500	$ 88.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.272.000	$ 0	$ 1.272.000

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellin: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

240

3176

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-01-12, 04:14:00 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 1034521463

Periodo Cotización: noviembre de 2020 **Periodo Servicio:** diciembre de 2020

PAGADO 23/12/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COMPANIA DE INFRAESTRUCTURA VIAL COLOMBIANA S		
Documento	NI901160188	**Dirección**	AV Calle 26 # 68c- 61 of 204
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3208691956
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	SILVA FARIGUA LUIS ALFREDO	**Identificación**	CC 80747651
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	IRG	RET	RET F	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	CUN	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APF	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 1015383876	MILENA MOLINA GALINDO	01	00																0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 877.803	$ 140.500	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 877.803	$ 35.200	6.960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400

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
$ 877.803	$ 877.803	$ 877.803	$ 877.803	$ 140.500	$ 35.200	$ 61.100	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400	$ 0	$ 254.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegurese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

3197

Fecha creación reporte: 2020-12-16, 04:21:34 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 1034432686

Periodo Cotización: noviembre de 2020 **Periodo Servicio:** diciembre de 2020

PAGADO 16/12/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LIFE MAY WORKS ASESORIAS SAS		
Documento	NI901083876	**Dirección**	calle 48 sur 87-86 apto 447 torre 12
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	4707675
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	CUBILLOS MIRTA MIREYA	**Identificación**	CC 52306348
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.

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 APF	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 80090778	WILSON GERMAN RODRIGUEZ HIGUERA	01	00																0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION (INC + PROTECCION)	$ 877.803	$ 140.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 877.803	$ 35.200	6,960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 877.803	$ 35.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 272.000

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
$ 877.803	$ 877.803	$ 877.803	$ 877.803	$ 140.500	$ 35.200	$ 61.100	$ 35.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 272.000	$ 0	$ 272.000

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

¡El Poder de la SIMPLE!

3192

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

3198

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900575623-0	EXPLOTACION Y ALQUILER DE MAQUINARIA SANTANA SAS		DIAGONAL 3 N 6 50 CASA 01	8279740	EXCELINOSANTANA@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c			CUNDINAMARCA	MOSQUERA		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-12	2020-11	E	07/12/2020	47184298	$1.419.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza en el exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1018342066	GARCIA RAMIREZ JUAN GUILLERMO	1	0			S								X									230301	1.256.615	201.100	0	0	0	0	EPS002	1.256.615	50.300	14-11	1.256.615	5	87.500	CCF22	1.256.615	50.300	0	0	0	0	0
2	CC	11234567	CHACON VALENCIA OSWALDO	1	0			S																	25-14	1.163.200	185.200	0	0	0	0	CCFC55	1.163.200	46.600	14-11	1.163.200	5	81.000	CCF22	1.163.200	46.600	0	0	0	0	0
3	CC	11511254	MORA HERNANDEZ JOSE WILMAR	1	0			S																	230301	1.163.200	185.200	0	0	0	0	EPS037	1.163.200	46.600	14-11	1.163.200	5	81.000	CCF22	1.163.200	46.600	0	0	0	0	0
4	CC	35394480	PEÑA OSA MALDONADO MONICA FERNANDA	1	0			S																	230201	1.000.000	160.000	0	0	0	0	EPS008	1.000.000	40.000	14-11	1.000.000	5	86.600	CCF22	1.000.000	40.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

323

compensar · miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900575623-0	EXPLOTACION Y ALQUILER DE MAQUINARIA SANTANA SAS	DIAGONAL 3 N 6 50 CASA 01	8279740	EXCELINOSANTANA@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		CUNDINAMARCA	MOSQUERA		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-12	2020-11	E	07/12/2020	47184298	$1.419.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
CCFC55	EPS-S Cajacopi	890102044-1	46.600	0		0		0	0	0	0	46.600	1
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	50.300	0		0		0	0	0	0	50.300	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	40.000	0		0		0	0	0	0	40.000	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	46.600	0		0		0	0	0	0	46.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	160.000	0	0	0	0	0	0		160.000	1
230301	Porvenir	800224808-8	387.300	0	0	0	0	0	0		387.300	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	186.200	0	0	0	0	0	0		186.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	830903790-5	319.100				319.100	0	0	319.100			3.191	319.100	4

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	183.500	0	0	183.500	4

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	183.500	183.500
Pensión	3	733.500	733.500
Riesgos Laborales	1	319.100	319.100
CCF	1	183.500	183.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	9	1.419.600	1.419.600

Este documento [redacted] clasificado como PRIVADO por parte de Com[redacted] Operador de Información

3199 399

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 79217370

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	REINALDO ESPINOSA SANCHEZ		
Tipo Identificación	CEDULA DE CIUDADANIA	Número de Identificación	2968900
Ciudad/Municipio	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	Departamento	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
Dirección	DIG 16 96A 65	Teléfono	4219448
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Mantenimiento y reparación
Tipo Aportante	02-INDEPENDIENTE	Clase Aportante	I-INDEPENDIENTE
Forma Presentación	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	7769162991	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	octubre / 2020	Periodo Cotización Salud	noviembre / 2020
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2020/11/04
Número Autorización	790318844		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	CAMILO ANDRES	Apellidos	GARZON NIVIA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	79217370
Tipo cotizante	01 DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	Municipio	BOGOTA DISTRITO CAPITAL
Salario Básico	$ 877.803	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN		Administradora	25-14 COLPENSIONES
Dias	30	IBC	$ 877.803
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 140.500
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 140.500**

SALUD		Administradora	EPS017-FAMISANAR
Dias	30	IBC	$ 877.803
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 35.200
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
UPC Adicional	$ 0	**Total Aporte**	**$ 35.200**

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE
Dias	30	IBC	$ 877.803
Clase de Riesgo	V	Tarifa	6,960 %
Centro de Trabajo	2968900	**Total Aporte**	**$ 61.100**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF21-CAFAM	30	4,000 %	$ 877.803	$ 35.200

TOTAL PAGADO: $ 272.000

PAGOSIMPLE | REP[illegible] IDIVIDUAL

3200

Fecha creación reporte 2021-02-25, 04:58:57 PM **Tipo Planilla** E **Numero Planilla** 1035557554

Periodo Cotización 202101 **Periodo Servicio** 202102

Cliente:

PAGADA 2021-02-05

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	EPORT MAQUINARIA SAS				
Documento	NI 901130548	**Dirección**	CL 48 SUR #87 - 86 TORRE 12 APTO 447		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	4780281		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	PORTOCARRERO ARAUJO EDWIN NELSON	**Identificación**	CC 3166811		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento			Residente		Exonerado		Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	01	00				S	GUIO ROJAS JOSE DARIO	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																									Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
IRG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	SP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF						Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			F	$ 908.526	230201		16 %	$ 908.526	$ 145.400	$ 0	$ 0	EPS017		4 %	$ 908.526	$ 36.400	$ 0	14-4	5	6.960 %	$ 908.526	$ 63.300	CCF24	4 %	$ 908.526	$ 36.400	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION (ING + PROTECCION)	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 36.400	$ 63.300	$ 36.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!



compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLI[illegible]ACION DE APORTES

3201[illegible]

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901360146-9	QUALITY CHE SAS	CARRERA 103 B N 151 A 11	3212879589	c.cardenash@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				2	0
					TOTAL A PAGAR	
2021-01	2020-12	E	05/01/2021	47743730	$352.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	32.800	0		0		0	0	0	0	32.800	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	32.800	0		0		0	0	0	0	32.800	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	262.200	0	0	0	0	0	0		262.200	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	8.600				8.600	0	0	8.600			86	8.600	2

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	16.400	0	0	16.400	2

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	65.600	65.600
Pensión	1	262.200	262.200
Riesgos Laborales	1	8.600	8.600
CCF	1	16.400	16.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	5	352.800	352.800

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

36

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901.160146-9	QUALITY CHE SAS	CARRERA 103 B N 151 A 11	3212879[illegible]9	c.cardenasch@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C MIPYME		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D C		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-01	2020-12	E	08/01/2021	47743730	$352.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombiano	Extranjero	Extranjero	Cotiza Colombia	Extranjero	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o 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	31[illegible]083	GONZALEZ ROJAS GABRIEL	1	0			S	X																25-14	819.283	131.100	0	0	0	0	EPS017	819.283	32.800	14-11	819.283	1	4.300	CCF24	819.283	8.200	0	0	0	0	0
2	CC	7[illegible]10	BOHORQUEZ OSPINA HECTOR FAVIO	1	0			S	X																25-14	819.283	131.[illegible]	0	0	0	0	EPS[illegible]	819.283	32.800	14-1	819.283	1	4.[illegible]	CCF24	819.283	8.200	0	0	0	0	0

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLI[illegible]ACION DE APORTES

3202 [illegible]

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900575623-0	EXPLOTACION Y ALQUILER DE MAQUINARIA SANTANA SAS	DIAGONAL 3 N 6 50 CASA 01	8279740	EXCELINOSANTANA@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		CUNDINAMARCA	MOSQUERA		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-01	2020-12	E		47672585	$1.386.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	46.000	0		0		0	0	0	0	46.000	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	86.600	0		0		0	0	0	0	86.600	2
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	46.600	0		0		0	0	0	0	46.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	160.000	0	0	0	0	0	0		160.000	1
230301	Porvenir	800224808-8	370.200	0	0	0	0	0	0		370.200	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	186.200	0	0	0	0	0	0		186.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	311.700				311.700	0	0	311.700			3.117	311.700	4

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	179.200	0	0	179.200	4

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	3	179.200	179.200
Pensión	3	716.400	716.400
Riesgos Laborales	1	311.700	311.700
CCF	1	179.200	179.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	1.386.500	1.386.500

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

3674

compensar mipianilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
N	[illegible]	EXPLOTACION Y ALQUILER DE MAQUINARIA SANTANA SAS		DIAGONAL 3 N 6 50 CASA 01	4279740	EXCELENCIASANTANA@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c			CUNDINAMARCA	MOSQUERA		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-01	2023-12	E		47672985	$1.388.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Dependiente	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	IGE	IRT	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	1018342066	GARCIA RAMIREZ JUAN GUILLERMO	1	0			S																	230301	1.150.000	184.000	0	0	0	0	EPS002	1.150.000	46.000	14-11	1.150.000	5	80.100	CCF22	1.150.000	46.000	0	0	0	0	0
2	[illegible]	1123[illegible]	CHACON VALENCIA OSWALDO	[illegible]				S																	25-14	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	EPS[illegible]	[illegible]	[illegible]	14-11	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
3	CC	11511754	MORA HERNANDEZ JOSE WILMAR	1	0			S																	230301	1.163.200	186.200	0	0	0	0	EPS037	1.163.200	46.600	14-11	1.163.200	5	81.000	CCF22	1.163.200	46.600	0	0	0	0	0
4	CC	35394480	PEÑALOSA MALDONADO MONICA FERNANDA	1	0			S																	230201	1.000.000	160.000	0	0	0	0	EPS008	1.000.000	40.000	14-11	1.000.000	5	68.600	CCF22	1.000.000	40.000	0	0	0	0	0

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-12-04, 10:58:20 AM **Tipo Planilla:** E· PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 1033616233

Periodo Cotización: octubre de 2020 **Periodo Servicio:** noviembre de 2020

3203

PAGADO 04/12/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COMPANIA DE INFRAESTRUCTURA VIAL COLOMBIANA S		
Documento	NI901160188	**Dirección**	AV Calle 26 # 68c- 61 of 204
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3208691956
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	SILVA FARIGUA LUIS ALFREDO	**Identificación**	CC 80747651
Total Afiliados	12	**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 APF	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 1007861092	JUAN HARBEY MARTIN SALCEDO	01	00	X																0	4	4	4	4	(230301) PORVENIR	$ 117.041	$ 18.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 117.041	$ 4.700	6,960	$ 117.041	$ 8.200	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 117.041	$ 2.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 34.100
CC 1010186703	LESTER EDUARDO GARCIA LATORRE	01	00	X																0	1	1	1	1	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 29.261	$ 4.700	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 29.261	$ 1.200	6,960	$ 29.261	$ 2.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 29.261	$ 600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 8.800
CC 1015363676	MILENA MOLINA GALINDO	01	00																	0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 877.803	$ 140.500	(EPS006) COMPENSAR EPS	$ 877.803	$ 35.200	6,960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
CC 1022980364	JESID LEONARDO CARRANZA ROJAS	01	00	X	X															0	1	1	1	1	(230301) PORVENIR	$ 29.261	$ 4.700	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 29.261	$ 1.200	6,960	$ 29.261	$ 2.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 29.261	$ 600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 8.800
CC 1024542775	CAMILO ANDRES MONROY FAJARDO	01	00	X	X															0	16	16	16	16	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 468.182	$ 75.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 468.182	$ 18.800	6,960	$ 468.182	$ 32.600	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 468.182	$ 9.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 135.800
CC 1026086719	CARLOS DAVID OLAYA BOGOTA	01	00	X																0	16	16	16	16	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 468.182	$ 75.000	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 468.182	$ 18.800	6,960	$ 468.182	$ 32.600	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 468.182	$ 9.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 135.800
CC 1051738413	HECTOR EDUARDO QUEVEDO PIANETA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 877.803	$ 140.500	(ESSC07) ASOCIACION MUTUAL SER	$ 877.803	$ 35.200	6,960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
CC 1054486025	JOHAN SEBASTIAN NUÑEZ VALENCIA	01	00	X																0	7	7	7	7	(230301) PORVENIR	$ 204.821	$ 32.800	(EPS005) EPS SANITAS	$ 204.821	$ 8.200	6,960	$ 204.821	$ 14.300	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 204.821	$ 4.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 59.400
CC 1085045814	YASER VALLE TORREZ	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 877.803	$ 140.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 877.803	$ 35.200	6,960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
CC 1102284409	REMEN TORRES SUSPES	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 877.803	$ 140.500	(EPS037) NUEVA EPS	$ 877.803	$ 35.200	6,960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
CC 80603838	MARCO ABEL SARMIENTO MENDOZA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 877.803	$ 140.500	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 877.803	$ 35.200	6,960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
PE 8180042102218[illegible]	JESUS ANTONIO DURAN HERNANDEZ	01	00	X																0	16	16	16	16	(230301) PORVENIR	$ 468.182	$ 75.000	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 468.182	$ 18.800	6,960	$ 468.182	$ 32.600	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 468.182	$ 9.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 135.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

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
$ 6.173.885	$ 6.173.885	$ 6.173.885	$ 6.173.885	$ 988.500	$ 247.700	$ 430.000	$ 123.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.790.100	$ 0	$ 1.790.100

3204 3209

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 79217370

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	REINALDO ESPINOSA SANCHEZ		
Tipo Identificación	CEDULA DE CIUDADANIA	Número de Identificación	2968900
Ciudad/Municipio	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	Departamento	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
Dirección	DIG 16 96A 65	Teléfono	4219448
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Mantenimiento y reparación
Tipo Aportante	02-INDEPENDIENTE	Clase Aportante	I-INDEPENDIENTE
Forma Presentación	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	**7776076790**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	diciembre / 2020	Periodo Cotización Salud	enero / 2021
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2021/01/06
Número Autorización	852879477		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	CAMILO ANDRES	Apellidos	GARZON NIVIA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	79217370
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	Municipio	BOGOTA DISTRITO CAPITAL
Salario Básico	$ 877.803	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	25-14 COLPENSIONES
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 877.803
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 140.500
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 140.500**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS017-FAMISANAR
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 877.803
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 35.200
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
UPC Adicional	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 35.200**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE
Clase de Riesgo	V	IBC	$ 877.803
Centro de Trabajo	2968900	Tarifa	6,960 %
		Total Aporte	**$ 61.100**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF21-CAFAM	30	4,000 %	$ 877.803	$ 35.200

TOTAL PAGADO:	**$ 272.000**

ANEXO 02

CRONOGRAMA DE TRABAJO

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-12-04, 10:58:20 AM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 1033616233

Periodo Cotización: octubre de 2020 **Periodo Servicio:** noviembre de 2020

3206

PAGADO 04/12/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COMPANIA DE INFRAESTRUCTURA VIAL COLOMBIANA S		
Documento	NI901160188	**Dirección**	AV Calle 26 # 68c- 61 of 204
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3208691956
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	SILVA FARIGUA LUIS ALFREDO	**Identificación**	CC 80747651
Total Afiliados	12	**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	IGE	SLN	INT	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 1007561092	JUAN HARBEY MARTIN SALCEDO	01	00	X								0	4	4	4	(230301) PORVENIR	$ 117.041	$ 19.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 117.041	$ 4.700	6,960	$ 117.041	$ 8.200	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 117.041	$ 2.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 34.100
CC 1010126709	LESTER EDUARDO GARCIA LATORRE	01	00	X								0	1	1	1	(230301) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 29.261	$ 4.700	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 29.261	$ 1.200	6,960	$ 29.261	$ 2.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 29.261	$ 600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 8.600
CC 1015393878	MILENA MOLINA GALINDO	01	00									0	30	30	30	(23100) CUI FONDOS	$ 877.803	$ 140.500	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 877.803	$ 35.200	6,960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
CC 1[illegible]8354	JESID LEONARDO CANTANZA ROJAS	01	00	X	X							0	1	1	1	(230301) PORVENIR	$ 29.261	$ 4.700	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 29.261	$ 1.200	6,960	$ 29.261	$ 2.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 29.261	$ 600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 8.600
CC 1024547776	[illegible] HALINDO	01	00	X	X							0	1	1	1	(230301) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 117.041	$ 19.800	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 117.041	$ 4.700	6,960	$ 117.041	$ 8.200	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 117.041	$ 2.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 34.100
CC 1626945719	CARLOS DAVID OLAYA BOGOTA	01	00	X								0	30	30	30	(230301) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 468.161	$ 75.008	(EPS037) SUMIMEDICAL EPS	$ 468.161	$ 18.800	6,960	$ 468.161	$ 32.600	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 468.161	$ 9.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 135.800
CC 1051738413	HECTOR EDUARDO QUEVEDO PIANETA	01	00									0	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 877.803	$ 140.500	(ESS007) ASOCIACION MUTUAL SER	$ 877.803	$ 35.200	6,960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
[illegible]	JOHAN SEBASTIAN NUÑEZ VALENCIA	01	00	X								0	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible] PORVENIR	$ 204.821	$ 32.900	[illegible] SANITAS	$ 204.821	$ 8.200	6,960	$ 204.821	$ 14.300	[illegible] COMPENSAR CCF	$ 204.821	$ 4.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 59.400
CC 1065848814	YASER VALLE TORREZ	01	00									0	30	30	30	(230301) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 877.803	$ 140.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 877.803	$ 35.200	6,960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible] PORVENIR	$ [illegible]	$ [illegible]	[illegible] FPS	$ [illegible]	$ [illegible]	6,960	$ 877.803	$ 61.100	[illegible] COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
CC 80503836	MARCO ABEL BARMIENTO MENDOZA	01	00									0	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 877.803	$ 140.500	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 877.803	$ 35.200	6,960	$ 877.803	$ 61.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 877.803	$ 17.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.400
PE [illegible]	JE[illegible] ALFONSO DURAN [illegible]	01	00	X								0	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible] PORVENIR	$ [illegible]	$ [illegible]	[illegible] SALUD TOTAL EPS	$ 468.161	$ 18.800	6,960	$ 468.161	$ 32.600	[illegible] COMPENSAR CCF	$ 468.161	$ 9.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 135.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 89 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 894 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

3207

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 79217370

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	REINALDO ESPINOSA SANCHEZ		
Tipo Identificación	CEDULA DE CIUDADANIA	Número de Identificación	2968900
Ciudad/Municipio	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	Departamento	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
Dirección	DIG 16 96A 65	Teléfono	4219448
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Mantenimiento y reparación
Tipo Aportante	02-INDEPENDIENTE	Clase Aportante	I-INDEPENDIENTE
Forma Presentación	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7776076790**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	diciembre / 2020	Periodo Cotización Salud	enero / 2021
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2021/01/06
Número Autorización	852879477		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	CAMILO ANDRES	Apellidos	GARZON NIVIA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	79217370
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	Municipio	BOGOTA DISTRITO CAPITAL
Salario Básico	$ 877.803	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	25-14 COLPENSIONES
Dias	30	IBC	$ 877.803
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 140.500
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 140.500**

SALUD		Administradora	EPS017-FAMISANAR
Dias	30	IBC	$ 877.803
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 35.200
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
UPC Adicional	$ 0	**Total Aporte**	**$ 35.200**

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE
Dias	30	IBC	$ 877.803
Clase de Riesgo	V	Tarifa	6,960 %
Centro de Trabajo	2968900	**Total Aporte**	**$ 61.100**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF21-CAFAM	30	4,000 %	$ 877.803	$ 35.200

TOTAL PAGADO:	**$ 272.000**

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

3208

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901360146-9	QUALITY CHE SAS		CARRERA 103 B N 151 A 11	3212879589	o.cardenash@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C - MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-01	2020-12	E	05/01/2021	47743730	$352.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el exterior	Extranjero	IGE	ART	IRP	TAE	TDE	TAP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Correcciones	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	Días a cargo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	3188083	GONZALEZ ROJAS GABRIEL	1	0			S	X														25-14	819.283	131.100	0	0	0	0	EPS017	819.283	32.800	14-11	819.283	1	4.300	CCF24	819.283	8.200	0	0	0	0	0
2	CC	7662340	BOHORQUEZ OSPINA HECTOR FAVIO	1	0			S	X														25-14	819.283	131.100	0	0	0	0	EPS002	819.283	32.800	14-11	819.283	1	4.300	CCF24	819.283	8.200	0	0	0	0	0

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

3209

TEMAS A DESARROLLAR	RESPONSABILIDAD DE LA EJECUCIÓN	OBJETIVOS (CONCORDANTES CON LOS ESTABLECIDOS EN EL SGSST	A QUIEN DIRIGIDO	RECURSOS	CONTRATO 137-2019					
						25 feb 24 marzo	21 julio 20 agosto	21 agosto 20 sept	21 sep. 20 oct	21 20 NOV	21-26 NOV 22 DIC AL 20 ENE-21
DUCCION Y/O REINDUCCION AL RSONAL	AMBIENTAL - SST - SOCIAL	Proporcionar el entrenamiento y la capacitación que permita mejorar la competencia conciencia y responsabilidad de todos los empleados	Residentes, Inspectores, maestros, Oficiales, ayudantes Subcontratistas	capacitador, espacio para capacitaciones, herramientas ofimaticas	P						
					E	5	1	0	11	21	21
/ULGACION DE POLITICAS -R H.S.I	SST		Residentes, Inspectores, maestros, Oficiales, ayudantes Subcontratistas		P						
					E	5	1	0	11	21	21
TIFICACION D RIESGOS	SST		Residentes, Inspectores, maestros, Oficiales, ayudantes, Subcontratistas		P						
						5	1	0	11	21	21
SOCIALIZACION PLAN DE EMERGENCIAS	SST		Personal Directivo ,con personal a cargo		P						
					E	5	1	0	11	21	21
PASST											
NFORMACION COPASST		Garantizar el cumplimiento de los requisitos legales y otros aplicables a la organización	Representantes Copasst	capacitador, espacio para capacitaciones, herramientas ofimaticas	P						
					E	25/02/2020					
UNIONES COPASST	CO&CON		Representantes Copasst		P						
					E		31/07/2020	31/08/2020	30/09/2020	30/10/2020	22/12/2020
ALIZACION INVESTIGACION DE CIDENTES (EN CASO DE URRENCIA)	SST - COPASST		Residentes, Inspectores, maestros, Oficiales, ayudantes, Subcontratistas		P						
					E						
PACITACION FUNCIONES DEL PASST	CO&CON		Representantes Copasst		P						
					E		31/07/2020				
PACITACION INVESTIGACION DE CIDENTES LABORALES	SST- COPASST		Residentes, Inspectores, maestros, Oficiales, ayudantes, Subcontratistas		P						
					E			31/08/2020			
lización Inspección de obra/ oficinas		. Minimizar la ocurrencia de accidentes de trabajo a través de la gestión de los riesgos	Representantes Copasst	Formatos de inspección	P						
					E	ok	ok	ok	20/10/2020	20/11/2020	22/12/2020
salización Inspección Orden y Aseo					P						
					E				13/10/2020	20/11/2020	22/12/2020
Realización Inspección equipos/elementos de atención de emergencias					P						
					E					20/11/2020	22/12/2020
MITÉ DE CONVIVENCIA											
NFORMACION COMITÉ DE NVIVENCIA	CO&CON	Garantizar el cumplimiento de los requisitos legales y otros aplicables a la organización	Representantes Comité convivencia	capacitador, espacio para capacitaciones, herramientas ofimaticas	P						
					E						
UNIONES COMITÉ	CO&CON				P						
					E				15/5-10-20		
Y 1010 Y MANUAL DE NVIVENCIA	CO&CON		Todo el personal		P						
					E						
PACITACION COMUNICACIÓN ERTIVA Y RESOLUCION DE NFLICTOS	CO&CON				P						
					E						26/11/2010
PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO											
AMENES DE INGRESO/ RIODICOS	RESIDENTE SST/ COORDINACIÓN G.H	Garantizar el cumplimiento de los requisitos legales y otros aplicables a la organización	Residentes, Inspectores, maestros, Oficiales, ayudantes, Subcontratistas	IPS Para elaboración de exámenes medicos	P						
					F				11	21	21
AMENES DE EGRESO	RESIDENTE SST/ COORDINACIÓN G.H		Residentes, Inspectores, maestros, Oficiales, ayudantes, Subcontratistas		P						
					E				0	0	
RMACIÓN EN PAUSAS ACTIVAS	sst	Proporcionar el entrenamiento y la capacitación que permita mejorar la competencia, conciencia y responsabilidad de todos los empleados	Residentes, Inspectores, maestros, Oficiales ayudantes, Sub.contratistas	capacitador, espacio para capacitaciones.	P						
					E					18/11/2020	
PACITACION EN PRIMEROS XILIOS	sst		organis		P						
					E					Reprogramada	
PACITACION MANEJO DEL TRESS	sst	Garantizar el cumplimiento de los requisitos legales y otros aplicables a la organización	Maestros , Oficiales y Ayudantes		P						
					E				5/10/2020		
/ULGACION CONSERVACION DITIVA /CUIDADO VISUAL	sst		Maestros , Oficiales y Ayudantes		P						
					E						
TILOS DE VIDA SALUDABLE	sst		Maestros , Oficiales y Ayudantes		P						
					E					29/10/2020	
PACITACION MANEJO DE RGAS	sst	Proporcionar el entrenamiento y la capacitacion que permita mejorar la competencia conciencia y responsabilidad	Maestros Oficiales y Ayudantes		P						
					E						
PACITACION MANEJO DE RRAMIENTAS	sst				P						
					E			Reprogramada			

3210

TEMAS A DESARROLLAR	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	OBJETIVOS (CONCORDANTES CON LOS ESTABLECIDOS EN EL SGSST	A QUIEN VA DIRIGIDO	RECURSOS		CONTRATO 137-2019					
						25 feb 24 marzo	21 julio 20 agosto	21 agosto 20 sept	21 sep. 20 oct	21 OCT 20 NOV	21-28 NOV 22 DIC AL 28 ENE-21
plementación medidas de protocolo bioseguridad antes de iniciar labores	sst	Adecuar las instalaciones de acuerdo a lo establecido en el protocolo de bioseguridad	Gerencia residentes de obra	Elementos de bioseguridad instalados en obra	P						
					E			ok	ok		
OVID 19. Signos, síntomas y forma de transmisión	sst	Conocer, identificar y evaluar el riesgo de exposición frente al COVID-19	TODO EL PERSONAL		P						
					E			ok	ok	ok	ok
edidas de prevención dentro de la obra	sst	implementación de medidas de seguridad para la prevención del COVID-19.	TODO EL PERSONAL		P						
					E			ok	ok	ok	ok
Higienización y lavado de manos	sst	Sensibilizar al trabajador en la adopcion de medidas correctas para la higienización y el lavado de manos.	TODO EL PERSONAL		P						
					E			ok	ok	ok	ok
Reglas de distanciamiento físico	sst	Formar al personal en la importancia del distanciamiento físico durante la jornada de trabajo y en lugares públicos.			P						
					E			ok	ok	ok	ok
Bioseguridad y desinfección de áreas, equipos y herramientas	sst	Capacitar al personal sobre la correcta desinfección de áreas, equipos y herramientas.	AUXILIAR EN SALUD		P						
					E				ok		ok
vención y protección durante el traslado	sst	Proporcionar conocimientos de los cuidados que se deben tener para realizar un traslado seguro al lugar de			P						
					E						22/12/2020
Equipos de emergencia. Botiquín de primeros auxilios	sst	Formar al personal en el uso correcto del botiquín y recomendaciones en casos de COVID-19			P						
					F						
8-PROGRAMA DE HIGIENE					P						
NTENIMINENTO DE BAÑOS	AMBIENTAL - SISO	Garantizar el cumplimiento de los requisitos legales y otros aplicables a la organización	Inspectores, residentes, oficiales y ayudantes	baños portatiles, adecuacion de campamento, espacio para capacitaciones	E	ok	ok	ok	ok	ok	ok
STIER	AMBIENTAL - SISO				P						
					E				ok	ok	ok
MINISTRO AGUA POTABLE	RESIDENTE SISO		Residentes , Oficiales y Ayudantes		P						
					E	ok	ok	ok	ok	ok	ok
8-PROGRAMA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL											
TUALIZACIÓN SISTEMA DE STIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EL TRABAJO	AMBIENTAL - SISO	Garantizar el cumplimiento de los requisitos legales y otros aplicables a la organización	Inspectores, residentes oficiales y ayudantes	responsable del SG-SST, elementos de papeleria	P						
					E						
TUALIZACIÓN MATRIZ DE ESGOS	AMBIENTAL - SISO		Inspectores residentes oficiales y ayudantes		P						
					E	25/02/2020	2/07/2020				
NFORMACIÓN BRIGADA ERGENCIA.	AMBIENTAL - SISO		Residentes		P						
					E						
TACION DE ELEMENTOS EN SO DE EMERGENCIAS	AMBIENTAL - SISO			camillas, botiquin, extintores	P						
					E	ok	ok	ok	ok	ok	ok
PACITACIÓN EN USO ECUADO LIMPIEZA Y SINFECCION DE EPP	AMBIENTAL - SISO	Proporcionar el entrenamiento y la capacitación que permita mejorar la competencia, conciencia y responsabilidad de todos los empleados	Inspectores residentes, oficiales y ayudantes	espacio para capacitaciones, capacitador, refrigerios	P						
					E					6/11/2020	
ULACRO A BRIGADAS DE ERGENCIAS.	AMBIENTAL - SISO		Inspectores, residentes, oficiales y ayudantes	disponibilidad del personal para actividad Cronometro,	P						
					E						
PACITACIÓN EN HOJAS DE GURIDAD, RIESGOS QUIMICOS	AMBIENTAL - SISO				P						
					E						28/11/2020
SPECCION A MAQUINARIA Y HÍCULOS	AMBIENTAL - SISO				F						
					E	N/A	N/A	N/A	ok	ok	
NTENIMIENTO DE LA ÑALIZACION	AMBIENTAL - SISO				P						
					E	OK	OK	OK	OK	OK	OK

RESPONSABLE DE SG -SST

ANEXO 03

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

3212 409

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACION DE RIESGOS

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	
PARA: OPERADOR DE MAQUINARIA	

Descripción: Notificación de riesgos para operadores de equipo mayor (retroexcavadora, Fresadora, Finisher, minicargador, motoniveladora, vibrocompactador y otros) expuestos a los riesgos de su actividad, se presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada

Elementos de protección personal: Botas Punta de Acero, casco, Gafas de Seguridad, overol , protector auditivo de copa (si la maquinaria no tiene cabina insonorizada), protector auditivo de silicona y tapabocas

Riesgos existentes:

	MECANICOS: Machucones, golpes, Heridas por manipulación de la máquina,		***QUIMICO:*** Polvos, material particulado, Gases Y Vapores, Sustancias químicas
	LOCATIVOS: Golpes, Orden y Aseo, caídas desde alturas, excavaciones abiertas, terrenos inestables, Áreas de Trabajo limitadas para el movimiento		***FISICOS***: Ruido, Vibraciones, Calor, Radiaciones no Ionizantes
	ELECTRICO: Contacto con redes eléctricas de Alta y baja.		***BIOMECANICOS:*** Manipulación de cargas, peso y tamaño de objetos, posturas prolongadas e inadecuadas.
	PSICOSOCIALES: Trabajo repetitivo, contenido de la tarea, monotonía, relaciones jerárquicas, turnos de trabajo, contenido de la tarea.		***SEGURIDAD:*** Caída de Objetos al mismo y a diferente nivel, Accidentes de tránsito, Proyección de partículas, golpes/ cortes con herramientas, atrapamientos por o entre objetos, Atracos
	BIOLOGICO: Virus, Contacto con animales, residuos corporales, residuos en descomposición, Aguas Servidas		

Acciones preventivas:

- Conocer la ubicación de la maquina y revisar los espacios para maniobrar
- Antes de poner en funcionamiento la máquina, asegurar el funcionamiento y verificar los demás sistemas de la maquina.
- No apoyar partes del cuerpo sobre el tablero eléctrico, ya que se puede accionar algún control y/o dispositivo
- En trabajos nocturnos verificar la iluminación sea suficiente del área de trabajo
- Mantener encendida la luz de la maquina, en trabajos nocturnos
- No exceder la velocidad permitida en obra que es de 10 Km/h.
- Coordinar con el Residente SISO cualquier movimiento o traslado de la maquinaria dentro y fuera de la obra.
- Las pala deben estar sobre el piso siempre que la maquina este en reposo o realice alguna maniobra cerca de las personas a su alrededor.
- Debe estar siempre atento de la ubicación y movimientos de materiales y a las señales e indicaciones de los demás trabajadores.
- Por ningún motivo puede trasladarse solo, tanto en los corredores de obra como fuera de ellos, siempre lo debe hacer guiado por los paleteros o escoltas según sea el caso.
- Se prohíbe limpiar la maquinaria en funcionamiento y en los frentes de obra
- No retirar nunca las guardas de protección
- En caso de requerir hacer reparaciones o ajustes a la maquinaria para su funcionamiento, deberá reportar esta situación al personal encargado de realizar está actividad
- El abastecimiento de combustible debe realizarse con la maquinaria apagada
- Mantenerse alejado de los sistemas de corte y de toda pieza o sistema en movimiento.
- No fumar dentro de la obra y/o en el área de trabajo.
- Nunca acceda a la maquina usando un elemento distinto a la escalera
- Limpiar periódicamente la escalera para evitar resbalones
- No permita que personal ajeno al área o sin experiencia manipule los controles de la máquina
- No usar elementos como joyas, cabello o ropa suelta, puesto que puede ser atrapado por los mecanismos de la misma
- Utilizar adecuadamente los elementos de protección personal establecidos para este fin
- Reportar oportunamente los incidentes y/o accidentes de trabajo
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía

- **Procedimiento de notificación al Derecho**: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen médico de egreso.

Yo Carlos A Cobides identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1,136.880.303 de Bogota conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE OPERADOR DE MAQUINARIA, la cual se firma el día 28/10/2020 en la ciudad de Bogota.

Milena Gil

Firma Residente SST:

Firma del Notificado

3213 408

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

PARA: AYUDANTE DE OBRA, OFICIAL.

Descripción: Notificación de riesgos para los Ayudantes y oficiales que realicen trabajos relacionados con el cargo y que estén expuestos a los riesgos de su actividad, se presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada.

Elementos de protección personal: Botas Punta de Acero, capa impermeable, casco, guantes de carnaza, guantes de caucho, monogafas, overol tipo IDU, protector auditivo de Inserción y tapabocas.

Riesgos existentes:

	MECANICOS: Manipulación de Equipo menor, Herramientas, golpes, machucones.		***QUIMICO:*** Polvos, material particulado, Sustancias químicas.
	LOCATIVOS: Golpes, Orden y Aseo, caídas desde alturas, excavaciones, terrenos inestables.		***FISICOS*** : Ruido, Vibraciones, Radiaciones no ionizantes.
	ELECTRICO: Conexiones eléctricas, Contacto con redes de energía eléctrica.		***BIOMECANICOS:*** Manipulación de cargas, peso y tamaño de objetos, posturas prolongadas e inadecuadas.
	PSICOSOCIALES: Trabajo repetitivo, monotonía, relaciones jerárquicas, turnos de trabajo.		***SEGURIDAD:*** Caída de Objetos al mismo y a diferente nivel, Caída de objetos por desplome o derrumbamiento, Accidentes de tránsito, Proyección de partículas, golpes/ cortes con herramientas, atrapamientos por o entre objetos. Atracos.
	BIOLOGICO: Contacto con animales, residuos corporales, residuos en descomposición, COVID-19.		***NATURALES:*** Sismo, terremoto, derrumbes, Precipitaciones, (lluvias, granizadas, heladas).

Acciones preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- El personal que baja a excavaciones debe ir acompañado o debe informar al Residente del sector sobre la labor a realizar
- Retirar a curiosos durante los procesos de excavación, de igual forma se prohíbe que el personal de la obra se acerque a la maquinaria cuando se esté realizando excavación.
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación, Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)

En caso de trasladar herramienta o materiales, debe hacerse está actividad dentro de la obra para facilitar el paso y el de los peatones del sector, terciar las herramientas (palas, picas, barras, etc.) cuando se requiera de movilizarse por senderos peatonales, para evitar golpear a otros peatones y evitar dejar herramienta en forma descuidada, por tanto, esta se debe ubicar en el lugar correspondiente.

- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Instalar la tubería dentro de excavación con ayuda de maquinaria idónea para tal fin como la retroexcavadora y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue para esta actividad
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- **Procedimiento de notificación al Derecho**: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen médico de egreso.

Yo Basilio identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 79503306 de Bogotá conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE AYUDANTE DE OBRA Y OFICIAL, la cual se firma el día 04-ai-2021 en la ciudad de Bogota.

Firma Residente SST:

Firma del Notificado

3214 409

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

PARA: AYUDANTE DE OBRA, OFICIAL.

Descripción: Notificación de riesgos para los Ayudantes y oficiales que realicen trabajos relacionados con el cargo y que estén expuestos a los riesgos de su actividad, se presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada.

Elementos de protección personal: Botas Punta de Acero, capa impermeable, casco, guantes de camaza, guantes de caucho, monogafas, overol tipo IDU, protector auditivo de inserción y tapabocas.

Riesgos existentes:

	MECANICOS: Manipulación de Equipo menor, Herramientas, golpes, machucones.		***QUIMICO:*** Polvos, material particulado, Sustancias químicas.
	LOCATIVOS: Golpes, Orden y Aseo, caídas desde alturas, excavaciones, terrenos inestables.		***FISICOS***: Ruido, Vibraciones, Radiaciones no ionizantes.
	ELECTRICO: Conexiones eléctricas, Contacto con redes de energía eléctrica.		***BIOMECANICOS:*** Manipulación de cargas, peso y tamaño de objetos, posturas prolongadas e inadecuadas.
	PSICOSOCIALES: Trabajo repetitivo, monotonía, relaciones jerárquicas, turnos de trabajo.		***SEGURIDAD:*** Caída de Objetos al mismo y a diferente nivel, Caída de objetos por desplome o derrumbamiento, Accidentes de tránsito, Proyección de partículas, golpes/ cortes con herramientas, atrapamientos por o entre objetos. Atracos.
	BIOLOGICO: Contacto con animales, residuos corporales, residuos en descomposición, COVID-19.		***NATURALES:*** Sismo, terremoto, derrumbes, Precipitaciones, (lluvias, granizadas, heladas).

Acciones preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- El personal que baja a excavaciones debe ir acompañado o debe informar al Residente del sector sobre la labor a realizar
- Retirar a curiosos durante los procesos de excavación, de igual forma se prohibe que el personal de la obra se acerque a la maquinaria cuando se esté realizando excavación.
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación, Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- En caso de trasladar herramienta o materiales, debe hacerse está actividad dentro de la obra para facilitar el paso y el de los peatones del sector, terciar las herramientas (palas, picas, barras, etc.) cuando se requiera de movilizarse por senderos peatonales, para evitar golpear a otros peatones y evitar dejar herramienta en forma descuidada, por tanto, esta se debe ubicar en el lugar correspondiente.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Instalar la tubería dentro de excavación con ayuda de maquinaria idónea para tal fin como la retroexcavadora y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue para esta actividad
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- **Procedimiento de notificación al Derecho**: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen médico de egreso.

Yo Jhon Pinzón identificado con la Cédula de Ciudadania No. 1000722403 de Bogotá conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE AYUDANTE DE OBRA Y OFICIAL**, la cual se firma el día 04/01/2021 en la ciudad de Bogotá.

Firma Residente SST:

Firma del Notificado

3215 410

[redacted]

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

PARA: AYUDANTE, OFICIAL

Descripción: Notificación de riesgos para los Ayudantes y oficiales que realicen trabajos relacionados con el cargo y que estén expuestos a los riesgos de su actividad, se presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada.

Elementos de protección personal: Botas Punta de Acero, capa impermeable, casco, guantes de carnaza, guantes de caucho, monogafas, overol tipo IDU, protector auditivo de inserción y tapabocas.

Riesgos existentes:

	MECANICOS: Manipulación de Equipo menor, Herramientas, golpes, machucones.		***QUIMICO:*** Polvos, material particulado, Sustancias químicas.
	LOCATIVOS: Golpes, Orden y Aseo, caidas desde alturas, excavaciones, terrenos inestables.		***FISICOS***: Ruido, Vibraciones, Radiaciones no ionizantes.
	ELECTRICO: Conexiones eléctricas, Contacto con redes de energía eléctrica.		***BIOMECANICOS:*** Manipulación de cargas, peso y tamaño de objetos, posturas prolongadas e inadecuadas.
	PSICOSOCIALES: Trabajo repetitivo, monotonía, relaciones jerárquicas, turnos de trabajo.		***SEGURIDAD:*** Caída de Objetos al mismo y a diferente nivel, Caída de objetos por desplome o derrumbamiento, Accidentes de tránsito, Proyección de partículas, golpes/ cortes con herramientas, atrapamientos por o entre objetos. Atracos.
	BIOLOGICO: Contacto con animales, residuos corporales, residuos en descomposición, COVID-19.		***NATURALES:*** Sismo, terremoto, derrumbes, Precipitaciones, (lluvias, granizadas, heladas).

Acciones preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- El personal que baja a excavaciones debe ir acompañado o debe informar al Residente del sector sobre la labor a realizar
- Retirar a curiosos durante los procesos de excavación, de igual forma se prohíbe que el personal de la obra se acerque a la maquinaria cuando se esté realizando excavación.
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación, Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- En caso de trasladar herramienta o materiales, debe hacerse está actividad dentro de la obra para facilitar el paso y el de los peatones del sector, terciar las herramientas (palas, picas, barras, etc.) cuando se requiera de movilizarse por senderos peatonales, para evitar golpear a otros peatones y evitar dejar herramienta en forma descuidada, por tanto, esta se debe ubicar en el lugar correspondiente.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Instalar la tubería dentro de excavación con ayuda de maquinaria idónea para tal fin como la retroexcavadora y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue para esta actividad
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- **Procedimiento de notificación al Derecho**: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen médico de egreso.

Yo Jhon Mosquera identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 79214450 conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE AYUDANTE DE OBRA Y OFICIAL**, la cual se firma el día 04-01-2021 en la ciudad de Bogotá

Milena Gil

Firma Residente SST:

Firma del Notificado

CON & CON CONSULTORIA Y CONSTRUCCION

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACION DE RIESGOS

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	
PARA: OPERADOR DE MAQUINARIA	

Descripción: Notificación de riesgos para operadores de equipo mayor (retroexcavadora, Fresadora, Finisher, minicargador, motoniveladora, vibrocompactador y otros) expuestos a los riesgos de su actividad, se presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada

Elementos de protección personal: Botas Punta de Acero, casco, Gafas de Seguridad, overol , protector auditivo de copa (si la maquinaria no tiene cabina insonorizada), protector auditivo de silicona y tapabocas

Riesgos existentes:

	MECANICOS: Machucones, golpes, Heridas por manipulación de la máquina,		***QUIMICO:*** Polvos, material particulado, Gases Y Vapores, Sustancias químicas
	LOCATIVOS: Golpes, Orden y Aseo, caídas desde alturas, excavaciones abiertas, terrenos inestables, Áreas de Trabajo limitadas para el movimiento		***FISICOS***: Ruido, Vibraciones, Calor, Radiaciones no Ionizantes
	ELECTRICO: Contacto con redes eléctricas de Alta y baja.		***BIOMECANICOS:*** Manipulación de cargas, peso y tamaño de objetos, posturas prolongadas e inadecuadas.
	PSICOSOCIALES: Trabajo repetitivo, contenido de la tarea, monotonia, relaciones jerárquicas, turnos de trabajo, contenido de la tarea.		***SEGURIDAD:*** Caída de Objetos al mismo y a diferente nivel, Accidentes de tránsito, Proyección de partículas, golpes/ cortes con herramientas, atrapamientos por o entre objetos, Atracos
	BIOLOGICO: Virus, Contacto con animales, residuos corporales, residuos en descomposición, Aguas Servidas		

Acciones preventivas:

- Conocer la ubicación de la maquina y revisar los espacios para maniobrar
- Antes de poner en funcionamiento la máquina, asegurar el funcionamiento y verificar los demás sistemas de la maquina.
- No apoyar partes del cuerpo sobre el tablero eléctrico, ya que se puede accionar algún control y/o dispositivo
- En trabajos nocturnos verificar la iluminación sea suficiente del área de trabajo
- Mantener encendida la luz de la maquina, en trabajos nocturnos
- No exceder la velocidad permitida en obra que es de 10 Km/h.
- Coordinar con el Residente SISO cualquier movimiento o traslado de la maquinaria dentro y fuera de la obra.
- Las pala deben estar sobre el piso siempre que la maquina este en reposo o realice alguna maniobra cerca de las personas a su alrededor.
- Debe estar siempre atento de la ubicación y movimientos de materiales y a las señales e indicaciones de los demás trabajadores.
- Por ningún motivo puede trasladarse solo, tanto en los corredores de obra como fuera de ellos, siempre lo debe hacer guiado por los paleteros o escoltas según sea el caso.
- Se prohíbe limpiar la maquinaria en funcionamiento y en los frentes de obra
- No retirar nunca las guardas de protección
- En caso de requerir hacer reparaciones o ajustes a la maquinaria para su funcionamiento, deberá reportar esta situación al personal encargado de realizar está actividad
- El abastecimiento de combustible debe realizarse con la maquinaria apagada
- Mantenerse alejado de los sistemas de corte y de toda pieza o sistema en movimiento.
- No fumar dentro de la obra y/o en el área de trabajo.
- Nunca acceda a la maquina usando un elemento distinto a la escalera
- Limpiar periódicamente la escalera para evitar resbalones
- No permita que personal ajeno al área o sin experiencia manipule los controles de la máquina
- No usar elementos como joyas, cabello o ropa suelta, puesto que puede ser atrapado por los mecanismos de la misma
- Utilizar adecuadamente los elementos de protección personal establecidos para este fin
- Reportar oportunamente los incidentes y/o accidentes de trabajo
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía

- **Procedimiento de notificación al Derecho**: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen médico de egreso.

Yo Oscar d Jesus C. identificado con la Cédula de Ciudadania No. 79172180 de Bogotá conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE OPERADOR DE MAQUINARIA, la cual se firma el dia 04-01-2021 en la ciudad de BOGOTÁ.

Milena Gil

Firma Residente SST:

Oscar d Jesus

Firma del Notificado

CON & CON CONSULTORIA Y CONSTRUCCION	**ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACION DE RIESGOS** 3217

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	
PARA: OPERADOR DE MAQUINARIA	

Descripción: Notificación de riesgos para operadores de equipo mayor (retroexcavadora, Fresadora, Finisher, minicargador, motoniveladora, vibrocompactador y otros) expuestos a los riesgos de su actividad, se presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada

Elementos de protección personal: Botas Punta de Acero, casco, Gafas de Seguridad, overol , protector auditivo de copa (si la maquinaria no tiene cabina insonorizada), protector auditivo de silicona y tapabocas

Riesgos existentes:

	MECANICOS: Machucones, golpes, Heridas por manipulación de la máquina,		***QUIMICO:*** Polvos, material particulado, Gases Y Vapores, Sustancias quimicas
	LOCATIVOS: Golpes, Orden y Aseo, caídas desde alturas, excavaciones abiertas, terrenos inestables, Áreas de Trabajo limitadas para el movimiento		***FISICOS***: Ruido, Vibraciones, Calor, Radiaciones no Ionizantes
	ELECTRICO: Contacto con redes eléctricas de Alta y baja.		***BIOMECANICOS:*** Manipulación de cargas, peso y tamaño de objetos, posturas prolongadas e inadecuadas.
	PSICOSOCIALES: Trabajo repetitivo, contenido de la tarea, monotonía, relaciones jerárquicas, turnos de trabajo, contenido de la tarea.		***SEGURIDAD:*** Caida de Objetos al mismo y a diferente nivel, Accidentes de tránsito, Proyección de partículas, golpes/ cortes con herramientas, atrapamientos por o entre objetos, Atracos
	BIOLOGICO: Virus, Contacto con animales, residuos corporales, residuos en descomposición, Aguas Servidas		

Acciones preventivas:

- Conocer la ubicación de la maquina y revisar los espacios para maniobrar
- Antes de poner en funcionamiento la máquina, asegurar el funcionamiento y verificar los demás sistemas de la maquina.
- No apoyar partes del cuerpo sobre el tablero eléctrico, ya que se puede accionar algún control y/o dispositivo
- En trabajos nocturnos verificar la iluminación sea suficiente del área de trabajo
- Mantener encendida la luz de la maquina, en trabajos nocturnos
- No exceder la velocidad permitida en obra que es de 10 Km/h.
- Coordinar con el Residente SISO cualquier movimiento o traslado de la maquinaria dentro y fuera de la obra.
- Las pala deben estar sobre el piso siempre que la maquina este en reposo o realice alguna maniobra cerca de las personas a su alrededor.
- Debe estar siempre atento de la ubicación y movimientos de materiales y a las señales e indicaciones de los demás trabajadores.
- Por ningún motivo puede trasladarse solo, tanto en los corredores de obra como fuera de ellos, siempre lo debe hacer guiado por los paleteros o escoltas según sea el caso.
- Se prohíbe limpiar la maquinaria en funcionamiento y en los frentes de obra
- No retirar nunca las guardas de protección
- En caso de requerir hacer reparaciones o ajustes a la maquinaria para su funcionamiento, deberá reportar esta situación al personal encargado de realizar está actividad
- El abastecimiento de combustible debe realizarse con la maquinaria apagada
- Mantenerse alejado de los sistemas de corte y de toda pieza o sistema en movimiento.
- No fumar dentro de la obra y/o en el área de trabajo.
- Nunca acceda a la maquina usando un elemento distinto a la escalera
- Limpiar periódicamente la escalera para evitar resbalones
- No permita que personal ajeno al área o sin experiencia manipule los controles de la máquina
- No usar elementos como joyas, cabello o ropa suelta, puesto que puede ser atrapado por los mecanismos de la misma
- Utilizar adecuadamente los elementos de protección personal establecidos para este fin
- Reportar oportunamente los incidentes y/o accidentes de trabajo
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía

- **Procedimiento de notificación al Derecho**: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen médico de egreso.

Yo Brayan Cuyaca identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1032492006 de Bogota conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE OPERADOR DE MAQUINARIA, la cual se firma el dia 04 01 2020 en la ciudad de Bogota.

Milena Gil

Firma Residente SST:

Firma del Notificado

3218 413

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

PARA: AYUDANTE DE OBRA, OFICIAL.

Descripción: Notificación de riesgos para los Ayudantes y oficiales que realicen trabajos relacionados con el cargo y que estén expuestos a los riesgos de su actividad, se presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada.

Elementos de protección personal: Botas Punta de Acero, capa impermeable, casco, guantes de camaza, guantes de caucho, monogafas, overol tipo IDU, protector auditivo de Inserción y tapabocas.

Riesgos existentes:

	MECANICOS: Manipulación de Equipo menor, Herramientas, golpes, machucones.		***QUIMICO:*** Polvos, material particulado, Sustancias químicas.
	LOCATIVOS: Golpes, Orden y Aseo, caídas desde alturas, excavaciones, terrenos inestables.		***FISICOS*** : Ruido, Vibraciones, Radiaciones no ionizantes.
	ELECTRICO: Conexiones eléctricas, Contacto con redes de energía eléctrica.		***BIOMECANICOS:*** Manipulación de cargas, peso y tamaño de objetos, posturas prolongadas e inadecuadas.
	PSICOSOCIALES: Trabajo repetitivo, monotonía, relaciones jerárquicas, turnos de trabajo.		***SEGURIDAD:*** Caída de Objetos al mismo y a diferente nivel, Caída de objetos por desplome o derrumbamiento, Accidentes de tránsito, Proyección de partículas, golpes/ cortes con herramientas, atrapamientos por o entre objetos. Atracos.
	BIOLOGICO: Contacto con animales, residuos corporales, residuos en descomposición, COVID-19.		***NATURALES:*** Sismo, terremoto, derrumbes, Precipitaciones, (lluvias, granizadas, heladas).

Acciones preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- El personal que baja a excavaciones debe ir acompañado o debe informar al Residente del sector sobre la labor a realizar
- Retirar a curiosos durante los procesos de excavación, de igual forma se prohíbe que el personal de la obra se acerque a la maquinaria cuando se esté realizando excavación.
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación, Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- En caso de trasladar herramienta o materiales, debe hacerse está actividad dentro de la obra para facilitar el paso y el de los peatones del sector, terciar las herramientas (palas, picas, barras, etc.) cuando se requiera de movilizarse por senderos peatonales, para evitar golpear a otros peatones y evitar dejar herramienta en forma descuidada, por tanto, esta se debe ubicar en el lugar correspondiente.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no deben sentarse o ubicárse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Instalar la tubería dentro de excavación con ayuda de maquinaria idónea para tal fin como la retroexcavadora y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue para esta actividad
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- **Procedimiento de notificación al Derecho:** Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen médico de egreso.

Yo WILMER VILORIA identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 85160 476 de ZONDON conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE AYUDANTE DE OBRA Y OFICIAL**, la cual se firma el día 04/01/2021 en la ciudad de BOGOTÁ.

Firma Residente SST:

Firma del Notificado

3219 444

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

PARA: AYUDANTE DE OBRA, OFICIAL.

Descripción: Notificación de riesgos para los Ayudantes y oficiales que realicen trabajos relacionados con el cargo y que estén expuestos a los riesgos de su actividad, se presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada.

Elementos de protección personal: Botas Punta de Acero, capa impermeable, casco, guantes de carnaza, guantes de caucho, monogafas, overol tipo IDU, protector auditivo de inserción y tapabocas.

Riesgos existentes:

	MECANICOS: Manipulación de Equipo menor, Herramientas, golpes, machucones.		***QUIMICO:*** Polvos, material particulado, Sustancias químicas.
	LOCATIVOS: Golpes, Orden y Aseo, caídas desde alturas, excavaciones, terrenos inestables.		***FISICOS*** : Ruido, Vibraciones, Radiaciones no ionizantes.
	ELECTRICO: Conexiones eléctricas, Contacto con redes de energía eléctrica.		***BIOMECANICOS:*** Manipulación de cargas, peso y tamaño de objetos, posturas prolongadas e inadecuadas.
	PSICOSOCIALES: Trabajo repetitivo, monotonia, relaciones jerárquicas, turnos de trabajo.		***SEGURIDAD:*** Caída de Objetos al mismo y a diferente nivel, Caída de objetos por desplome o derrumbamiento, Accidentes de tránsito, Proyección de partículas, golpes/ cortes con herramientas, atrapamientos por o entre objetos. Atracos.
	BIOLOGICO: Contacto con animales, residuos corporales, residuos en descomposición, COVID-19.		***NATURALES:*** Sismo, terremoto, derrumbes, Precipitaciones, (lluvias, granizadas, heladas).

Acciones preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- El personal que baja a excavaciones debe ir acompañado o debe informar al Residente del sector sobre la labor a realizar
- Retirar a curiosos durante los procesos de excavación, de igual forma se prohíbe que el personal de la obra se acerque a la maquinaria cuando se esté realizando excavación.
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación, Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- En caso de trasladar herramienta o materiales, debe hacerse está actividad dentro de la obra para facilitar el paso y el de los peatones del sector, terciar las herramientas (palas, picas, barras, etc.) cuando se requiera de movilizarse por senderos peatonales, para evitar golpear a otros peatones y evitar dejar herramienta en forma descuidada, por tanto, esta se debe ubicar en el lugar correspondiente.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Instalar la tubería dentro de excavación con ayuda de maquinaria idónea para tal fin como la retroexcavadora y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue para esta actividad
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- **Procedimiento de notificación al Derecho**: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen médico de egreso.

Yo Adrian Uribe identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 16794104 de CALI conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE AYUDANTE DE OBRA Y OFICIAL**, la cual se firma el día 4-01-21 en la ciudad de Bogotá.

Firma Residente SST:

Firma del Notificado

3220 415

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

PARA: AYUDANTE DE OBRA, OFICIAL.

Descripción: Notificación de riesgos para los Ayudantes y oficiales que realicen trabajos relacionados con el cargo y que estén expuestos a los riesgos de su actividad, se presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada.

Elementos de protección personal: Botas Punta de Acero, capa impermeable, casco, guantes de camaza, guantes de caucho, monogafas, overol tipo IDU, protector auditivo de Inserción y tapabocas.

Riesgos existentes:

	MECANICOS: Manipulación de Equipo menor, Herramientas, golpes, machucones.		***QUIMICO:*** Polvos, material particulado, Sustancias químicas.
	LOCATIVOS: Golpes, Orden y Aseo, caídas desde alturas, excavaciones, terrenos inestables.		***FISICOS*** : Ruido, Vibraciones, Radiaciones no ionizantes.
	ELECTRICO: Conexiones eléctricas, Contacto con redes de energía eléctrica.		***BIOMECANICOS:*** Manipulación de cargas, peso y tamaño de objetos, posturas prolongadas e inadecuadas.
	PSICOSOCIALES: Trabajo repetitivo, monotonía, relaciones jerárquicas, turnos de trabajo.		***SEGURIDAD:*** Caída de Objetos al mismo y a diferente nivel, Caída de objetos por desplome o derrumbamiento, Accidentes de tránsito, Proyección de partículas, golpes/ cortes con herramientas, atrapamientos por o entre objetos. Atracos.
	BIOLOGICO: Contacto con animales, residuos corporales, residuos en descomposición, COVID-19.		***NATURALES:*** Sismo, terremoto, derrumbes, Precipitaciones, (lluvias, granizadas, heladas).

Acciones preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- El personal que baja a excavaciones debe ir acompañado o debe informar al Residente del sector sobre la labor a realizar
- Retirar a curiosos durante los procesos de excavación, de igual forma se prohíbe que el personal de la obra se acerque a la maquinaria cuando se esté realizando excavación.
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación, Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- En caso de trasladar herramienta o materiales, debe hacerse está actividad dentro de la obra para facilitar el paso y el de los peatones del sector, terciar las herramientas (palas, picas, barras, etc.) cuando se requiera de movilizarse por senderos peatonales, para evitar golpear a otros peatones y evitar dejar herramienta en forma descuidada, por tanto, esta se debe ubicar en el lugar correspondiente.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Instalar la tubería dentro de excavación con ayuda de maquinaria idónea para tal fin como la retroexcavadora y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue para esta actividad
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- **Procedimiento de notificación al Derecho**: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen médico de egreso.

Yo Fredy Pinzón identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1024539148 de Bogotá conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE AYUDANTE DE OBRA Y OFICIAL, la cual se firma el día 04/01/2021 en la ciudad de Bogotá.

Firma Residente SST:

Firma del Notificado

CON & CON CONSULTORIA Y CONSTRUCCION	**ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACION DE RIESGOS** 3221

4/6

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	
PARA: OPERADOR DE MAQUINARIA	

Descripción: Notificación de riesgos para operadores de equipo mayor (retroexcavadora, Fresadora, Finisher, minicargador, motoniveladora, vibrocompactador y otros) expuestos a los riesgos de su actividad, se presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada

Elementos de protección personal: Botas Punta de Acero, casco, Gafas de Seguridad, overol , protector auditivo de copa (si la maquinaria no tiene cabina insonorizada), protector auditivo de silicona y tapabocas

Riesgos existentes:

	MECANICOS: Machucones, golpes, Heridas por manipulación de la máquina,		***QUIMICO:*** Polvos, material particulado, Gases Y Vapores, Sustancias químicas
	LOCATIVOS: Golpes, Orden y Aseo, caídas desde alturas, excavaciones abiertas, terrenos inestables, Áreas de Trabajo limitadas para el movimiento		***FISICOS***: Ruido, Vibraciones, Calor, Radiaciones no Ionizantes
	ELECTRICO: Contacto con redes eléctricas de Alta y baja.		***BIOMECANICOS:*** Manipulación de cargas, peso y tamaño de objetos, posturas prolongadas e inadecuadas.
	PSICOSOCIALES: Trabajo repetitivo, contenido de la tarea, monotonía, relaciones jerárquicas, turnos de trabajo, contenido de la tarea.		***SEGURIDAD:*** Caída de Objetos al mismo y a diferente nivel, Accidentes de tránsito, Proyección de partículas, golpes/ cortes con herramientas, atrapamientos por o entre objetos, Atracos
	BIOLOGICO: Virus, Contacto con animales, residuos corporales, residuos en descomposición, Aguas Servidas		

Acciones preventivas:

- Conocer la ubicación de la maquina y revisar los espacios para maniobrar
- Antes de poner en funcionamiento la máquina, asegurar el funcionamiento y verificar los demás sistemas de la maquina.
- No apoyar partes del cuerpo sobre el tablero eléctrico, ya que se puede accionar algún control y/o dispositivo
- En trabajos nocturnos verificar la iluminación sea suficiente del área de trabajo
- Mantener encendida la luz de la maquina, en trabajos nocturnos
- No exceder la velocidad permitida en obra que es de 10 Km/h.
- Coordinar con el Residente SISO cualquier movimiento o traslado de la maquinaria dentro y fuera de la obra.
- Las pala deben estar sobre el piso siempre que la maquina este en reposo o realice alguna maniobra cerca de las personas a su alrededor.
- Debe estar siempre atento de la ubicación y movimientos de materiales y a las señales e indicaciones de los demás trabajadores.
- Por ningún motivo puede trasladarse solo, tanto en los corredores de obra como fuera de ellos, siempre lo debe hacer guiado por los paleteros o escoltas según sea el caso.
- Se prohíbe limpiar la maquinaria en funcionamiento y en los frentes de obra
- No retirar nunca las guardas de protección
- En caso de requerir hacer reparaciones o ajustes a la maquinaria para su funcionamiento, deberá reportar esta situación al personal encargado de realizar está actividad
- El abastecimiento de combustible debe realizarse con la maquinaria apagada
- Mantenerse alejado de los sistemas de corte y de toda pieza o sistema en movimiento.
- No fumar dentro de la obra y/o en el área de trabajo.
- Nunca acceda a la maquina usando un elemento distinto a la escalera
- Limpiar periódicamente la escalera para evitar resbalones
- No permita que personal ajeno al área o sin experiencia manipule los controles de la máquina
- No usar elementos como joyas, cabello o ropa suelta, puesto que puede ser atrapado por los mecanismos de la misma
- Utilizar adecuadamente los elementos de protección personal establecidos para este fin
- Reportar oportunamente los incidentes y/o accidentes de trabajo
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía

- **Procedimiento de notificación al Derecho**: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen médico de egreso.

Yo Angel Espitia identificado con la Cédula de Ciudadania No. 1010190098 de Bogota conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE OPERADOR DE MAQUINARIA, la cual se firma el día 04/01/2021 en la ciudad de Bogota.

Milena Gil

Firma Residente SST:

Angel Espitia

Firma del Notificado

3222 447

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

PARA: AYUDANTE DE OBRA, OFICIAL

Descripción: Notificación de riesgos para los Ayudantes y oficiales que realicen trabajos relacionados con el cargo y que estén expuestos a los riesgos de su actividad, se presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada.

Elementos de protección personal: Botas Punta de Acero, capa impermeable, casco, guantes de camaza, guantes de caucho, monogafas, overol tipo IDU, protector auditivo de Inserción y tapabocas.

Riesgos existentes:

	MECANICOS: Manipulación de Equipo menor, Herramientas, golpes, machucones..		***QUIMICO:*** Polvos, material particulado, Sustancias químicas.
	LOCATIVOS: Golpes, Orden y Aseo, caídas desde alturas, excavaciones, terrenos inestables.		***FISICOS***: Ruido, Vibraciones, Radiaciones no ionizantes.
	ELECTRICO: Conexiones eléctricas, Contacto con redes de energía eléctrica.		***BIOMECANICOS:*** Manipulación de cargas, peso y tamaño de objetos, posturas prolongadas e inadecuadas.
	PSICOSOCIALES: Trabajo repetitivo, monotonía, relaciones jerárquicas, turnos de trabajo.		***SEGURIDAD:*** Caída de Objetos al mismo y a diferente nivel, Caída de objetos por desplome o derrumbamiento, Accidentes de tránsito, Proyección de partículas, golpes/ cortes con herramientas, atrapamientos por o entre objetos. Atracos.
	BIOLOGICO: Contacto con animales, residuos corporales, residuos en descomposición, COVID-19.		***NATURALES:*** Sismo, terremoto, derrumbes, Precipitaciones, (lluvias, granizadas, heladas).

Acciones preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- El personal que baja a excavaciones debe ir acompañado o debe informar al Residente del sector sobre la labor a realizar
- Retirar a curiosos durante los procesos de excavación, de igual forma se prohíbe que el personal de la obra se acerque a la maquinaria cuando se esté realizando excavación.
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación, Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- En caso de trasladar herramienta o materiales, debe hacerse está actividad dentro de la obra para facilitar el paso y el de los peatones del sector, terciar las herramientas (palas, picas, barras, etc.) cuando se requiera de movilizarse por senderos peatonales, para evitar golpear a otros peatones y evitar dejar herramienta en forma descuidada, por tanto, esta se debe ubicar en el lugar correspondiente.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Instalar la tubería dentro de excavación con ayuda de maquinaria idónea para tal fin como la retroexcavadora y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue para esta actividad
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- **Procedimiento de notificación al Derecho**: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen médico de egreso.

Yo Luz Marina Rozo identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 20699614 conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE AYUDANTE DE OBRA Y OFICIAL**, la cual se firma el día 08. 01 2021 en la ciudad de Bogotá.

Milena Gil

Firma Residente SST:

Firma del Notificado

3223 418

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

PARA: AYUDANTE DE OBRA, OFICIAL

Descripción: Notificación de riesgos para los Ayudantes y oficiales que realicen trabajos relacionados con el cargo y que estén expuestos a los riesgos de su actividad. se presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada.

Elementos de protección personal: Botas Punta de Acero, capa impermeable, casco, guantes de carnaza, guantes de caucho, monogafas, overol tipo IDU, protector auditivo de Inserción y tapabocas.

Riesgos existentes:

	MECANICOS: Manipulación de Equipo menor, Herramientas, golpes, machucones.		***QUIMICO:*** Polvos, material particulado, Sustancias químicas.
	LOCATIVOS: Golpes, Orden y Aseo, caídas desde alturas, excavaciones, terrenos inestables.		***FISICOS***: Ruido, Vibraciones, Radiaciones no ionizantes.
	ELECTRICO: Conexiones eléctricas, Contacto con redes de energía eléctrica.		***BIOMECANICOS:*** Manipulación de cargas, peso y tamaño de objetos, posturas prolongadas e inadecuadas.
	PSICOSOCIALES: Trabajo repetitivo, monotonia, relaciones jerárquicas, turnos de trabajo.		***SEGURIDAD:*** Caída de Objetos al mismo y a diferente nivel, Caída de objetos por desplome o derrumbamiento, Accidentes de tránsito, Proyección de partículas, golpes/ cortes con herramientas, atrapamientos por o entre objetos, Atracos.
	BIOLOGICO: Contacto con animales, residuos corporales, residuos en descomposición, COVID-19.		***NATURALES:*** Sismo, terremoto, derrumbes, Precipitaciones, (lluvias, granizadas, heladas).

Acciones preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- El personal que baja a excavaciones debe ir acompañado o debe informar al Residente del sector sobre la labor a realizar
- Retirar a curiosos durante los procesos de excavación, de igual forma se prohíbe que el personal de la obra se acerque a la maquinaria cuando se esté realizando excavación.
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación, Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- En caso de trasladar herramienta o materiales, debe hacerse está actividad dentro de la obra para facilitar el paso y el de los peatones del sector, terciar las herramientas (palas, picas, barras, etc.) cuando se requiera de movilizarse por senderos peatonales, para evitar golpear a otros peatones y evitar dejar herramienta en forma descuidada, por tanto, esta se debe ubicar en el lugar correspondiente.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Instalar la tubería dentro de excavación con ayuda de maquinaria idónea para tal fin como la retroexcavadora y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue para esta actividad
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- **Procedimiento de notificación al Derecho**: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen médico de egreso.

Yo Jair Rosero M identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 9630006 conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE AYUDANTE DE OBRA Y OFICIAL**, la cual se firma el dia 13/1/2021 en la ciudad de Bogota.

Milena Gil

Firma Residente SST:

Jair Rosero M.

Firma del Notificado

3224 449

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

PARA: AYUDANTE DE OBRA, OFICIAL.

Descripción: Notificación de riesgos para los Ayudantes y oficiales que realicen trabajos relacionados con el cargo y que estén expuestos a los riesgos de su actividad, se presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada.

Elementos de protección personal: Botas Punta de Acero, capa impermeable, casco, guantes de carnaza, guantes de caucho, monogafas, overol tipo IDU, protector auditivo de inserción y tapabocas.

Riesgos existentes:

	MECANICOS: Manipulación de Equipo menor, Herramientas, golpes, machucones.		***QUIMICO:*** Polvos, material particulado, Sustancias químicas.
	LOCATIVOS: Golpes, Orden y Aseo, caidas desde alturas, excavaciones, terrenos inestables.		***FISICOS*** : Ruido, Vibraciones, Radiaciones no ionizantes.
	ELECTRICO: Conexiones eléctricas, Contacto con redes de energía eléctrica.		***BIOMECANICOS:*** Manipulación de cargas, peso y tamaño de objetos, posturas prolongadas e inadecuadas.
	PSICOSOCIALES: Trabajo repetitivo, monotonía, relaciones jerárquicas, turnos de trabajo.		***SEGURIDAD:*** Caída de Objetos al mismo y a diferente nivel, Caída de objetos por desplome o derrumbamiento, Accidentes de tránsito, Proyección de particulas, golpes/ cortes con herramientas, atrapamientos por o entre objetos, Atracos.
	BIOLOGICO: Contacto con animales, residuos corporales, residuos en descomposición, COVID-19.		***NATURALES:*** Sismo, terremoto, derrumbes, Precipitaciones, (lluvias, granizadas, heladas).

Acciones preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- El personal que baja a excavaciones debe ir acompañado o debe informar al Residente del sector sobre la labor a realizar
- Retirar a curiosos durante los procesos de excavación, de igual forma se prohibe que el personal de la obra se acerque a la maquinaria cuando se esté realizando excavación.
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación, Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- En caso de trasladar herramienta o materiales, debe hacerse está actividad dentro de la obra para facilitar el paso y el de los peatones del sector, terciar las herramientas (palas, picas, barras, etc.) cuando se requiera de movilizarse por senderos peatonales, para evitar golpear a otros peatones y evitar dejar herramienta en forma descuidada, por tanto, esta se debe ubicar en el lugar correspondiente.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Instalar la tubería dentro de excavación con ayuda de maquinaria idónea para tal fin como la retroexcavadora y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue para esta actividad
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- **Procedimiento de notificación al Derecho**: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen médico de egreso.

Yo Emilio Gutierrez identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 12495757 conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE AYUDANTE DE OBRA Y OFICIAL**, la cual se firma el día 13-01-2021 en la ciudad de Bogotá.

Milena Gil

Firma Residente SST:

Emilio.

Firma del Notificado

3225 420

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

PARA: PROFESIONAL SOCIAL

Descripción: Notificación de riesgos para el Topografo y cadenero, que están expuestas a los riesgos de su actividad, se presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada

Elementos de protección personal: Botas de caucho, capa impermeable, casco, Gafas de Seguridad, overol tipo IDU y/o Chaleco Tipo IDU, protector auditivo de silicona y respirador con filtro de aire.

Riesgos existentes:

	MECANICOS: Machucones, Atrapamiento, Movimiento de materiales, golpes.		***QUIMICO:*** Polvos, material particulado, Sustancias químicas.
	LOCATIVOS: Golpes, Orden y Aseo, caídas desde alturas, excavaciones abiertas, terrenos inestables.		***FISICOS*** : Ruido, Vibraciones, Radiaciones no ionizantes.
	ELECTRICO: Conexiones eléctricas, Contacto con redes de energía eléctrica.		***BIOMECANICOS:*** Manipulación de cargas, peso y tamaño de objetos, posturas prolongadas e inadecuadas.
	PSICOSOCIALES: Trabajo repetitivo, monotonía, relaciones jerárquicas, turnos de trabajo, contenido de la tarea.		***SEGURIDAD:*** Caída de Objetos al mismo y a diferente nivel, Caída de objetos por desplome o derrumbamiento, Accidentes de tránsito, Proyección de partículas, golpes/ cortes con herramientas, atrapamientos por o entre objetos. Atracos.
	BIOLOGICO: Contacto con animales, residuos corporales, residuos en descomposición, COVID-19.		***NATURALES:*** Sismo, terremoto, derrumbes, Precipitaciones, (lluvias, granizadas, heladas).

Acciones preventivas:

- Inspeccionar el sitio de trabajo antes de iniciar la labor, esto evitará accidentes e incidentes
- No manipular ningún tipo de herramienta si se desconoce su funcionamiento
- No manipular ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes que no tiene servicio de energía eléctrica
- Emplear los elementos de protección personal dentro de los frentes de obra
- En caso de realizar trabajos de altura se deberá emplear los elementos de protección personal requeridos para realizar está actividad
- Conocer y aplicar las normas de seguridad, identificar las rutas de evacuación y puntos de encuentro
- Estar alerta a las señales sonoras que advierten peligro (pitos y sirenas)
- Identificar el terreno antes de iniciar las labores, con el fin de localizar las zanjas, excavaciones y demás áreas que puedan ocasionar caídas
- Identificar dentro del área los sitios de ubicación de las redes de acueducto, alcantarillado, gas domiciliario y redes de energía eléctrica, con el fin de evitar posibles accidentes y/o suspensión del servicio
- No fumar dentro de la obra y/o en el área de trabajo
- Identificar y acatar la señalización preventiva, informativa y reglamentaria tanto de campamento como de los frentes de obra
- Ubicar las herramientas y equipos en lugares estratégicos para evitar el robo, además de obstaculizar el paso peatonal
- Revisar periódicamente el estado de los elementos de protección personal
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- **Procedimiento de notificación al Derecho:** Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen médico de egreso.

Yo Leidy Mora Sánchez identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 52'865382 de Bogotá conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO PROFESIONAL SOCIAL**, la cual se firma el día 14-01-21 en la ciudad de Bogotá.

Milena Gil

Firma Residente SST:

Leidy Mora Sánchez

Firma del Notificado

3226

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACION DE RIESGOS

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS
PARA: OPERADOR DE MAQUINARIA

Descripción: Notificación de riesgos para operadores de equipo mayor (retroexcavadora, Fresadora, Finisher, minicargador, motoniveladora, vibrocompactador y otros) expuestos a los riesgos de su actividad, se presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada

Elementos de protección personal: Botas Punta de Acero, casco, Gafas de Seguridad, overol , protector auditivo de copa (si la maquinaria no tiene cabina insonorizada), protector auditivo de silicona y tapabocas

Riesgos existentes:

	MECANICOS: Machucones, golpes, Heridas por manipulación de la máquina,		***QUIMICO:*** Polvos, material particulado, Gases Y Vapores, Sustancias químicas
	LOCATIVOS: Golpes, Orden y Aseo, caídas desde alturas, excavaciones abiertas, terrenos inestables, Áreas de Trabajo limitadas para el movimiento		***FISICOS***: Ruido, Vibraciones, Calor, Radiaciones no Ionizantes
	ELECTRICO: Contacto con redes eléctricas de Alta y baja.		***BIOMECANICOS:*** Manipulación de cargas, peso y tamaño de objetos, posturas prolongadas e inadecuadas.
	PSICOSOCIALES: Trabajo repetitivo, contenido de la tarea, monotonía, relaciones jerárquicas, turnos de trabajo, contenido de la tarea.		***SEGURIDAD:*** Caída de Objetos al mismo y a diferente nivel, Accidentes de tránsito, Proyección de partículas, golpes/ cortes con herramientas, atrapamientos por o entre objetos, Atracos
	BIOLOGICO: Virus, Contacto con animales, residuos corporales, residuos en descomposición, Aguas Servidas		

Acciones preventivas:

- Conocer la ubicación de la maquina y revisar los espacios para maniobrar
- Antes de poner en funcionamiento la máquina, asegurar el funcionamiento y verificar los demás sistemas de la maquina.
- No apoyar partes del cuerpo sobre el tablero eléctrico, ya que se puede accionar algún control y/o dispositivo
- En trabajos nocturnos verificar la iluminación sea suficiente del área de trabajo
- Mantener encendida la luz de la maquina, en trabajos nocturnos
- No exceder la velocidad permitida en obra que es de 10 Km/h.
- Coordinar con el Residente SISO cualquier movimiento o traslado de la maquinaria dentro y fuera de la obra.
- Las pala deben estar sobre el piso siempre que la maquina este en reposo o realice alguna maniobra cerca de las personas a su alrededor.
- Debe estar siempre atento de la ubicación y movimientos de materiales y a las señales e indicaciones de los demás trabajadores.
- Por ningún motivo puede trasladarse solo, tanto en los corredores de obra como fuera de ellos, siempre lo debe hacer guiado por los paleteros o escoltas según sea el caso.
- Se prohíbe limpiar la maquinaria en funcionamiento y en los frentes de obra
- No retirar nunca las guardas de protección
- En caso de requerir hacer reparaciones o ajustes a la maquinaria para su funcionamiento, deberá reportar esta situación al personal encargado de realizar está actividad
- El abastecimiento de combustible debe realizarse con la maquinaria apagada
- Mantenerse alejado de los sistemas de corte y de toda pieza o sistema en movimiento.
- No fumar dentro de la obra y/o en el área de trabajo.
- Nunca acceda a la maquina usando un elemento distinto a la escalera
- Limpiar periódicamente la escalera para evitar resbalones
- No permita que personal ajeno al área o sin experiencia manipule los controles de la máquina
- No usar elementos como joyas, cabello o ropa suelta, puesto que puede ser atrapado por los mecanismos de la misma
- Utilizar adecuadamente los elementos de protección personal establecidos para este fin
- Reportar oportunamente los incidentes y/o accidentes de trabajo
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía

- **Procedimiento de notificación al Derecho**: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen médico de egreso.

Yo Jose D. Gallo R. identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 80071044 de Bta conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE OPERADOR DE MAQUINARIA, la cual se firma el dia 15/01/21 en la ciudad de Bta.

Milena Gil

Firma Residente SST:

Firma del Notificado

3227 422

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

PARA: AYUDANTE DE OBRA; OFICIAL.

Descripción: Notificación de riesgos para los Ayudantes y oficiales que realicen trabajos relacionados con el cargo y que estén expuestos a los riesgos de su actividad, se presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada.

Elementos de protección personal: Botas Punta de Acero, capa impermeable, casco, guantes de carnaza, guantes de caucho, monogafas, overol tipo IDU, protector auditivo de Inserción y tapabocas

Riesgos existentes:

	MECANICOS: Manipulación de Equipo menor, Herramientas, golpes, machucones.		***QUIMICO:*** Polvos, material particulado, Sustancias químicas.
	LOCATIVOS: Golpes, Orden y Aseo, caídas desde alturas, excavaciones, terrenos inestables.		***FISICOS*** : Ruido, Vibraciones, Radiaciones no ionizantes.
	ELECTRICO: Conexiones eléctricas, Contacto con redes de energía eléctrica.		***BIOMECANICOS:*** Manipulación de cargas, peso y tamaño de objetos, posturas prolongadas e inadecuadas.
	PSICOSOCIALES: Trabajo repetitivo, monotonía, relaciones jerárquicas, turnos de trabajo.		***SEGURIDAD:*** Caída de Objetos al mismo y a diferente nivel, Caída de objetos por desplome o derrumbamiento, Accidentes de tránsito, Proyección de partículas, golpes/ cortes con herramientas, atrapamientos por o entre objetos. Atracos.
	BIOLOGICO: Contacto con animales, residuos corporales, residuos en descomposición, COVID-19.		***NATURALES:*** Sismo, terremoto, derrumbes, Precipitaciones, (lluvias, granizadas, heladas).

Acciones preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- El personal que baja a excavaciones debe ir acompañado o debe informar al Residente del sector sobre la labor a realizar
- Retirar a curiosos durante los procesos de excavación, de igual forma se prohíbe que el personal de la obra se acerque a la maquinaria cuando se esté realizando excavación.
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación, Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- En caso de trasladar herramienta o materiales, debe hacerse está actividad dentro de la obra para facilitar el paso y el de los peatones del sector, terciar las herramientas (palas, picas, barras, etc.) cuando se requiera de movilizarse por senderos peatonales, para evitar golpear a otros peatones y evitar dejar herramienta en forma descuidada, por tanto, esta se debe ubicar en el lugar correspondiente.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Instalar la tubería dentro de excavación con ayuda de maquinaria idónea para tal fin como la retroexcavadora y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue para esta actividad
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- **Procedimiento de notificación al Derecho**: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen médico de egreso.

Yo Jhadad S Pinilla identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1977 4404 conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE AYUDANTE DE OBRA Y OFICIAL**, la cual se firma el día 19-01-2021 en la ciudad de Bogotá.

Nilera Gil

Firma Residente SST:

Jhadad S Pinilla

Firma del Notificado

3228 423

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

PARA: AYUDANTE DE OBRA, OFICIAL

Descripción: Notificación de riesgos para los Ayudantes y oficiales que realicen trabajos relacionados con el cargo y que estén expuestos a los riesgos de su actividad, se presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada.

Elementos de protección personal: Botas Punta de Acero, capa impermeable, casco, guantes de carnaza, guantes de caucho, monogafas, overol tipo IDU, protector auditivo de inserción y tapabocas.

Riesgos existentes:

	MECANICOS: Manipulación de Equipo menor, Herramientas, golpes, machucones.		***QUIMICO:*** Polvos, material particulado, Sustancias químicas.
	LOCATIVOS: Golpes, Orden y Aseo, caídas desde alturas, excavaciones, terrenos inestables.		***FISICOS*** : Ruido, Vibraciones, Radiaciones no ionizantes.
	ELECTRICO: Conexiones eléctricas, Contacto con redes de energía eléctrica.		***BIOMECANICOS:*** Manipulación de cargas, peso y tamaño de objetos, posturas prolongadas e inadecuadas.
	PSICOSOCIALES: Trabajo repetitivo, monotonía, relaciones jerárquicas, turnos de trabajo.		***SEGURIDAD:*** Caída de Objetos al mismo y a diferente nivel, Caída de objetos por desplome o derrumbamiento, Accidentes de tránsito, Proyección de partículas, golpes/ cortes con herramientas, atrapamientos por o entre objetos, Atracos.
	BIOLOGICO: Contacto con animales, residuos corporales, residuos en descomposición, COVID-19.		***NATURALES:*** Sismo, terremoto, derrumbes, Precipitaciones, (lluvias, granizadas, heladas).

Acciones preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- El personal que baja a excavaciones debe ir acompañado o debe informar al Resídente del sector sobre la labor a realizar
- Retirar a curiosos durante los procesos de excavación, de igual forma se prohíbe que el personal de la obra se acerque a la maquinaria cuando se esté realizando excavación.
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación, Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- En caso de trasladar herramienta o materiales, debe hacerse está actividad dentro de la obra para facilitar el paso y el de los peatones del sector, terciar las herramientas (palas, picas, barras, etc.) cuando se requiera de movilizarse por senderos peatonales, para evitar golpear a otros peatones y evitar dejar herramienta en forma descuidada, por tanto, esta se debe ubicar en el lugar correspondiente.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Instalar la tubería dentro de excavación con ayuda de maquinaria idónea para tal fin como la retroexcavadora y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue para esta actividad
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- **Procedimiento de notificación al Derecho**: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen médico de egreso.

Yo Wilder Peñaloza identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1.136.054.012 conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE AYUDANTE DE OBRA Y OFICIAL**, la cual se firma el día 19-01-2021 en la ciudad de Bogota

Milena Gil

Firma Residente SST:

Wilder Peñaloza

Firma del Notificado

3229 429

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

PARA: AYUDANTE DE OBRA, OFICIAL

Descripción: Notificación de riesgos para los Ayudantes y oficiales que realicen trabajos relacionados con el cargo y que estén expuestos a los riesgos de su actividad. se presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada.

Elementos de protección personal: Botas Punta de Acero, capa impermeable, casco, guantes de carnaza, guantes de caucho, monogafas, overol tipo IDU, protector auditivo de Inserción y tapabocas.

Riesgos existentes:

	MECANICOS: Manipulación de Equipo menor, Herramientas, golpes, machucones.		***QUIMICO:*** Polvos, material particulado, Sustancias químicas.
	LOCATIVOS: Golpes, Orden y Aseo, caidas desde alturas, excavaciones, terrenos inestables.		***FISICOS*** : Ruido, Vibraciones, Radiaciones no ionizantes.
	ELECTRICO: Conexiones eléctricas, Contacto con redes de energía eléctrica.		***BIOMECANICOS:*** Manipulación de cargas, peso y tamaño de objetos, posturas prolongadas e inadecuadas.
	PSICOSOCIALES: Trabajo repetitivo, monotonía, relaciones jerárquicas, turnos de trabajo.		***SEGURIDAD:*** Caída de Objetos al mismo y a diferente nivel, Caída de objetos por desplome o derrumbamiento, Accidentes de tránsito, Proyección de partículas, golpes/ cortes con herramientas, atrapamientos por o entre objetos. Atracos.
	BIOLOGICO: Contacto con animales, residuos corporales, residuos en descomposición, COVID-19.		***NATURALES:*** Sismo, terremoto, derrumbes, Precipitaciones, (lluvias, granizadas, heladas).

Acciones preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- El personal que baja a excavaciones debe ir acompañado o debe informar al Residente del sector sobre la labor a realizar
- Retirar a curiosos durante los procesos de excavación, de igual forma se prohíbe que el personal de la obra se acerque a la maquinaria cuando se esté realizando excavación.
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación, Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes. etc.)
- En caso de trasladar herramienta o materiales, debe hacerse está actividad dentro de la obra para facilitar el paso y el de los peatones del sector, terciar las herramientas (palas, picas, barras, etc.) cuando se requiera de movilizarse por senderos peatonales, para evitar golpear a otros peatones y evitar dejar herramienta en forma descuidada, por tanto, esta se debe ubicar en el lugar correspondiente.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Instalar la tubería dentro de excavación con ayuda de maquinaria idónea para tal fin como la retroexcavadora y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue para esta actividad
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- **Procedimiento de notificación al Derecho**: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen médico de egreso.

Yo Mario Ramirez identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1019078162 conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE AYUDANTE DE OBRA Y OFICIAL**, la cual se firma el día 19 de 2020 en la ciudad de Bogotá.

Valera Gil.

Firma Residente SST:

Mario

Firma del Notificado

3230 426

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

PARA: AYUDANTE DE OBRA, OFICIAL

Descripción: Notificación de riesgos para los Ayudantes y oficiales que realicen trabajos relacionados con el cargo y que estén expuestos a los riesgos de su actividad, se presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada.

Elementos de protección personal: Botas Punta de Acero, capa impermeable, casco, guantes de carnaza, guantes de caucho, monogafas, overol tipo IDU, protector auditivo de Inserción y tapabocas.

Riesgos existentes:

	MECANICOS: Manipulación de Equipo menor, Herramientas, golpes, machucones.		***QUIMICO:*** Polvos, material particulado, Sustancias químicas.
	LOCATIVOS: Golpes, Orden y Aseo, caídas desde alturas, excavaciones, terrenos inestables.		***FISICOS*** : Ruido, Vibraciones, Radiaciones no ionizantes.
	ELECTRICO: Conexiones eléctricas, Contacto con redes de energía eléctrica.		***BIOMECANICOS:*** Manipulación de cargas, peso y tamaño de objetos, posturas prolongadas e inadecuadas.
	PSICOSOCIALES: Trabajo repetitivo, monotonía, relaciones jerárquicas, turnos de trabajo.		***SEGURIDAD:*** Caída de Objetos al mismo y a diferente nivel, Caída de objetos por desplome o derrumbamiento, Accidentes de tránsito, Proyección de partículas, golpes/ cortes con herramientas, atrapamientos por o entre objetos. Atracos.
	BIOLOGICO: Contacto con animales, residuos corporales, residuos en descomposición, COVID-19.		***NATURALES:*** Sismo, terremoto, derrumbes, Precipitaciones, (lluvias, granizadas, heladas).

Acciones preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- El personal que baja a excavaciones debe ir acompañado o debe informar al Residente del sector sobre la labor a realizar
- Retirar a curiosos durante los procesos de excavación, de igual forma se prohíbe que el personal de la obra se acerque a la maquinaria cuando se esté realizando excavación.
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación, Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- En caso de trasladar herramienta o materiales, debe hacerse está actividad dentro de la obra para facilitar el paso y el de los peatones del sector, terciar las herramientas (palas, picas, barras, etc.) cuando se requiera de movilizarse por senderos peatonales, para evitar golpear a otros peatones y evitar dejar herramienta en forma descuidada, por tanto, esta se debe ubicar en el lugar correspondiente.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Instalar la tubería dentro de excavación con ayuda de maquinaria idónea para tal fin como la retroexcavadora y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue para esta actividad
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- **Procedimiento de notificación al Derecho**: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen médico de egreso.

Yo Carlos Arias identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 73,562.793 conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE AYUDANTE DE OBRA Y OFICIAL**, la cual se firma el día 19/01/2021 en la ciudad de Bogotá

Milena Gil

Firma Residente SST:

Firma del Notificado

3231

476

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

PARA: AYUDANTE DE OBRA, OFICIAL.

Descripción: Notificación de riesgos para los Ayudantes y oficiales que realicen trabajos relacionados con el cargo y que estén expuestos a los riesgos de su actividad, se presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada.

Elementos de protección personal: Botas Punta de Acero, capa impermeable, casco, guantes de carnaza, guantes de caucho, monogafas, overol tipo IDU, protector auditivo de Inserción y tapabocas.

Riesgos existentes:

	MECANICOS: Manipulación de Equipo menor, Herramientas, golpes, machucones.		***QUIMICO:*** Polvos, material particulado, Sustancias químicas.
	LOCATIVOS: Golpes, Orden y Aseo, caídas desde alturas, excavaciones, terrenos inestables.		***FISICOS*** : Ruido, Vibraciones, Radiaciones no ionizantes.
	ELECTRICO: Conexiones eléctricas, Contacto con redes de energía eléctrica.		***BIOMECANICOS:*** Manipulación de cargas, peso y tamaño de objetos, posturas prolongadas e inadecuadas.
	PSICOSOCIALES: Trabajo repetitivo, monotonía, relaciones jerárquicas, turnos de trabajo.		***SEGURIDAD:*** Caída de Objetos al mismo y a diferente nivel, Caída de objetos por desplome o derrumbamiento, Accidentes de tránsito, Proyección de partículas, golpes/ cortes con herramientas, atrapamientos por o entre objetos. Atracos.
	BIOLOGICO: Contacto con animales, residuos corporales, residuos en descomposición, COVID-19.		***NATURALES:*** Sismo, terremoto, derrumbes, Precipitaciones, (lluvias, granizadas, heladas).

Acciones preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- El personal que baja a excavaciones debe ir acompañado o debe informar al Residente del sector sobre la labor a realizar
- Retirar a curiosos durante los procesos de excavación, de igual forma se prohíbe que el personal de la obra se acerque a la maquinaria cuando se esté realizando excavación.
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación, Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes. etc.)
- En caso de trasladar herramienta o materiales, debe hacerse está actividad dentro de la obra para facilitar el paso y el de los peatones del sector, terciar las herramientas (palas, picas, barras, etc.) cuando se requiera de movilizarse por senderos peatonales, para evitar golpear a otros peatones y evitar dejar herramienta en forma descuidada, por tanto, esta se debe ubicar en el lugar correspondiente.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Instalar la tubería dentro de excavación con ayuda de maquinaria idónea para tal fin como la retroexcavadora y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue para esta actividad
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- **Procedimiento de notificación al Derecho**: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen médico de egreso.

Yo Jorge Arrieta identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1109896295 conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE AYUDANTE DE OBRA Y OFICIAL**, la cual se firma el día 19-01-2021 en la ciudad de Bogotá.

Milena Gil

Firma Residente SST:

Jorge Arrieta

Firma del Notificado

CON & CON CONSULTORIA Y CONSTRUCCION	**ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACION DE RIESGOS** 3232

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	
PARA: OPERADOR DE MAQUINARIA	

Descripción: Notificación de riesgos para operadores de equipo mayor (retroexcavadora, Fresadora, Finisher, minicargador, motoniveladora, vibrocompactador y otros) expuestos a los riesgos de su actividad, se presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada

Elementos de protección personal: Botas Punta de Acero, casco, Gafas de Seguridad, overol , protector auditivo de copa (si la maquinaria no tiene cabina insonorizada), protector auditivo de silicona y tapabocas

Riesgos existentes:

	MECANICOS: Machucones, golpes, Heridas por manipulación de la máquina,		***QUIMICO:*** Polvos, material particulado, Gases Y Vapores, Sustancias químicas
	LOCATIVOS: Golpes, Orden y Aseo, caídas desde alturas, excavaciones abiertas, terrenos inestables, Áreas de Trabajo limitadas para el movimiento		***FISICOS***: Ruido, Vibraciones, Calor, Radiaciones no Ionizantes
	ELECTRICO: Contacto con redes eléctricas de Alta y baja.		***BIOMECANICOS:*** Manipulación de cargas, peso y tamaño de objetos, posturas prolongadas e inadecuadas.
	PSICOSOCIALES: Trabajo repetitivo, contenido de la tarea, monotonía, relaciones jerárquicas, turnos de trabajo, contenido de la tarea.		***SEGURIDAD:*** Caída de Objetos al mismo y a diferente nivel, Accidentes de tránsito, Proyección de partículas, golpes/ cortes con herramientas, atrapamientos por o entre objetos, Atracos
	BIOLOGICO: Virus, Contacto con animales, residuos corporales, residuos en descomposición, Aguas Servidas		

Acciones preventivas:

- Conocer la ubicación de la maquina y revisar los espacios para maniobrar
- Antes de poner en funcionamiento la máquina, asegurar el funcionamiento y verificar los demás sistemas de la maquina.
- No apoyar partes del cuerpo sobre el tablero eléctrico, ya que se puede accionar algún control y/o dispositivo
- En trabajos nocturnos verificar la iluminación sea suficiente del área de trabajo
- Mantener encendida la luz de la maquina, en trabajos nocturnos
- No exceder la velocidad permitida en obra que es de 10 Km/h.
- Coordinar con el Residente SISO cualquier movimiento o traslado de la maquinaria dentro y fuera de la obra.
- Las pala deben estar sobre el piso siempre que la maquina este en reposo o realice alguna maniobra cerca de las personas a su alrededor.
- Debe estar siempre atento de la ubicación y movimientos de materiales y a las señales e indicaciones de los demás trabajadores.
- Por ningún motivo puede trasladarse solo, tanto en los corredores de obra como fuera de ellos, siempre lo debe hacer guiado por los paleteros o escoltas según sea el caso.
- Se prohíbe limpiar la maquinaria en funcionamiento y en los frentes de obra
- No retirar nunca las guardas de protección
- En caso de requerir hacer reparaciones o ajustes a la maquinaria para su funcionamiento, deberá reportar esta situación al personal encargado de realizar está actividad
- El abastecimiento de combustible debe realizarse con la maquinaria apagada
- Mantenerse alejado de los sistemas de corte y de toda pieza o sistema en movimiento.
- No fumar dentro de la obra y/o en el área de trabajo.
- Nunca acceda a la maquina usando un elemento distinto a la escalera
- Limpiar periódicamente la escalera para evitar resbalones
- No permita que personal ajeno al área o sin experiencia manipule los controles de la máquina
- No usar elementos como joyas, cabello o ropa suelta, puesto que puede ser atrapado por los mecanismos de la misma
- Utilizar adecuadamente los elementos de protección personal establecidos para este fin
- Reportar oportunamente los incidentes y/o accidentes de trabajo
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía

- **Procedimiento de notificación al Derecho**: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen médico de egreso.

Yo Hector Gonzalez identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 80117236 de La Belleza, conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE OPERADOR DE MAQUINARIA, la cual se firma el dia 19-01-2021 en la ciudad de Bogota.

Milena Gil

Firma Residente SST:

Firma del Notificado

ANEXO 4

FORMATOS DE INDUCCION Y CAPACITACIÓN

CON & CON CONSULTORIA Y CONSTRUCCION	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	versión: 3234 fecha 2/02/2017 codigo: F-01 429

LUGAR Y FECHA: Mártires 09 ENERO 2021

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE DICTA LA CAPACITACION: ANDREA VASQUEZ

TEMAS DESARROLLADOS

Aspectos generales y legales en Seguridad y salud en el trabajo
- Politica del SG- SST
- Politica de no alcohol, drogas, ni tabaquismo
- Reglamento de higiene y seguridad industrial
- Funcionamiento del comité paritario de salud ocupacional
- Funcionamiento del comité de convivencia laboral
- Plan de emergencia
- Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles
- Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea
- Responsabilidades generales en el SG- SST
- Derechos y deberes del sistema de riesgos laborales

Protocolos de Bioseguridad en obra
- Protocolo de ingreso y salida de empleados
- protocolo de lavado de manos
- protocolo de aseo y desinfección EPP
- Protocolo y desinfección de areas de trabajo
- Cuidados y recomendaciones en transporte casa- trabajo-casa
- Recomendaciones al llegar a casa

HORA DE INICIO: 8:00 am

HORA DE TERMINACIÓN: 9:00 am

TIPO

INDUCCIÓN: ☑

CHARLA INFORMATIVA: ☐

CAPACITACIÓN: ☐

ENTRENAMIENTO: ☐

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Lady Pinza	1024531945	Oficial	
CRISTINE VILORIA	85260476	Oficial	
Thon Pinzon	1000722403	Ayudante	

FIRMA RESIDENTE SST: Milena Gil

CON & CON CONSULTORIA Y CONSTRUCCION

REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

versión: 0 3235
fecha 2/02/2017
codigo: F-01 430

LUGAR Y FECHA: Mártires Cra 9 - 04 Enero 2021

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE DICTA LA CAPACITACION:

TEMAS DESARROLLADOS:

Aspectos generales y legales en Seguridad y salud en el trabajo
Politica del SG- SST
Politica de no alcohol, drogas, ni tabaquismo
Reglamento de higiene y seguridad industrial
Funcionamiento del comité paritario de salud ocupacional
Funcionamiento del comité de convivencia laboral
Plan de emergencia
Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles
Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea
Responsabilidades generales en el SG- SST
Derechos y deberes del sistema de riesgos laborales
Protocolos de Bioseguridad en obra
Protocolo de ingreso y salida de empleados
protocolo de lavado de manos
protocolo de aseo y desinfección EPP
Protocolo y desinfección de areas de trabajo
Cuidados y recomendaciones en transporte casa- trabajo-casa
Recomendaciones al llegar a casa

HORA DE INICIO: 8:00 am

HORA DE TERMINACIÓN: 9:00 am

TIPO

INDUCCION: ☑
CHARLA INFORMATIVA: ☐
CAPACITACIÓN: ☐
ENTRENAMIENTO: ☐

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Jhon Moyano	79214450	Inspector	
Joseph londoño	79221127	operador	
Brayan Lugo	1032492006	operador	
Yilan Velez	16794104	boAL	
Leon Ramiro Mejia	79563306	GERI	
[illegible]	79772180	operador	
Angel Espitia C	1010010098	Operador	

FIRMA RESIDENTE SST: Milena Gil

CON & CON CONSULTORIA Y CONSTRUCCION	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	versión: 0 fecha 2/02/2017 codigo: F-01

LUGAR Y FECHA: Martires 08 Enero 2021

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE DICTA LA CAPACITACION: Andrea Vasquez

TEMAS DESARROLLADOS

Aspectos generales y legales en Seguridad y salud en el trabajo
Política del SG- SST
Política de no alcohol, drogas, ni tabaquismo
Reglamento de higiene y segundad industrial
Funcionamiento del comité pantario de salud ocupacional
Funcionamiento del comité de convivencia laboral
Plan de emergencia
Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles
Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea
Responsabilidades generales en el SG- SST
Derechos y deberes del sistema de riesgos laborales

Protocolos de Bioseguridad en obra
Protocolo de ingreso y salida de empleados
protocolo de lavado de manos
protocolo de aseo y desinfección EPP
Protocolo y desinfección de areas de trabajo
Cuidados y recomendaciones en transporte casa- trabajo-casa
Recomendaciones al llegar a casa

HORA DE INICIO: 3:40 Pm

HORA DE TERMINACIÓN: 4:40 Pm

TIPO

INDUCCIÓN: ☑
CHARLA INFORMATIVA: ☐
CAPACITACIÓN: ☐
ENTRENAMIENTO: ☐

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	
Luz Marina Rojo	20699614	Boal.	Ref

FIRMA RESIDENTE SST: Milena Gil

3236

CON & CON CONSULTORIA Y CONSTRUCCION

REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

versión: 0
fecha 2/02/2017
codigo: F-01

LUGAR Y FECHA: 13 ENERO 2021 Mártires - SEC 9

Aspectos generales y legales en Seguridad y salud en el trabajo
Política del SG- SST
Política de no alcohol, drogas, ni tabaquismo
Reglamento de higiene y seguridad industrial
Funcionamiento del comité paritario de salud ocupacional
Funcionamiento del comité de convivencia laboral
Plan de emergencia
Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles
Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea
Responsabilidades generales en el SG- SST
Derechos y deberes del sistema de riesgos laborales

Protocolos de Bioseguridad en obra
Protocolo de ingreso y salida de empleados
protocolo de lavado de manos
protocolo de aseo y desinfección EPP
Protocolo y desinfección de areas de trabajo
Cuidados y recomendaciones en transporte casa- trabajo-casa
Recomendaciones al llegar a casa

HORA DE INICIO: 8:00 am

HORA DE TERMINACIÓN: 9:30 am

TIPO
INDUCCION: ☑
CHARLA INFORMATIVA: ☐
CAPACITACIÓN: ☐
ENTRENAMIENTO: ☐

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Jair Rosero M	96343006	Oficial	Jair Rosero
EMILIO GUTIERREZ	12-495757	AYUDANTE	

FIRMA RESIDENTE SST: Milena Gil

CON & CON CONSULTORIA Y CONSTRUCCION	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	versión: 0 fecha 2/02/2017 codigo: F-01

LUGAR Y FECHA: 14 ENERO 2021 Mártires -- PAC

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE DICTA LA CAPACITACION: ANDREA VASQUEZ.

TEMAS DESARROLLADOS:

Aspectos generales y legales en Seguridad y salud en el trabajo
Política del SG- SST
Política de no alcohol, drogas, ni tabaquismo
Reglamento de higiene y seguridad industrial
Funcionamiento del comité paritario de salud ocupacional
Funcionamiento del comité de convivencia laboral
Plan de emergencia
Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles
Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea
Responsabilidades generales en el SG- SST
Derechos y deberes del sistema de riesgos laborales
Protocolos de Bioseguridad en obra
Protocolo de ingreso y salida de empleados
protocolo de lavado de manos
protocolo de aseo y desinfección EPP
Protocolo y desinfección de areas de trabajo
Cuidados y recomendaciones en transporte casa- trabajo-casa
Recomendaciones al llegar a casa

HORA DE INICIO: 7:15 am

HORA DE TERMINACIÓN: 7:45 am

TIPO

INDUCCION: ☑

CHARLA INFORMATIVA: ☐

CAPACITACIÓN: ☐

ENTRENAMIENTO: ☐

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	
Lady Mora Sanchez	52'865582	Profesional Social.	Lady Mora Sanchez

FIRMA RESIDENTE SST: Milena Gil

CON & CON CONSULTORIA Y CONSTRUCCION	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	versión: 0 3237 fecha 2/02/2017 codigo: F-01 427

LUGAR Y FECHA: Martires, 15-Enero-2021

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE DICTA LA CAPACITACION: ANDREA VASQUEZ

TEMAS DESARROLLADOS:

Aspectos generales y legales en Seguridad y salud en el trabajo
Politica del SG- SST
Politica de no alcohol, drogas, ni tabaquismo
Reglamento de higiene y seguridad industrial
Funcionamiento del comité paritario de salud ocupacional
Funcionamiento del comité de convivencia laboral
Plan de emergencia
Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles
Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea
Responsabilidades generales en el SG- SST
Derechos y deberes del sistema de riesgos laborales
Protocolos de Bioseguridad en obra
Protocolo de ingreso y salida de empleados
protocolo de lavado de manos
protocolo de aseo y desinfección EPP
Protocolo y desinfección de areas de trabajo
Cuidados y recomendaciones en transporte casa- trabajo-casa
Recomendaciones al llegar a casa

HORA DE INICIO: 8:30 am

HORA DE TERMINACIÓN: 9:15 am

TIPO

INDUCCION ☑ CAPACITACIÓN ☐

CHARLA INFORMATIVA ☐ ENTRENAMIENTO ☐

NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Jose D. Gero R.	80071044	Operador.	

FIRMA RESIDENTE SST: Milena Gil

CON & CON CONSULTORIA Y CONSTRUCCION	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	versión: 0 fecha 2/02/2017 codigo: F-01

LUGAR Y FECHA: 19 ENERO - 2021 - Martires - SEG 11

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE DICTA LA CAPACITACION: ANDREA VARGEZ

TEMAS DESARROLLADOS

Aspectos generales y legales en Seguridad y salud en el trabajo
Politica del SG- SST
Politica de no alcohol, drogas, ni tabaquismo
Reglamento de higiene y seguridad industrial
Funcionamiento del comité paritario de salud ocupacional
Funcionamiento del comité de convivencia laboral
Plan de emergencia
Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles
Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea
Responsabilidades generales en el SG- SST
Derechos y deberes del sistema de riesgos laborales
Protocolos de Bioseguridad en obra
Protocolo de ingreso y salida de empleados
protocolo de lavado de manos
protocolo de aseo y desinfección EPP
Protocolo y desinfección de areas de trabajo
Cuidados y recomendaciones en transporte casa- trabajo-casa
Recomendaciones al llegar a casa

HORA DE INICIO: 9:00 am

HORA DE TERMINACIÓN: 10:00 am.

TIPO

INDUCCIÓN	X	CAPACITACIÓN	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	[redacted]
Jorge Luis Arrieta	1102896925	Ayudante	Jorge Arrieta
Dario Ramirez	1019058162	OFICIAL	DRR
Carlos Arias	73,562793	Ayudante	Carl
Wadid Pinillos	19774404	oficial	Wadid PP
Wilder Pertuz	1,131.064,012	Ayudante.	Wilder P
Hector Gonzalez	80117236	operador	

FIRMA RESIDENTE SST: Milena Gil

CON & CON CONSULTORIA Y CONSTRUCCION	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	CODIGO:	SST-F-02
		VERSION	0
		FECHA	2/02/2017

obra: Martires. SEGM. 1819. ~~1133~~

LUGAR Y FECHA: 26-NOVIEMBRE-2020

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE DICTA LA CAPACITACION: ANDREA VASQUEZ. 3238

TEMAS DESARROLLADOS:
- EXPLICAR QUÉ SON LAS HOJAS DE SEGURIDAD DE LOS QUÍMICOS.
- QUE HACER EN CASO DE UN PRIMER AUXILIO POR EXPOSICIÓN A UN QUIMICO
- QUÉ ES EL DIAMANTE DE FUEGO.
- RIESGOS POR UTILIZACIÓN DE QUIMICOS.
- COMO ROTULAR LOS QUIMICOS.

HORA DE INICIO: 7:30 am. HORA DE TERMINACIÓN: 7:50 am.

TIPO

INDUCCION [ ] CAPACITACIÓN [X]

CONFORMATIVA [X] ENTRENAMIENTO [ ]

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Jonathan Betancur	1023035235	Topografo	
Paola Clarke	1000780626	Aux Topografia	
Esteban Garcia	1010186703	Ayudante	
Marcos Alvarado	1057185305	Oficial	
Camilo Garzon	79217370	operario mini	

FIRMA RESIDENTE: Milena Gil

FIRMA INTERVENTORIA:

CON & CON CONSULTORIA Y CONSTRUCCION	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	CODIGO:	SST-F-02
		VERSION	0
		FECHA	2/02/2017

obra: Mártires - SEGMENTO 9

LUGAR Y FECHA: 26 NOVIEMBRE 2020

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE DICTA LA CAPACITACION: ANDREA VASQUEZ

TEMAS DESARROLLADOS:
- EXPLICAR QUE SON LAS HOJAS DE SEGURIDAD DE LOS QUIMICOS
- QUÉ HACER EN CASO DE UN PRIMER AUXILIO POR EXPOSICIÓN A UN QUÍMICO
- QUÉ ES EL DIAMANTE DE FUEGO
- RIESGOS POR UTILIZACIÓN DE QUÍMICOS
- CÓMO ROTULAR LOS QUÍMICOS.

HORA DE INICIO: 10:00 am

HORA DE TERMINACIÓN: 10:20 am

TIPO

INDUCCIÓN: [ ]

CAPACITACIÓN: [X]

INFORMATIVA: [ ]

ENTRENAMIENTO: [ ]

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	
LAYONEL MARTIN B.	1094972751	Topografo	
Cesar Rodelo Acuña	92130288	Oficial	
Carlos David Olaya	1026565719	Ayudante	Carlos Olaya.
Carolina Ortiz Gonzalez	1005691945	Cadenera	
Hernan Viana S	88206671	Topografo	
Johan Nuñez	1064489025	Ayudante	
Wilson Rodriguez	80090778	operador RETRO	Wilson Rodriguez
Marco M S	80507958	oficial	
Yeison Valle Tovar	1.085.045.814	Ayudante	Yeison Tovar
Jeison Mateo Silva	1.013.662.634	OFICIAL	

FIRMA RESIDENTE: Milena Gil

FIRMA INTERVENTORIA:

CON & CON CONSULTORIA Y CONSTRUCCION	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	CODIGO:	SST-F-02
		VERSION	0
		FECHA	2/02/2017

obra: Mártires Pac

LUGAR Y FECHA: 26 DE NOVIEMBRE DE 2020

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE DICTA LA CAPACITACION: Alejandra Escalante - ARL Colpatria. 3239

TEMAS DESARROLLADOS:
- Comunicación Asertiva
- Resolución de Conflictos
- Liderazgo
- Trabajo en equipo

HORA DE INICIO: 3:00 pm

HORA DE TERMINACIÓN: 5:00 pm

TIPO

INDUCCION [X]

REINDUCCION [ ]

CAPACITACIÓN [X]

ENTRENAMIENTO [ ]

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
ANDREA P. VASQUEZ	1031.156.689	INSPECTORA SST	ANDREA VASQUEZ
Jessica Naranjo Herrera	1014208516	Residente Social	Jessica Naranjo H.
[redacted] Mayerli Rodriguez S.	1014273'292	AUX social	Mayerli Rodriguez
Angie Licet Martinez	1023929951	Inspectora técnica	[illegible]
DIEGO RENE PEREZ	80 235 829	Ingeniero Residente	Diego Pérez
Milena Gil Bogen	52959897	Residente sst	[illegible]
[illegible]	88'206.611	Inspector Tec	[illegible]
ANGEL H. PERILLA VACCA	7222612	DIRECTOR	
Jose Sanchez	1012324583	Guia Civico	

FIRMA RESIDENTE: Milena Gil

FIRMA INTERVENTORIA:

CON & CON CONSULTORIA Y CONSTRUCCION	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	CODIGO:	SST-F-02
		VERSION	0
		FECHA	2/02/2017

obra: Tranvíres Segmento 9

LUGAR Y FECHA 22 DE DICIEMBRE DE 2020

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE DICTA LA CAPACITACION ANDREA VASQUEZ

TEMAS DESARROLLADOS.
- RECORDAR QUE SE DEBE HACER PROTOCOLO DE COVID A DIARIO
- RECORDAR USO DE TAPABOCAS
- SEGURIDAD VIAL
- PREVENCIÓN DEL USO DE BICICLETA Y MOTO
- RIESGO PÚBLICO
- QUÉ ES ACCIDENTE POR CAUSA O CON OCASIÓN DEL TRABAJO

HORA DE INICIO: 1:40 pm. HORA DE TERMINACIÓN: 1:50 pm.

TIPO

INDUCCIÓN ☐ CAPACITACIÓN ☐

CHARLA INFORMATIVA ☑ ENTRENAMIENTO ☐

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	[redacted]
Carlos A. Cubides B.	1.136.880.303	operador	[firma]
Carolina González	1005649945	Cadenera	[firma]
Nelson Mateo Silva	1.013.662.634	OFICIAL	[firma]
Wilson Rodriguez H.	80090778	Operador	Wilson Rodriguez
Camilo Garzon	79217370	operador	[firma]
Marco A S	80505738	OFICIAL	[firma]
Yason Valle Torrez	1.085.045.810	Ayudante	Yason V Torrez
Jhon nuñez	1064489021	Ayudante	[firma]
Hacman Triana P	88206611	Inspector	Hacman Triana P

FIRMA RESIDENTE Milena Gil

FIRMA INTERVENTORIA

Dirección de consulta: Intranet/Publicaciones Gerente IDU/Formatos/OI Gestión Ambiental

ST-DO-00305

CON CON CONSULTORIA Y CONSTRUCCION	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	CODIGO:	SST-F-02
		VERSION	0
		FECHA	2/02/2017

obra: Martires - SEGMENTO 1819

~~435~~

LUGAR Y FECHA: 22 DICIEMBRE DE 2020

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE DICTA LA CAPACITACION: ANDREA VASQUEZ 3240

TEMAS DESARROLLADOS:
- SEGURIDAD VIAL
- PREVENCIÓN DEL USO DE BICICLETA Y MOTO
- RIESGO PÚBLICO.
- QUÉ ES ACCIDENTE POR CAUSA O EN OCASIÓN DEL TRABAJO.

HORA DE INICIO: 8:40 AM

HORA DE TERMINACIÓN: 8:50 AM

TIPO

INDUCCIÓN ☐

CAPACITACIÓN ☐

CONFORMATIVA ☑

ENTRENAMIENTO ☐

NOMBRE	IDENTIFICACION	CARGO	FIRMA
Jenny Rocio Olarte Gomez	1007780626	Aux Topografia	
Cesar Rodelo Acuñez	92130288	Oficial.	
Oscar Saldo Chacón	11234097	OP RETRO	
Jonathan E. Betancur V.	1023035235	Topografo	
Hector E. Garcia L	1010786703	Ayudante	~~Restrocesa~~
Marcos Juan Alvarado	1057183305	Oficial	
Carlos David Olaya	1026365719	Ayudante	Carlos Olaya.

FIRMA RESIDENTE: Milena Gil

FIRMA INTERVENTORIA:

CON & CON CONSULTORIA Y CONSTRUCCION	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	CODIGO:	SST-F-02
		VERSION	0
		FECHA	2/02/2017

obra: Mártires Sec. 1819

LUGAR Y FECHA: 23 DICIEMBRE 2020

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE DICTA LA CAPACITACION: ANDREA VASQUEZ

TEMAS DESARROLLADOS:
- PRECAUCIÓN CON LA MANIPULACIÓN DEL RAJÓN
- RIESGOS PRESENTES EN MANIPULAR EL RAJÓN
- USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN
- REFORZAR EL USO OBLIGATORIO DEL TAPABOCAS.
- Condiciones y Actos Inseguros.

HORA DE INICIO: 9.10 am

HORA DE TERMINACIÓN: 9.20 am

TIPO

INDUCCIÓN ☐ CAPACITACIÓN ☐

Ch INFORMATIVA ☐ ENTRENAMIENTO ☐

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	
Lester Gonzalez	1010156703	ayudante	
Jonathan Betancur	1023035235	Topografo	
Pablo Marte	1000780626	Aux Topografia	
Cesar Rodelo	92130288	Oficial	
Marcos Alvarado	1054185305	Oficial	
Emilio Garzon	79217370	operario	

FIRMA RESIDENTE

FIRMA INTERVENTORIA

CON CON CONSULTORIA Y CONSTRUCCION	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	versión. 0 fecha 2/02/2017 codigo F-01

obra:

LUGAR Y FECHA: 14 ENERO -2021 Mártires - Seg 11 ~~1476~~

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE DICTA LA CAPACITACION: ANDREA VASQUEZ 3241

- Recordar el cambio diario de tapabocas
- Recordar la politica de no consumo de sustancias psicoactivas
- Actos y condiciones inseguras

HORA DE INICIO: 9:00 am HORA DE TERMINACIÓN: 9:20 am.

TIPO

INDUCCION ☐ CAPACITACIÓN ☑

CHARLA INFORMATIVA ☐ ENTRENAMIENTO ☐

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Jonathan Betancur	1023035235	Topografo	
Paola Olarte	1007806826	Aux Topografico	
Angel Espitia	1010010098	Operador	Angel Espitia
ON Moyano	7924450	Inspector	
Adrian Velez	16794104	SOAL	
Ramiro Mesa	79.567.306	SOAL	
Sluiman Tirado	88'206Ctt	Inspector	Sluiman Tirado

FIRMA RESIDENTE SOCIAL Y/O PROFESIONAL SOCIAL DE APROYO

ANEXO 5

EXAMENES OCUPACIONALES

3243

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434529-1
Carrera 60 # 17 -25 Zona Industrial Puente Aranda
Tel. (1) 523 60 66 - (1) 805 27 14 - 302 290 59 92
gerente@protegerips.com

CÓD	F-EO-02-Fi
VERSIÓN	01
FECHA	14-FEB-2012
Pág 1 de 2	

VISIOMETRIA

DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre: CUBIDES BUITRAGO CARLOS ANDRES		Identificación: 1136880303	
Género: MASCULINO	RH: O-	Fecha de Nacimiento: 23 de Julio de 1988	Edad: 32
Tipo Examen: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	Tipo Evaluación: PREINGRESO	Orden: 43266	Fecha: 2020-10-02



INFORMACION OCUPACIONAL CARGO ACTUAL/RETIRADO O A INGRESAR

Empresa: JUAN MAURICIO ROCHA	Entidad en Misión: JUAN MAURICIO ROCHA
Fecha de Ingreso	Antiguedad:
Sección	Cargo: OPERARIO DE MAQUINARIA PESADA

EXPOSICION A RIESGOS OCUPACIONALES OCULARES EN EMPRESA ACTUAL/ANTERIORES

Tipo de Riesgo		T. Exposición		Uso Protección	Protección Visual
		Acumulativa	Diaria		
Químicos (humos,gases, vapores, polvos)	No			No	
Radiación Ultravioleta o Infrarroja (soldadura, hornos)	No			No	
Mecánico (Proyección de Partículas)	No			No	
Iluminación Inadecuada	No			No	
Uso de Video Terminales	No			No	

Observaciones: NINGUNO

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Generales		Oculares	
Hipertensión Arterial	No	Cirugía Ocular	No
Diabetes	No	Queratocono	No
Hipoglicemia	No	Glaucoma	No
Toxoplasmosis	No	Catarata	No
Cefalea	No	Retinopatía	No
Trauma craneoencefálico	No	Desprendimiento de Retina	No
Otros Antecedentes	No	Ambliopia	No
Cuales: NINGUNO		Estrabismo	No

Problemas de Refracción: SI	Cuales?: ASTIGMATISMO	Tiempo Evolución (años):	Corregido:
Frecuencia de Uso: PERMANENTE	Tiempo Transcurrido desde el ultimo examen visual: 12	Tiempo transcurrido desde el ultimo cambio de formula: 12	

SINTOMAS

Ardor Ocular	No	Cansancio Ocular	No	Cefalea	No
Disminución agudeza visual lejana	No	Disminución agudeza visual próxima	No	Dolor Ocular	No
Fotofobia	No	Irritación ocular	No	Lagrimeo	No
Mudesopsias	No	Prurito Ocular	No	Salto de Renglones	No
Secreciones	No	Visión doble	No		

Observaciones: NINGUNO

EVALUACION OCULAR

A. Agudeza Visual

	Sin Corrección		Con Corrección	
	Visión Lejana	Visión Proxima	Visión Lejana	Visión Proxima
Ojo Derecho	20/40	0.50M	20/20	0.50M
Ojo Izquierdo	20/200	1.50M	20/30	1.00M

B. Lensometría

Sin Corrección	Con Corrección
-0.50-0.50*5	
-1.75-3.25*0	

PROTEGER I.P.S.

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Carrera 80 # 17 -25 Zona Industrial Puente Aranda
Tel. (1) 523 60 66 - (1) 805 27 14 - 302 280 59 92
gerente@protegerips.com

AUDIOMETRIA

DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE

FOTO

Nombre: CUBIDES BUITRAGO CARLOS ANDRES		Identificación: 1136880303	
G. nero: MASCULINO	RH: O-	Fecha de Nacimiento: 23 de Julio de 1988	Edad: 32
Tipo Examen: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	Tipo Evaluación: PREINGRESO	Orden: 43268	Fecha: 2020-10-02



INFORMACION OCUPACIONAL CARGO ACTUAL/RETIRADO O A INGRESAR

Empresa: JUAN MAURICIO ROCHA	Solicitud en Nombre: JUAN MAURICIO ROCHA
Fecha de Ingreso:	Antiguedad:
Sección:	Cargo: OPERARIO DE MAQUINARIA PESADA

ANTECEDENTES AUDITIVOS PERSONALES

Otitis	No	Trauma	No
Cirugía	No	Ing. Ototóxicos	No
Hipoacusia Súbita	No	Acufenos	No
Vértigo	No		

ACTIVIDAD EXTRALABORAL CON EXPOSICION A RUIDO

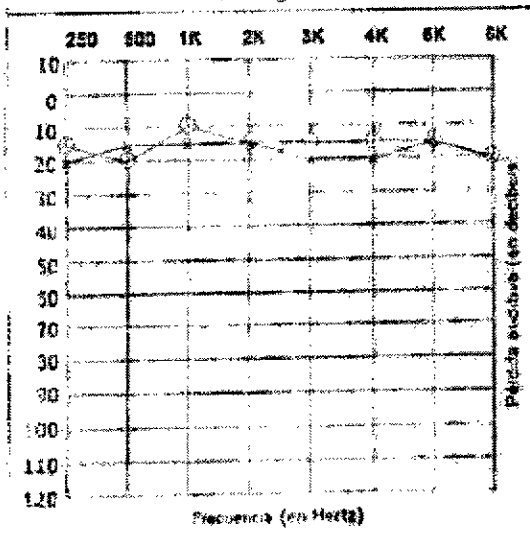
Caza	No	Moto	No
Discoteca	No	Servicio militar	No
Polígono	No	Motomen	No
Otro	No		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso Auditivo (horas):	Realizo Re-Test: No	Uso Cabina Sonoamortiguada: No

EVALUACIÓN

Audiograma



Convenciones

	Oído Derecho (Color Rojo)		Oído Izquierdo (Color Azul)	
	Sin E	Con E	Sin E	Con E
Conducción Aérea	O		X	
Conducción Ósea	<		>	
Inaudible				

Sin E: Sin Enmascaramiento, Con E: Con Enmascaramiento

Otoscopia	
Oído Derecho	NORMAL
Oído Izquierdo	NORMAL

Frecuencia en Hz	250	500	1K	2K	3K	4K	6K	8K
Oído Derecho Vía Aérea	15	20	10	15	15	15	15	20
Oído Izquierdo Vía Aérea	20	15	15	15	20	20	15	20
Oído Derecho Vía Ósea								
Oído Izquierdo Vía Ósea								

DIAGNOSTICO(S)

Diagnostico		Severidad - CAOHC	
Audición Normal	Bilateral	Normal (0 - 25db)	Bilateral

Descripción Diagnostico	Origen	Tipo
EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	Comun	Impresión Diagnostica

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

3244 129

PROTEGER I.P.S.

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.

PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
NIt. 900434629-1
Carrera 60 # 17 -25 Zona Industrial Puente Aranda
Tel. (1) 523 60 66 - (1) 805 27 14 - 302 290 59 92
gerente@protegeripa.com

COD	F-LO-01-01
VERSIÓN	01
FECHA	15-JUL-2013
Pág 1 de 1	

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: PREINGRESO N° Orden: 43256 Fecha Examen: 2020-10-02 Hora: 07:28:01

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: JUAN MAURICIO ROCHA NIT: 79953003 SECTOR:
ENT MISIÓN: JUAN MAURICIO ROCHA NIT: 79953003 CIUDAD: BOGOTA, D.C

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: CARLOS ANDRES APELLIDOS: CUBIDES BUITRAGO
IDENTIFICACIÓN: 1136880303 FECHA DE NACIMIENTO: 23 de Julio de 1988 EDAD: 32
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) NIVEL EDUCATIVO: TECNOLOGO CARGO: OPERARIO DE MAQUINAR
ARL: SURA EPS: COMPENSAR E.P.S. AFP: Colfondos

EXAMENES REALIZADOS

Anexo Osteomuscular Audiometria Visiometria Examen Medico Ocupacional

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Sin Restricciones

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE DESORDENES OSTEO-MUSCULARES

Caso Descartado

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

Recomendaciones de Protección Visual

1. Control Optometria en 1 año 2) Pausa activa visual 3) Uso de corrección optica permanente 4) Uso de protección visual según tipo de exposición

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

ESTILOS DE VIDA SALUDABLES / EJERCICIO AEROBICO FRECUENTE / ALIMENTACION SALUDABLE / EVITAR CONSUMO DE TABACO / REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DOS VECES POR DIA DURANTE 10 MINUTOS CADA UNA / USO DE EPP / USO DE TAPABOCAS QUE CUBRA NARIZ Y BOCA/ LAVADO DE MANOS CON AGUA Y JABON FRECUENTEMENTE/ HIGIENE POSTURAL/ No le genera limitaciones para el desempeño de su trabajo habitual.
USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE. No le genera limitaciones para el desempeño de su trabajo habitual

Dra. Lina Gabriela Gomez G.
Medico Esp.
C.C 1144027588 - Reg. 7647

Atendido por: GOMEZ GUZMAN LINA GABRIELA
Registro Médico: 764783
Licencia S.O.: 10076/2019

Paciente: CUBIDES BUITRAGO CARLOS ANDRES
Identificación: 1136880303

Impreso el: 2020-10-02 08:13 - Página 1 de 1

C. Examen Externo		D. Estado Motor	
Blefaritis	No	Cover Test Visión Lejana	ORTHO
Resequedad Ocular	No	Cover Test Visión Próxima	EXO
Inyección Conjuntival	No	Punto Próximo de Convergencia	10
Pterigio Conjuntival	No	Retinoscopia Ojo Derecho	
Pinguecula Palpebral	No	Retinoscopia Ojo Izquierdo	
Pterigio	No		Ojo Derecho / Ojo Izquierdo
Secreción Ocular	No	Estereopsis	Normal / Normal
Edemas Palpebral	No	Visión Cromatica	Normal / Normal
Orzuelos	No	Campo Visual	Normal / Normal
		Oftalmoscopia	Normal / Normal

DIAGNOSTICO

Diagnostico		Interpretación	
Ametropia	Ambos Ojos	Problemas de Refracción Adecuadamente Corregido	Ambos Ojos

Descripción Diagnostica	Origen	Tipo
ASTIGMATISMO		Impresión Diagnostica

RECOMENDACIONES

Control Optometría en 1 año	Pausa activa visual
Uso de correctores ópticos permanente.	Uso de protección visual según tipo de exposición

OBSERVACIONES

Paciente adecuadamente corregido obtiene buena agudeza visual de lejos y cercа.Se recomienda continuar uso de sus gafas-control anual.

Atendido por: RAMOS RODRIGUEZ RUTH DELIA
Reg.: 1306

Paciente: CUBIDES BUITRAGO CARLOS ANDRES
Identificación: 1136886303

3245 LMO

PROTEGER I.P.S.

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S
Nit. 900434023-1
Carrera 53 # 17 45 Zona Industrial Puente Aranda
Tel. (1) 623 60 66 (1) 505 27 14 Cel. 310 559 02
gerencia@proteger.com.co

COD	F EO 04
VERSIÓN	01
FECHA	14-FEB-2
	Pág 2 de 2

OBSERVACIÓN
AUDIOMETRIA CON PARAMETROS NORMAL BILATERAL

[redacted]

Atendido por: NASAYO FLOREZ ANA LUCIA
Reg.: 1503451

Paciente: CUBIDES BUITRAGO CARLOS ANDRES
Identificación: 1136880303



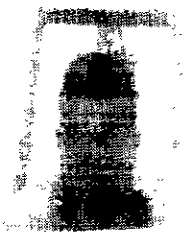
Otros ○

SI ○ NO ⊗

JUANY PINZON TRIANA
13551148
[illegible]
SENA - Teofilo [illegible]
[illegible]@GMAIL.COM

Escaneado con CamScanner

CIED



[redacted]/2020 13:17:00 [redacted] CONSTRUCCIONES LTDA

[redacted] ANTONIO VILORIA PAEZ

[redacted] CC [redacted]

[redacted] MUSCULOESQUELETICO

[redacted] MUSCULOESQUELETICO

[redacted]

[redacted]	☒	☐	☐
[redacted]	☐	☐	☒
[redacted]	☐	☐	☒
[redacted]	☐	☐	☒
[redacted]	☐	☒	☐
[redacted]	☒	☐	☐

SECRETARIA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

[redacted] Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☐ Psicosocial ☐ Ergonómico ☐ Otros ☐

[redacted] SI ☒ NO ☐ ARL SI ☐ NO ☐ EPS NUTRICION SI ☒ NO ☐

[redacted]

[redacted] OPTOMETRIA Control Anual

[redacted] AUDIOMETRIA Control Anual

[redacted] MUSCULOESQUELETICO MEDIO

Mónica Alejandra Perez Navarrete
MEDICINA DEL TRABAJO
MEDICINA LABORAL
CC 1030583036 RM

MONICA ALEJANDRA PEREZ NAVARRETE
Especialidad MEDICINA DEL TRABAJO
MEDICINA LABORAL
CC 1030583036 RM

[redacted] ANTONIO VILORIA PAEZ

CC [redacted]

Declaro que [redacted] la verdad

Cédula Biométrica

Dirección CALLE [redacted] Bogotá

Email [redacted]

Escaneado con CamScanner



Otros

SI NO

Escaneado con CamScanner

3247

442

CLINICA IPS EUGENIO DIAZ S.A.S
NIT 900812703 8
Dirección CL 12 A # 9 -914
Tel 8322218

CIED Clínica IPS Eugenio Díaz

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



Fecha 07/01/2021 09:32:00 Empresa INCOP CONSTRUCTORES LTDA

Nombre JHON WILSON MOYANO TABORDA

Cargo INSPECTOR DE OBRA Doc. Identidad CC 79214450

1 ENFASIS OSTEOMUSCULAR	2 COOMORBILIDAD	3 AUDIOMETRIA
4 OPTOMETRIA	5 IN BODY	6
7	8	9

Apto para el cargo	(X)	( )	( )		( )	
Aplazado	( )	( )	( )		( )	
Apto con restricciones	( )	(X)	( )		( )	
Apto para trabajar en alturas	( )	( )	(X)		( )	
Apto para trabajar en espacios confinados	( )	( )	(X)		( )	
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	( )	( )	(X)		( )	
Apto para participar en la brigada	( )	( )	(X)		( )	
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	(X)	( )	( )		( )	

Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	( )	( )
Requiere restricciones de actividades	( )	( )
Requiere reubicación laboral temporal	( )	( )
Requiere reubicación laboral permanente	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )
Apto para trabajar en espacios confinados	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )
Sospecha de enfermedad Profesional	( )	( )
Secuelas de Accidentes de Trabajo	( )	( )
Enfermedad Común	( )	( )

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ( ) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

REMISIÓN SI ( ) NO (X) ARL SI ( ) NO (X) EPS SI ( ) NO (X)

AUDIOMETRIA Control Anual
OPTOMETRIA Control anual
RIESGO CARDIOVASCULAR Bajo

MONICA ALEJANDRA PEREZ NAVARRETE
Especialidad MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL
CC 1030603026 RM

Trabajador: JHON WILSON MOYANO TABORDA
CC 79214450
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Dirección CL 12 A # 9 -914 Teléfono 8322218
Email CLINICAEUGENIODIAZ2015@GMAIL.COM

CIED
Clínica IPS Eugenio Díaz

CLINICA IPS EUGENIO DIAZ S.A.S

Nit. 900810768 - 8
Dirección: CALLE 12 A NO. 9 - 89 SOACHA PARQUE
Tel: 8822218

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



Fecha **18/02/2020 11:12:00** Empresa **INCOP CONSTRUCTORES LTDA**

Nombre **BRAYAN ESTIVEN CUSGUEN GONZALEZ**

Cargo **OPERADOR** Doc. Identidad **CC 1032492006**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARAGINICOS

1 ENFASIS OSTEOMUSCULAR	2 AUDIOMETRIA	3 OPTOMETRIA
4 RIESGO CARDIOVASCULAR	5 ESPIROMETRIA	6 IN BODY
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO					EXAMEN PERIODICO	SI	NO
Apto para el cargo	⊗	○	○	○	Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Aplazado	○	○	○	○	Requiere restricciones de actividades	○	○
Apto con restricciones	○	⊗	○	○	Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	⊗	○	Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	⊗	○	Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	⊗	○	Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	⊗	○	Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	⊗	○	○	○			

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

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

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

AUDIOMETRIA: Control Anual
OPTOMETRIA: Control anual
ESPIROMETRIA: Sin alteración
RIESGO CARDIOVASCULAR: Bajo

Monica Alejandra Perez Navarrete
MEDICINA GENERAL EN SEGURIDAD Y SALUD DE TRABAJO
C C 1030583036

MONICA ALEJANDRA PEREZ NAVARRETE
Especialidad: MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL
CC: 1030583036 RM:

Trabajador: BRAYAN ESTIVEN CUSGUEN
CC 1032492006
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

3248

443

CIED
Clínica IPS Eugenio Díaz

CLINICA IPS EUGENIO DIAZ S.A.S
Nit. 900810768 - 8
Dirección: CALLE 12 A NO. 9 - 89 SOACHA PARQUE
Tel: 8822218

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

1 Pausas activas 15 min por cada 4 horas de trabajo
2. Higiene postural
3. Uso de los elementos de protección personal
4. No levantar cargas mayores a 30 Kg
5 Realizar ejercicio 30 min 3 veces a la semana
6. usar media antivarice de compresión leve

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

Monica Alejandra Perez Navarrete
MEDICO GENERAL EN SEGURIDAD Y SALUD DE TRABAJO
C C 1030583036

MONICA ALEJANDRA PEREZ NAVARRETE
Especialidad: MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL
CC: 1030583036 RM:

Trabajador: BRAYAN ESTIVEN CUSGUEN
CC 1032492006
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

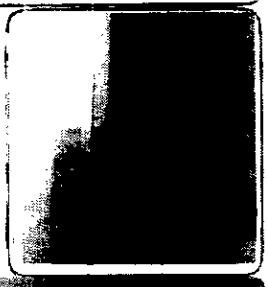
CIED
Clínica IPS Eugenio Díaz

CLINICA IPS EUGENIO DIAZ S.A.S

Nit. 900810768 - 8
Dirección: CL 12 A # 9 -914
Tel: 8822218

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso [X] Periódico [ ] Retiro [ ] Post incapacidad [ ] Caso ocupacional [ ]
Control [ ] Reubicación [ ] Ingreso al SVE [ ] Trabajo en alturas [ ]



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **21/12/2020 09:07:00** Empresa **INCOP CONSTRUCTORES LTDA**

Nombre **ADRIAN - VELEZ CORREA**

Cargo **PALETERO** Doc. Identidad **CC 16794104**

SE SOLICITARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

1 ENFASIS OSTEOMUSCULAR	2 COOMORBILIDAD	3 AUDIOMETRIA
4 OPTOMETRIA	5 IN BODY	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO					EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para el cargo	[X]	[ ]	[ ]	[ ]	Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	[ ]	[ ]
Aplazado	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Requiere restricciones de actividades	[ ]	[ ]
Apto con restricciones	[ ]	[X]	[ ]	[ ]	Requiere reubicación laboral temporal	[ ]	[ ]
Apto para trabajar en alturas	[ ]	[ ]	[X]	[ ]	Requiere reubicación laboral permanente	[ ]	[ ]
Apto para trabajar en espacios confinados	[ ]	[ ]	[X]	[ ]	Apto para trabajar en alturas	[ ]	[ ]
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	[ ]	[ ]	[X]	[ ]	Apto para trabajar en espacios confinados	[ ]	[ ]
Apto para participar en la brigada	[ ]	[ ]	[X]	[ ]	Apto para trabajar en alturas	[ ]	[ ]
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	[X]	[ ]	[ ]	[ ]	**EXAMEN DE RETIRO**	**SI**	**NO**
					Sospecha de enfermedad Profesional	[ ]	[ ]
					Secuelas de Accidentes de Trabajo	[ ]	[ ]
					Enfermedad Común	[ ]	[ ]

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual [X] Auditivo [ ] Respiratorio [ ] Cardiovascular [ ] Psicosocial [ ] Ergonómico [ ] Otros [ ]

REMISIÓN	SI [ ] NO [X]	ARL	SI [ ] NO [X]	EPS	SI [ ] NO [X]

AUDIOMETRIA: Control Anual
OPTOMETRIA: Control anual. USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA DE CERCA Y PROTECCION VISUAL A NECESIDAD DE LABOR
RIESGO CARDIOVASCULAR: Bajo

Monica Alejandra Perez Navarrete
MEDICO GENERAL EN SEGURIDAD Y SALUD DE TRABAJO
CC 1030583036

MONICA ALEJANDRA PEREZ NAVARRETE
Especialidad: MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL
CC: 1030583036 RM:

Trabajador: ADRIAN - VELEZ CORREA
CC 16794104
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

3249

1. Pausas activas 15 min por cada 4 horas de trabajo
2. Higiene postural
3. Uso de bloqueador solar > 60
4. Prevenir los riesgos de trabajo de campo (seguridad, mordedura por animal, quemadura solar, accidente de tránsito)
5. Uso de los elementos de protección personal
6. Se recomienda que los desplazamientos se realizan en medios de transporte se deberá hacer uso del tapabocas y en la medida de lo posible procurando mantener distancia mínima de dos metros (2 m) entre las personas.
7. Retirar los zapatos a la entrada y lavar la suela con agua y jabón.
8. Lavar las manos de acuerdo con los protocolos del Ministerio de Salud y Protección Social.
9. Evitar saludar con beso, abrazo y dar la mano y buscar mantener siempre la distancia de más de dos metros entre personas.
10. Antes de tener contacto con los miembros de familia, cambiarse de ropa.
11. Mantener separada la ropa de trabajo de las prendas personales.
12. La ropa debe lavarse en la lavadora a más de 60 grados centígrados o a mano con agua caliente que no queme las manos y jabón, y secar por completo. No reutilizar ropa sin antes lavarla. No sacudir las prendas de ropa antes de lavarlas para minimizar el riesgo de dispersión de virus a través del aire. Dejar que se sequen completamente
13. Bañarse con abundante agua y jabón.
14. Mantener la casa ventilada, limpiar y desinfectar áreas, superficies y objetos de manera regular.
15. Siga los lineamientos de bioseguridad de la empresa

Los datos aquí consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Monica Alejandra Perez Navarrete
MEDICO GENERAL EN SEGURIDAD Y SALUD DE TRABAJO
C C 1030583036

MONICA ALEJANDRA PEREZ NAVARRETE
Especialidad: MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL
CC: 1030583036 RM:

Trabajador: ADRIAN - VELEZ CORREA
CC 16794104
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

CIED
Clinica IPS Eugenio Díaz

CLINICA IPS EUGENIO DIAZ S.A.S

Nit. 900810768 - 8
Dirección: CL 12 A # 9 -914
Tel: 8822218

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso [X] Periódico [ ] Retiro [ ] Post incapacidad [ ] Caso ocupacional [ ]
Control [ ] Reubicación [ ] Ingreso al SVE [ ] Trabajo en alturas [ ]



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **21/12/2020 08:33:00** Empresa **INCOP CONSTRUCTORES LTDA**

Nombre **LEON RAMIRO MARIN PEÑA**

Cargo **PALETERO** Doc. Identidad **CC 79563306**

OBSERVACIONES PARA EXAMENES PARACLINICOS

1 ENFASIS OSTEOMUSCULAR	2 COOMORBILIDAD	3 AUDIOMETRIA
4 OPTOMETRIA	5 IN BODY	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO					EXAMEN PERIODICO	SI	NO
Apto para el cargo	[X]	[ ]	[ ]	[ ]	Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	[ ]	[ ]
Aplazado	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Requiere restricciones de actividades	[ ]	[ ]
Apto con restricciones	[ ]	[X]	[ ]	[ ]	Requiere reubicación laboral temporal	[ ]	[ ]
Apto para trabajar en alturas	[ ]	[ ]	[X]	[ ]	Requiere reubicación laboral permanente	[ ]	[ ]
Apto para trabajar en espacios confinados	[ ]	[ ]	[X]	[ ]	Apto para trabajar en alturas	[ ]	[ ]
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	[ ]	[ ]	[X]	[ ]	Apto para trabajar en espacios confinados	[ ]	[ ]
Apto para participar en la brigada	[ ]	[ ]	[X]	[ ]	Apto para trabajar en alturas	[ ]	[ ]
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	[X]	[ ]	[ ]	[ ]	**EXAMEN DE RETIRO**	**SI**	**NO**
					Sospecha de enfermedad Profesional	[ ]	[ ]
					Secuelas de Accidentes de Trabajo	[ ]	[ ]
					Enfermedad Común	[ ]	[ ]

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual [X] Auditivo [X] Respiratorio [ ] Cardiovascular [ ] Psicosocial [ ] Ergonómico [ ] Otros [ ]

REMISIÓN SI [ ] NO [X] **ARL** SI [ ] NO [X] **EPS** SI [ ] NO [X]

AUDIOMETRIA: Control Anual
OPTOMETRIA: Control anual. ALTURA MAXIMA DE TRABAJO 1.50 MTS POR ALTERACIÓN EN VISIÓN (MONOCULAR) SOLO TRABAJO EN PISO. Uso de correcciónj óptica de cerca

Monica Alejandra Perez Navarrete
MEDICO GENERAL EN SEGURIDAD Y SALUD DE TRABAJO
C C 1030583036

MONICA ALEJANDRA PEREZ NAVARRETE
Especialidad: MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL
CC: 1030583036 RM:

Trabajador: LEON RAMIRO MARIN PEÑA
CC 79563306
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

CIED
Clínica IPS Eugenio Díaz

CLINICA IPS EUGENIO DIAZ S.A.S
NIL 900810768 - 8
Dirección: CL 12 A # 9 -914
Tel: 8822218

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

RIESGO CARDIOVASCULAR: Bajo

1. Pausas activas 15 min por cada 4 horas de trabajo
2. Higiene postural
3. Uso de bloqueador solar > 60
4. Prevenir los riesgos de trabajo de campo (seguridad, mordedura por animal, quemadura solar, accidente de tránsito)
5. Uso de los elementos de protección personal
6. Se recomienda que los desplazamientos se realizan en medios de transporte se deberá hacer uso del tapabocas y en la medida de lo posible procurando mantener distancia mínima de dos metros (2 m) entre las personas.
7. Retirar los zapatos a la entrada y lavar la suela con agua y jabón.
8. Lavar las manos de acuerdo con los protocolos del Ministerio de Salud y Protección Social.
9. Evitar saludar con beso, abrazo y dar la mano y buscar mantener siempre la distancia de más de dos metros entre personas.
10. Antes de tener contacto con los miembros de familia, cambiarse de ropa.
11. Mantener separada la ropa de trabajo de las prendas personales.
12. La ropa debe lavarse en la lavadora a más de 60 grados centígrados o a mano con agua caliente que no queme las manos y jabón, y secar por completo. No reutilizar ropa sin antes lavarla. No sacudir las prendas de ropa antes de lavarlas para minimizar el riesgo de dispersión de virus a través del aire. Dejar que se sequen completamente
13. Bañarse con abundante agua y jabón.
14. Mantener la casa ventilada, limpiar y desinfectar áreas, superficies y objetos de manera regular.
15. Siga los lineamientos de bioseguridad de la empresa

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

Monica Alejandra Perez Navarrete
MEDICO GENERAL EN SEGURIDAD Y SALUD DE TRABAJO
C C 1030583036

MONICA ALEJANDRA PEREZ NAVARRETE
Especialidad: MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL
CC: 1030583036 RM:

Trabajador: LEON RAMIRO MARIN PEÑA
CC 79563306
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

CIED

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE ACTITUD

Ingreso ( ) Periódico ( ) Retiro ( ) Reubicacional ( )

Cambio de Cargo ( ) Post Incapacidad ( )



Fecha: 18/06/2020 11:41:00 Empresa: INCOP CONSTRUCTORES LTDA

Nombre: OSCAR DE JESUS CASTRO SOLANO

Cargo: OPERARIO Doc. Identidad CC 79772218

1 ENFASIS OSTEOMUSCULAR	2 AUDIOMETRIA	3 OPTOMETRIA
4 ESPIROMETRIA	5 IN BODY	6
8	9	

Apto para el cargo	○	○	○	○
Aplazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo empresa o contratista	○	○	○	○

Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	⊗	○
Requiere restricciones de actividades	⊗	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	⊗
Requiere reubicación laboral permanente	○	⊗
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

	SI	
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

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

REMISIÓN SI ⊗ NO ○ ARL SI ○ NO ○ EPS NUTRICION/ MED. SI ⊗ NO ○

APTO CON RESTRICICION - JORNADA NO MAYOR A 8 HORAS - CIRCULAR 030/2020

AUDIOMETRIA: Control Anual, Reposo auditivo extralaboral , incluir en el SVE

OPTOMETRIA: Control anual

Monica Alejandra Perez Navarrete

MONICA ALEJANDRA PEREZ NAVARRETE
Especialidad. MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL
CC 1030583036 RM

Trabajador: OSCAR DE JESUS CASTRO SOLANO
CC 79772218
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

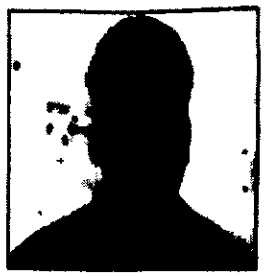
Huella Dactilar

Dirección: CALLE 12 A NO. 9 - 69 SOACHA PARQUE Teléfono 6822218
Email: CLINICAEUCEN.ODI.A2@GMAIL.COM

3251
446

SERVISALUD
OCUPACIONAL IPS

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



FECHA 28-ago-2020 **HORA** 12:45:24
EMPRESA CONSTRUCCIONES PAGUANA SAS NIT.900.900.857-1
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador: Wadid Jose Pinillos Matute
Edad 44 años 6 meses 23 dias
Documento de Identificación: CC Número: 19774404
Cargo oficial de obra

APTO PARA LABORAR EN EL CARGO ASIGNADO

Diagnóstico 1: Z100 Examen de salud ocupacional

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Audiometria: Conducta: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupacion
Control: 1 año
Remision: ninguna
Recomendaciones: proteccion auditiva (EPA)

Optometria
Vision Lejana: NO CUMPLE CON LAS CONDICIONES VISUALES PARA EL CARGO , REMISION POR OPTOMETRIA
Vision Cercana: NO CUMPLE CON LAS CONDICIONES VISUALES PARA EL CARGO , REMISION POR OPTOMETRIA

Otras Recomendaciones: 1/ / Manejo de estrés con actividades que mejoren la carga laboral . 2/ Autocuidado en el sitio de trabajo. 3/ Pausas de vida saludable o pausa activas 15 minutos cada 4 horas (de estiramiento). 4/ Adecuados hábitos posturales para conservar un buen estado de columna, 5/ Cuidados con la alimentación, 6/ Uso de bloqueador solar 2 veces al día. 7/ Control con odontología anual y con medicina general anual por EPS. 8/ Ejercicio 3 veces a la semana como mínimo 30 minutos. 9/ Consumo de frutas y verduras y alimentación saludable, 10/ Técnica de lavados de manos con el fin de evitar enfermedades respiratorios y diarreicas. 11/ Mejorar posturas con el fin de evitar alteraciones osteomusculares, uso de EPP acorde a la actividad laboral.12/ Hidratación constante. 13/ Hábitos saludables. 14/ No se detecto ninguno de los diagnosticos listados como comorbilidades. 15/Tener en cuenta las indicaciones y recomendaciones de los protocolos del ministerio de salud para el entorno laborar y grupos riesgos COVID-19 según circular 030 del 8 de mayo del 2020. Uso de gafas permanentes en jornada laboral
AYUDAS DIAGNOSTICAS PRACTICADAS:
MEDICO: NORMAL. OSTEOMUSCULAR: Normal. REMISION A EPS?: NO

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta"
LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Médico

Firma Dr. Jorge E. Betancourt P. Médico Especialista Salud Ocupacional RNEC. 900.[illegible] 15344-07

Nombre JORGE ENRIQUE BETANCOURT PLAZA

RM 15344 Lic.SO:

Trabajador

Firma Wadid J Pinillos M

Nombre: Wadid Jose Pinillos Matute

CC N° 19774404

Huella

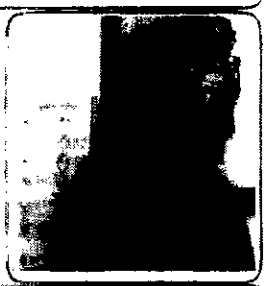
CIED
Clinica IPS Eugenio Diaz

CLINICA IPS EUGENIO DIAZ S.A.S

Nit. 900810768 - 8
Dirección: CL 12 A # 9 -914
Tel: 8822218

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso [X] Periódico [ ] Retiro [ ] Post incapacidad [ ] Caso ocupacional [ ]
Control [ ] Reubicación [ ] Ingreso al SVE [ ] Trabajo en alturas [ ]



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **20/01/2021 09:52:00** Empresa **INCOP CONSTRUCTORES LTDA**

Nombre **WILDER ENRIQUE PERTUZ BARRETO**

Cargo **OFICIOS VARIOS** Doc. Identidad **CC 1131064012**

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

1 ENFASIS OSTEOMUSCULAR	2 AUDIOMETRIA	3 OPTOMETRIA
4 IN BODY	5 COOMORBILIDAD	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO					EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para el cargo	[X]	[ ]	[ ]	[ ]	Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	[ ]	[ ]
Aplazado	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Requiere restricciones de actividades	[ ]	[ ]
Apto con restricciones	[ ]	[X]	[ ]	[ ]	Requiere reubicación laboral temporal	[ ]	[ ]
Apto para trabajar en alturas	[ ]	[ ]	[X]	[ ]	Requiere reubicación laboral permanente	[ ]	[ ]
Apto para trabajar en espacios confinados	[ ]	[ ]	[X]	[ ]	Apto para trabajar en alturas	[ ]	[ ]
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	[ ]	[ ]	[X]	[ ]	Apto para trabajar en espacios confinados	[ ]	[ ]
Apto para participar en la brigada	[ ]	[ ]	[X]	[ ]	Apto para trabajar en alturas	[ ]	[ ]
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	[X]	[ ]	[ ]	[ ]	**EXAMEN DE RETIRO**	**SI**	**NO**
					Sospecha de enfermedad Profesional	[ ]	[ ]
					Secuelas de Accidentes de Trabajo	[ ]	[ ]
					Enfermedad Común	[ ]	[ ]

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual [ ] Auditivo [ ] Respiratorio [ ] Cardiovascular [ ] Psicosocial [ ] Ergonómico [ ] Otros [ ]

REMISIÓN SI [ ] NO [X] **ARL** SI [ ] NO [X] **EPS** SI [ ] NO [X]

AUDIOMETRIA: Control Anual
OPTOMETRIA: Control anual
RIESGO CARDIOVASCULAR: Bajo

Monica Alejandra Perez Navarrete
MEDICINA GENERAL EN SEGURIDAD Y SALUD DE TRABAJO
C C 1030583036

MONICA ALEJANDRA PEREZ NAVARRETE
Especialidad: MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL
CC: 1030583036 RM:

Trabajador: WILDER ENRIQUE PERTUZ
CC 1131064012
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

3252

1. Pausas activas 15 min por cada 4 horas de trabajo
2. Higiene postural
3. Uso de los elementos de protección personal
4. No levantar cargas mayores a 30 Kg
5. Se recomienda que los desplazamientos se realizan en medios de transporte se deberá hacer uso del tapabocas, procurando mantener distancia mínima de dos metros (2 m) entre las personas.
6. Retirar los zapatos a la entrada y lavar la suela con agua y jabón.
7. Lavar las manos de acuerdo con los protocolos del Ministerio de Salud y Protección Social.
8. Evitar saludar con beso, abrazo y dar la mano y buscar mantener siempre la distancia de más de dos metros entre personas.
9. Antes de tener contacto con los miembros de familia, cambiarse de ropa.
10. Mantener separada la ropa de trabajo de las prendas personales.
11. La ropa debe lavarse en la lavadora a más de 60 grados centígrados o a mano con agua caliente que no queme las manos y jabón, y secar por completo. No reutilizar ropa sin antes lavarla. No sacudir las prendas de ropa antes de lavarlas para minimizar el riesgo de dispersión de virus a través del aire. Dejar que se sequen completamente
12. Bañarse con abundante agua y jabón.
13. Mantener la casa ventilada, limpiar y desinfectar áreas, superficies y objetos de manera regular.
14. Siga los lineamientos de bioseguridad de la empresa
15. Disminuir el consumo de carbohidratos
16. Realizar ejercicio 30 min 3 veces a la semana

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

Monica Alejandra Perez Navarrete
MEDICO GENERAL EN SEGURIDAD Y SALUD DE TRABAJO
C C. 1030583036

MONICA ALEJANDRA PEREZ NAVARRETE
Especialidad: MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL
CC: 1030583036 RM:

Trabajador: WILDER ENRIQUE PERTUZ
CC 1131064012
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

SERVISALUD
OCUPACIONAL IPS

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



FECHA 15- ene-2021 **HORA** 11:33:17
EMPRESA CONSTRUCCIONES PAGUANA SAS NIT.900.900.857-1
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador: Dairo Ramirez Baños
Edad 30 años
Documento de Identificación. CC Número: 1019058167
Cargo AYUDANTE

APTO PARA LABORAR EN EL CARGO ASIGNADO

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Audiometria: Conducta: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupacion
Control: 1 año
remision Ninguna
recomendaciones: proteccion auditiva (EPA)

Optometria
Vision Lejana: CUMPLE CON LAS CONDICIONES VISUALES PARA EL CARGO , USAR M... GAFAS ... FILTRO AR CONTROL ANUAL
Vision Cercana: CUMPLE CON LAS CONDICIONES VISUALES PARA EL CARGO , USAR ... GAFAS ... FILTRO AR , CONTROL ANUAL

Otras Recomendaciones: 1/ / Manejo de estrés con actividades que mejoren la carga ... autocuidado en ... s tio de trabajo 3/ Pausas de vida saludable o pausa activas 15 minutos cada 4 horas (de estiramiento) 4/ Adecuados hábitos posturales para conservar un buen estado de columna, 5/ Cuidados con la alimentac... Uso de bloqueador solar 2 veces al dia. 7/ Control con odontologia anual y con medicina general anual por ... semana como mínimo 30 minutos. 9/ Consumo de frutas y verduras y alimentación saludar ... manos con el fin de evitar enfermedades respiratorios y diarreicas. 11/ Mejorar posturas co... osteomusculares, uso de EPP acorde a la actividad laboral.12/ Hidratación constante 13 ... 14/ No se detecto ninguno de los diagnosticos listados como comorbilidades. 15/Tener en c... recomendaciones de los protocolos del ministerio de salud para el entorno laborar y grupos ... COVID-19 segú circular 030 del 8 de mayo del 2020.

AYUDAS DIAGNOSTICAS PRACTICADAS:
MEDICO NORMAL OSTEOMUSCULAR: Normal.
REMISION A EPS? NO

"El examinado certifica que no omitio ningun dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales ... estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta"
RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Médico

Firma
Dr Jorge E. Betancourth P.
Médico Especialista
Salud Ocupacional
Nombre JORGE ENRIQUE BETANCOURT PLAZA
RM 15344 Lic SO:

Trabajador

Firma
Nombre: Dairo Ramirez Baños
CC N° 1019058167

3253

Email: efi[redacted] Cel: 3112381777



CERTIFICADO MÉDICO-LABORAL
Resoluciones: 2346 de 2007 y 0312 de 2019
(OPERATIVO)

1-DATOS IDENTIFICACIÓN:

1.1-EMPRESA CONTRATANTE:	CONSTRUCCIONES LW S.A.S.												
1.2-Empresa Usuaria:	CONSTRUCCIONES LW S.A.S.				1.3-Ciudad	BOGOTÁ	1.4-Departamento	BOGOTÁ D.C.					
1.5-Actividad Económica:	CONSTRUCCIÓN	1.6-Fecha	Día	18	Mes	ENERO	Año	2021					
1.7-APELLIDOS Y NOMBRES USUARIO:	ARIAS AMARIS CARLOS ALBERTO										1.8-EDAD CUMPLIDA	0+	
1.9-DOCUMENTO:	C.C.	73.562.793			1.10-GÉNERO	MASCULINO	X	FEMENINO			1.11-Edad (años)	50	
1.12-CARGO A DESEMPEÑAR:	AYUDANTE DE OBRA										1.13-NIVEL DE ESTUDIOS	8	
1.14-SEGURIDAD SOCIAL	E.P.S.	FAMISANAR		A.R.L.	COLMENA			A.F.P.	PORVENIR				
1.15-TIPO EXAMEN:	PRE-OCUPACIONAL:	X	PERIODICO:		CAMBIO DE ACTIVIDAD		ESPECIAL:						
1.16-FINALIDAD:	DETERMINAR EL ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR (RESOLUCIÓN 2346 de 2007), EN LOS DIFEENTES EVENTOS: PRE-OCUPACIONAL, PERIÓDICO O POR CAMBIO DE ACTIVIDAD LABORAL.												

2-RESULTADOS PARA-CLÍNICOS Y EXAMEN MÉDICO-LABORAL:

EXAMEN REALIZADO:															
2.1-AUDIOMETRIA OCUPACIONAL	NORMAL	X	ALTERACIÓN LEVE		COMPROMISO DE BANDAS DEL LENGUAJE							NO	X	SI	
2.2-VISIOMETRIA OCUPACIONAL	NORMAL	X	ALTERACIÓN LEVE		ALTERACIÓN DE LA ESTEREOPSIS							NO	X	SI	
2.3-ESPIROMETRIA OCUPACIONAL	NO SE REALIZA POR BIOSEGURIDAD														
2.4-EXAMEN MÉDICO-LABORAL	DETECTADAS ALTERACIONES A NIVEL:		Dental		Cardiovas-cular		Osteo-articular		Visual		Otro	X			
2.5-EXAMEN MÉDICO-OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN SISTEMA OSTEO-MUSCULAR	SIN ALTERACIONES QUE CONTRAINDIQUEN EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD LABORAL			X	CON ALTERACIONES QUE CONTRAINDICAN LA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD LABORAL										

3-CONCEPTO MÉDICO-LABORAL:

3.1-SIN ALTERACIONES DETECTABLES		**SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, SEGÚN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORACIÓN MÉDICO-LABORAL Y PARA-CLÍNICOS:**
3.2-CON RECOMENDACIONES: (ALTERACIONES QUE NO INTERFIEREN CON EL TRABAJO)	X	
3.3-DEBE USAR LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES PARA DESEMPEÑAR LA ACTIVIDAD LABORAL		**SI**
3.4-RESTRINGIDO (ALTERACIONES QUE INTERFIEREN CON EL TRABAJO)		
3.5-APLAZADO		

4-ACCIONES EN SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO:

SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO	NO	SI	CONDICIONES O INTERVENCIONES PROPUESTAS PARA LIMITAR EL DAÑO											
4.1-VISUAL		X	USAR PROTECTOR VISUAL	NO		SI	X	DEBE USAR LENTES CORRECTIVOS	NO	X	SI			
4.2-CARDIOVASCULAR	X		RECOMENDACIONES DIETARIAS Y FARMACOLÓGICAS	NO	X	SI		MEDIDAS ADICIONALES: REMISIÓN	NO	X	SI			
4.3-AUDITIVO		X	PROTECTOR AUDITIVO PERMANENTE	NO		SI	X	LIMITAR EXPOSICIÓN A RUIDOS	NO	X	SI			
4.4-ERGONÓMICO		X	HACER PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA	NO		SI	X	LIMITAR MOVIMIENTOS REPETITIVOS	NO	X	SI			
4.5-RESPIRATORIO		X	USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA	NO		SI	X	MEDIDAS ADICIONALES: REMISIÓN	NO	X	SI			
4.6-HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES		X	CAPACITAR EN MEDIDAS DE AUTOCUIDADO	NO		SI	X	MEDIDAS ADICIONALES: REMISIÓN	NO	X	SI			
4.7-RIESGO PSICO-SOCIAL		X	HACER SEGUIMIENTO ESPECIAL	NO	X	SI		MEDIDAS ADICIONALES	NO	X	SI			
4.8-RIESGO BIOLÓGICO		X	VERIFICAR INMUNIZACIÓN ANTI-TETÁNICA	NO		SI	X	INMUNIZACIONES ADICIONALES	NO	X	SI			

5-RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA EL ASPIRANTE O TRABAJADOR:

USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL.
NO SE DETECTA NINGUNA DE LAS PATOLOGÍAS LISTADAS COMO COMORBILIDAD EN LA CIRCULAR 038 DE MAYO 8 DE 2020.

6-FIRMAS:

JUAN DANTE NEIRA A. Medico Especialista S.O. Licencia. SDS Res: 9615 09/08/2017	73.562793	
FIRMA Y SELLO MÉDICO OCUPACIONAL	Firma y Cédula de Ciudadanía del Aspirante o Trabajador CC:	Huella índice derecho

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD: EFI CIENCIA OCUPACIONAL LTDA., IPS DE EFICIENCIA OCUPACIONAL, IDENTIFICADA CON NIT: 900307357-0, REPRESENTADA LEGALMENTE POR JUAN DANTE NEIRA ACEVEDO, IDENTIFICADO CON CC: 5 981 915, DECLARA QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO, EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y EN TODOS LOS DOCUMENTOS ANEXOS A LA MISMA, SERÁN MANEJADOS CON ABSOLUTA Y TOTAL CONFIDENCIALIDAD, QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN DICHOS DOCUMENTOS Y LAS BASES DE DATOS DERIVADAS, QUE CON FINES LEGALES Y DE CUMPLIMIENTO DE NORMAS SE DEBEN REALIZAR, SERÁN DEBIDAMENTE CUSTODIADOS Y MANTENIDOS EN ARCHIVOS FÍSICOS Y EL ELECTRÓNICOS DEBIDAMENTE PROTEGIDOS. CONFORME A LO ESTABLECIDO POR LA LEY ESTATUTARIA 1581 DE 2012, REGLAMENTADA PARCIALMENTE POR EL DECRETO NACIONAL 1377 DE 2013. AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO MANIFIESTO HABER SIDO INFORMADO Y AUTORIZO A EFI CIENCIA OCUPACIONAL LTDA. PARA MANENTER LA INFORMACIÓN EN SUS BASES DE DATOS. El presente CERTIFICADO se expide con fines evaluativos del Programa de Salud Ocupacional de la Empresa contratante del servicio. En cumplimiento con la *RESOLUCIÓN 2346 de julio de 2007*, se respeta la Confidencialidad de la Historia Clínica, y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



FECHA 1 sep 2020 HORA
EMPRESA
TIPO DE EXAMEN
INFORMACIÓN GENERAL
Nombre Jorge Luis Arrieta Rivas
Edad
Número de Identificación
Cargo ASEGURADO
Tipo de Examen MEDICO DE SEGURIDAD OCUPACIONAL

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Audiometria SIN HIPOACUSIA CAPACIDAD AUDITIVA ES ADECUADA PARA LA OCUPACION
CONTROL ANUAL
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION AUDITIVA

Optometria

Vision Lejana CUMPLE CON LAS CONDICIONES VISUALES PARA EL CARGO USAR MONOGAFAS Y GAFAS CON
CONTROLAR CONTROL ANUAL

Vision Cercana CUMPLE CON LAS CONDICIONES VISUALES PARA EL CARGO USAR MONOGAFAS Y GAFAS CON
CONTROLAR CONTROL ANUAL

Otras Recomendaciones 1- Manejo de estrés con actividades que mejoren la carga laboral 2- Cuidado en el sitio de trabajo 3- Pausas de vida saludable o pausa activas 15 minutos cada 4 horas de estiramiento 4- Adecuados habitos posturales para conservar un buen estado de columna 5- Cuidados con la alimentación 6- Uso de bloqueador solar 2 veces al día 7- Control con odontologia anual y con medicina general anual por EPS 8- Lavado de 2 veces al día como mínimo 30 minutos 9- Consumo de frutas y verduras y alimentación saludable 10- Lavado de lavamanos con el fin de evitar enfermedades respiratorios y diarreicas 11- Mejorar posturas con el fin de mitigar alteraciones musculoesqueleticas uso de EPP durante la actividad laboral 12- Hipertensión constante 13- Habitos saludables 14- No presento ninguno de los diagnosticos listados como comorbilidades 15- Tener en cuenta las indicaciones y recomendaciones de los protocolos del ministerio de salud para el entorno laboral y grupos de riesgo COVID 19 segun resolución 0330 de 8 de mayo del 2020

AYUDAS DIAGNOSTICAS PRACTICADAS

Visiometria NORMAL OSTEOMUSCULAR Normal REMISION A EPS NO

El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales personales y familiares que puedan influir sobre su salud y que la información expresada en este documento es cierta

LOS RESULTADOS CONSIGNADOS EN LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL SE ENTREGAN AL TRABAJADOR

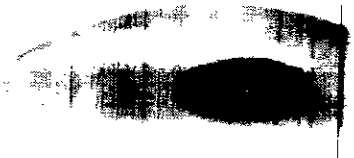
Médico

Firma
Nombre JORGE ENRIQUE BETANCOURT PLAZA
RM 15144 SC

Trabajador

Firma
Nombre Jorge Luis Arrieta Rivas
CC N 1102896225





2020

3254

449

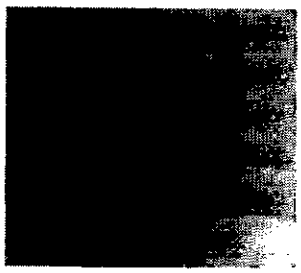
CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

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

Cendiatra

SEDE	CENDIATRA OCCIDENTE	**DIRECCIÓN**	Av. Cra. 68 No. 17 - 82, Zona Industrial Montevideo
TELÉFONO		**EMAIL**	servicio.cliente@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2020-10-06	**TIPO DE EXAMEN**	TRABAJO EN ALTURAS

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	HECTOR ENRIQUE GONZALEZ			Identificación CC	Nro 80117236
Fecha de Nacimiento	1982-06-05	**Edad**	38	**Sexo**	M
Empresa	ALQUIEQUIPOS J Y F SAS				
Cargo	OPERADOR MINICARGADOR				
Fecha Ingreso	2020-10-06 07:35:30	**Fecha Salida**	2020-10-06 14:45:28		

EXAMENES REALIZADOS

AUDIOMETRIA TAMIZ	EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
VISIOMETRIA	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	COLESTEROL TOTAL
GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	TRIGLICERIDOS

CONCEPTO_DE_APTITUD

APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS	APTO Y SIN RESTRICCION PARA TRABAJO EN ALTURAS
TIPO DE RESTRICCIONES O LIMITACIONES	NO PRESENTA



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

HECTOR ENRIQUE GONZALEZ
CC 80117236
Firma del trabajador

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

Clinisur IPS ltda

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000238495

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL



EMPRESA: INTERNACIONAL DE LOGISTICA Y SERVICIOS SAS FECHA 23/11/2020 11:18:45

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

NOMBRE Y APELLIDO: ANGEL JESUS ESPITIA QUINTERO **C.C** 1010010098

EDAD 25 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OPERADOR DE MAQUINARIA PESADA

EXÁMENES PRACTICADOS

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

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

CONCEPTO

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

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

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
CONTROL OPTOMETRIA EPS / USO DE LENTES PARA LABORAR
CONTROL MEDICO RUTINA EPS
USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR/
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
OBSERVACIONES : NO MANIFIESTA SIGNOS NI SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SARS-COV2)//NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 2020

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

Angel Espitia

FIRMA DEL PACIENTE

Consulta Biométrica

Ginna Marcela Prieto C.
MEDICO CIRUJANO
ESP. SALUD OCUPACIONAL
LIC. SO 11330/2019

FIRMA DEL ESPECIALISTA

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

Escaneado con CamScanner

3255

450

EFICIENCIA OCUPACIONAL Ltda.
NIT [illegible]
Carrera 20 A #72-99, Oficina 201
Tel: [illegible]
Email: [illegible]



CERTIFICADO MÉDICO-LABORAL
CERTIFICACIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS CONDUCTORES y OPERADORES DE MAQUINARIA
RESOLUCIONES: 2346 de 2007, 0312 de 2019, 1409 de 2012 y 0491 de 2020

1-DATOS IDENTIFICACIÓN:

1.1-EMPRESA CONTRATANTE:	EPORT MAQUINARIA S.A.S.										
1.2-Empresa Usuaria:	EPORT MAQUINARIA S.A.S.			1.3-Ciudad	BOGOTÁ	1.4-Departamento	BOGOTÁ D.C.				
1.5-Actividad Económica:	CONSTRUCCIÓN VIAL	1.6-Fecha	Día	10	Mes	10	Año	2020			
1.7-APELLIDOS Y NOMBRES USUARIO:	GUÍO ROJAS JOSÉ DARÍO								1.8-[illegible]	0+	
1.9-DOCUMENTO:	CC	80.071.044	1.10-GÉNERO	MASCULINO	X	FEMENINO			1.11-Edad (años)	39	
1.12-CARGO A DESEMPEÑAR:	OPERADOR DE MAQUINARIA PESADA								1.13-NIVEL DE ESTUDIOS	11	
1.14-SEGURIDAD SOCIAL	E.P.S.	FAMISANAR	A.R.L.	COLPATRIA			A.F.P.	PROTECCIÓN			
1.15-TIPO EXAMEN:	PRE-OCUPACIONAL	X	PERIÓDICO		ESPECIAL (¿Cuál?)		CERTIFICACIÓN ALTURAS	X			
1.16-FINALIDAD:	DETERMINAR EL ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR (RESOLUCIÓN 2346 de 2007), CERTIFICAR APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN 1409 DE 2012 Y CERTIFICAR APTITUDES MOTRICES BÁSICAS PARA CONDUCIR Y/O OPERAR MAQUINARIA										

2-RESULTADOS PARA-CLÍNICOS Y EXAMEN MÉDICO-LABORAL:

EXAMEN REALIZADO	RESUMEN DE LOS HALLAZGOS									
2.1-AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL	X	ALTERACIÓN LEVE		COMPROMISO DE BANDAS DEL LENGUAJE		NO	X	SI	
2.2-VISIOMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL		ALTERACIÓN LEVE	X	ALTERACIÓN DE LA ESTEREOPSIS		NO	X	SI	
2.3-ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL	NO SE REALIZA POR BIOSEGURIDAD									
2.4-GLICEMIA BASAL	NORMAL		X	LIGERAMENTE ALTERADA			MUY ALTERADA			
2.5-PERFIL LIPÍDICO	DENTRO DE VALORES NORMALES			LIGERAMENTE ALTERADO		X	MUY ALTERADO			
2.6-PSICOTEST DE ALTURAS	SIN ALTERACIONES		X	LEVEMENTE ALTERADO			MUY ALTERADO			
2.7-PRUEBAS NEUROLÓGICAS CLÍNICAS	SIN ALTERACIONES		X	LEVEMENTE ALTERADAS			MUY ALTERADAS			
2.8-EXAMEN DE COORDINACIÓN MOTRIZ (CONDUCTORES)	SIN ALTERACIONES		X	LEVEMENTE ALTERADA			MUY ALTERADA			
2.9-EXAMEN MÉDICO-LABORAL	DETECTADAS ALTERACIONES A NIVEL:	Dental		Cardiovascular	X	Osteoarticular		Visual		Otro
2.10-EXAMEN MÉDICO-OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN SISTEMA OSTEO MUSCULAR	SIN ALTERACIONES QUE CONTRAINDIQUEN EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD LABORAL				X	CON ALTERACIONES QUE CONTRAINDICAN LA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD LABORAL				

3-CONCEPTO MÉDICO-LABORAL:

3.1-SIN ALTERACIONES EVIDENTES		SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, SEGÚN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORACIÓN MÉDICO-LABORAL Y PARA-CLÍNICOS: **SI**
3.2-CON RECOMENDACIONES: (ALTERACIONES QUE NO INTERFIEREN CON EL TRABAJO)	X	
3-3-DEBE USAR LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES PARA LABORAR EN ALTURAS		APTO PARA DESARROLAR TRABAJOS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS, DE ACUERDO CON LA RESOLUCIÓN 1409 DE 2012: **SI**
3.4-RESTRINGIDO (ALTERACIONES QUE INTERFIEREN CON EL TRABAJO)		
3.5-APLAZADO		

4-ACCIONES EN SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO:

SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO	No	Si	CONDICIONES O INTERVENCIONES PROPUESTAS PARA LIMITAR EL DAÑO									
4.1-EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGO POR TRABAJO EN ALTURAS O ESPACIOS CONFINADOS		X	CAPACITAR EN EL USO, DOTAR Y USAR ELEMENTOS E IMPLEMENTOS PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS									
4.2-VISUAL		X	USAR PROTECTOR VISUAL	NO		SI	X	DEBE USAR LENTES CORRECTIVOS	NO		SI	X
4.3-CARDIOVASCULAR		X	RECOMENDACIONES DIETARIAS	NO		SI	X	MEDIDAS ADICIONALES: REMISIÓN	NO	X	SI	
4.4-AUDITIVO		X	USAR PROTECTOR AUDITIVO PERMANENTE	NO		SI	X	LIMITAR EXPOSICIÓN A RUIDOS	NO	X	SI	
4.5-ERGONÓMICO		X	HACER PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA	NO		SI	X	LIMITAR MOVIMIENTOS REPETITIVOS	NO	X	SI	
4.6-RESPIRATORIO		X	USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA	NO		SI	X	MEDIDAS ADICIONALES: REMISIÓN	NO	X	SI	
4.7-HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES		X	CAPACITAR EN MEDIDAS DE AUTOCUIDADO	NO		SI	X	MEDIDAS ADICIONALES: REMISIÓN	NO	X	SI	
4.8-RIESGO PSICO-SOCIAL		X	HACER SEGUIMIENTO ESPECIAL	NO	X	SI		MEDIDAS ADICIONALES	NO	X	SI	
4.9-SEGURIDAD VIAL		X	CAPACITAR EN NORMAS DE SEGURIDAD VIAL	NO		SI	X	MEDIDAS ADICIONALES	NO	X	SI	
4.10-RIESGO BIOLÓGICO		X	VERIFICAR INMUNIZACIÓN ANTI-TETÁNICA	NO		SI	X	INMUNIZACIONES ADICIONALES	NO	X	SI	

5-RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA EL ASPIRANTE O TRABAJADOR:

USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. SEGUIR RECOMENDACIONES DIETARIAS.
NO SE DETECTA NINGUNA DE LAS PATOLOGÍAS LISTADAS COMO COMORBILIDAD EN LA CIRCULAR 030 DEL 08 DE MAYO DE 2020.

6-FIRMAS:

JUAN DANTE NEIRA ACEVEDO
MÉDICO ESPECIALISTA
EN SALUD OCUPACIONAL

FIRMA Y SELLO MÉDICO OCUPACIONAL RESOLUCIÓN 9615 de 2017

Firma y Cédula de Ciudadanía del Aspirante o Trabajador
CC:

Huella índice derecho

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD: EFICIENCIA OCUPACIONAL LTDA., IDENTIFICADA CON NIT 900.000.000-0, EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 2346 DE 2007, DECLARA QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO ES ESTRICTAMENTE CLÍNICA Y OCUPACIONAL, EN TANTO LOS HALLAZGOS AQUÍ PLASMADOS, SERÁN MANTENIDOS CON ABSOLUTA Y TOTAL CONFIDENCIALIDAD, Y QUE EL CONTENIDO DE ESTOS DOCUMENTOS Y LAS BASES DE DATOS DE DONDE PROCEDAN, QUE CONTIENEN DATOS DE LA SALUD, SERÁN DE DISPONIBILIDAD EXCLUSIVA DEL TRABAJADOR Y DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD QUE LO ATIENDAN. EFICIENCIA OCUPACIONAL LTDA. CONSERVARÁ LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL DE LOS TRABAJADORES POR EL TIEMPO QUE ESTABLEZCA LA NORMATIVIDAD VIGENTE PARA ESTE TIPO DE DOCUMENTOS. AUTORIZO A LA IPS EFICIENCIA OCUPACIONAL LTDA. PARA USAR LA INFORMACIÓN EN SUS FORMATOS DE DATOS. El presente CERTIFICADO Médico-Laboral es propiedad del Programa de Salud Ocupacional de la Empresa usuaria del servicio. La contabilidad se rige por la RESOLUCIÓN 2346 de Julio de 2007, en cuanto a la Confidencialidad de la Historia Clínica y no se emiten diagnósticos en ninguno de los casos en este documento.

DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Médica de Especialidad

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo No. 1789 de 26/02/2020



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA 7-11-2021 HORA: 7:46 EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO

EMPRESA CONTRATISTA

CARGO OFICIAL DE CONSTRUCCION

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Audiometria

Optometria

Cardiovascular

Espirometria

Visiometria Ishihara

Psicologia Clinica

Psicologia Forense

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Perfil de Drogas

PH-C

TSH

Extr. Extendido

Coprocultivo

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

APTO PARA TRABAJOS EN ALTURA Y ESPACIOS CONFINADOS (CURSO SENA) Según Res.1409 de julio 23 de 2012

Apto Para el cargo sin Restricciones		Si	Aplazado
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo			No Apto Para Este Cargo
Apto Para Trabajos en Superficies sin Intradecnivel			
Examen PERIODICO Satisfactorio			Examen de EGRESO Satisfactorio

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

		Si	Uso de Dob - Protector Auditivo		Examen Pe...
		Si	Control Cardiovascular Periodico	Si	Uso de...
		Si	Uso de Lentes Permanentes	Si	Valorar...
		Si	Uso de Lentes Visión Cercana		Dieta...
			Control de Tabaquismo		Control E...
			Valorar Vacunas		Control Medicina Ocupacional Anual

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el contenido, las interpretaciones y las recomendaciones del examen médico ocupacional que me van a practicar. Garantizo que los cuestionarios suministrados por mi en estos exámenes y pruebas a este documento son veraces y completos. Entiendo que este proceso es voluntario y que tengo la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realicen las pruebas. He informado en los medios que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA tomara para proteger la confidencialidad de la información al momento de una auditoria. Autorizo para que sea enviado por medio electrónico o físico la información generada a la empresa o entidad contratante en la que debo conocer por cualquier cumplimiento del programa de Salud Ocupacional en la empresa o entidad contratante en la que debo conocer por cualquier con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido el presente escrito los resultados y asegurio estar de acuerdo manifestar mi libre consentimiento.

ARTEMIO GARCIA NEIRA
LICENCIA No. 13480201
Médico Especialista en Salud Ocupacional

C.C. No. [illegible]



UMED LTDA. IPS MEDICINA LABORAL [illegible]
para SARS COV-2, COVID-19 según resolución 666 del Ministerio de Salud

Realiza sus exámenes en instituciones médicas aprobadas por la Secretaría Distrital de Salud. UMED LTDA. I.P.S. Salud [illegible]

Carrera 21 No. 26-00/06 S
Barrio Olaya - Bogota, D.
Tels.: 278 5555 - 366 5291 239 16
Cels.: 311 265 5841 301 541 29
umedltda@gmail.com - www.umedips.co

Salud Ocupacional - Curso de Alturas - Medicina Laboral - Salud Ocupacional

3256

451

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 25/02/2020



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA 7/21/2021 HORA:8:2

EXAMEN: POS-OCUPACIONAL O EGRESO

DOCUMENTO

CARGO AYUDANTE D

CONTRATACION

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Respiratorio			
Dermatologico			
Osteomuscular		Cardiovascular	SI
Prueba de equilibrio		Prueba de esfuerzo	
Revision y Diligenciamiento		Visiometria	
Audiometria y Cerumen		Psicologia Tonal	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Parcial de Orina		Hemoglobina	
RH-Grupo Sanguineo		Glicemia	
KOH Unas		Coprologico	
Frotis Faringeo			

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

APTO PARA TRABAJOS EN ALTURA Y ESPACIOS CONFINADOS (CURSO SENA) -- Segun Res.1409 de julio 23 de 2012

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

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene postural	SI	Uso de Doble Proteccion Auditiva		Evitar Posturas Prolongadas	
Pausas Activas	SI	Control Optometrico Periodico	SI	Medias de Compresion Graduada	
Ergonomia del Puesto de trabajo	SI	Uso de Lentes Permanentes	SI	Valoracion y Manejo en IPS	
Uso de elementos de Protección Personal	SI	Uso de Lentes Visión Cercana		Dieta Ejercicio Fisico	
Valoracion por Medicina Laboral de EPS		Control de Tension Arterial		Control Espirometria	
Control Audiometrico		Estilos de Vida Saludable		Control Medico Ocupacional Anual	SI

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

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

EMIO GARCIA NEIRA
CIA No. 34802817
Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador

C.C. No 1144575?

2058

MEDICINA LABORAL manejo todos los protocolos de bioseguridad COVID-19 según resolución 666 del Ministerio de Salud del 24 abril 2020

ren en Instituciones médicas aprobado

Carrera 21 No. 26-00
Barrio Olaya - Bogo
Tels.: 278 5555 - 366 5291 -
Cel.: 311 245 58 41

DIVINO NIÑO JESUS

UMED LTDA

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

APTO PARA TRABAJO

Apto

Apto

Apto

Aplazado

No Apto Para Este Cargo

EGRESO Satisfactorio

RECOMENDACIONES Y RESTRICCIONES

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

ARTEMIO GARCIA NEIRA

CC No.

Calle No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya – Bogotá, D.C.
Tel: 366 5291 - 239 1657
Cel: 321 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com – www.umedips.com

3257

452

GENESLAB LTDA
Especialistas en Salud Ocupacional

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL N° 80937

RAZON DEL EXAMEN PRE EMPLEO X PERIODICO - ESPECIAL -
CIUDAD BOGOTA D.C. **FECHA** ENERO 13 DE 2021

EMPRESA CONTRATANTE CONMAQUINARIA

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES MORA SANCHEZ LEIDY **C.C** 52.865.582 **DE** BOGOTA
EDAD 38 años **GENERO** F **EPS** FAMISANAR
DIRECCION DE RESIDENCIA Cra. 3 Este # 161 A – 62 **TELEFONO** 310 2698374
CARGO ACTUAL PARA DESEMPEÑAR PROFESIONAL SOCIAL

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES

1.EXAMEN MEDICO CON ESFASIS OSTEOMUSCULAR X
2.LABORATORIOS: -
3.COMPLEMENTARIOS: Audiometria Visiometria

CONCEPTO Ingreso

Apto con recomendaciones X Aplazado para estudios -
Apto con restricciones -

CONCEPTO: Periódico

Puede seguir laborando - Con Restricciones: Temporales - Permanentes - Se Sugiere Reubicación -

SE RECOMIENDA INCLUIR EN PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Cardiovascular	-	Visual	-
Osteomuscular	-	Auditivo	-
Psicosocial	-	Respiratorio	-

RECOMENDACIONES: Control de peso, dieta y ejercicio, suspender consumo de cigarrillo, higiene postural y de columna, pausas activas con ejercicios de estiramiento muscular, manejo adecuado de cargas y del estrés, uso de elementos de protección personal según factores de riesgo, seguir normas de salud ocupacional, hábitos de vida saludable, control anual por salud ocupacional.

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD Y ME HAN INFORMADO LOS EXAMENES REALIZADOS.

NOTA: Se realizó encuesta epidemiológica al ingreso a la institución sobre síntomas de COVID-19, se sugirió lavado de manos de acuerdo a recomendaciones de OMS, se utilizan elementos de protección personal, al igual que limpieza y desinfección de equipos después de la atención de cada paciente

Leidy Mora Sanchez
C.C 52865582 de Bta

Dr. Hernando Sedagal B.
Médico Especialista SST
Licencia 25-5127
MD. ESST Licencia 25 - 5127

ANEXO 6

ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION

CONCACOL

CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION NAL

CODIGO SST-F-13
FECHA VIGENCIA
VERSION 2

Proyecto: Martires - SEG 11

3259

Nº	NOMBRE TRABAJADOR	CEDULA	FECHA	BOTAS DE CAUCHO	BOTAS TIPO INGENIERO	BOTAS PUNTA REACERO	CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD	GUANTE DE CAUCHO	GUANTES DE VAQUETA	TAPA OIDOS DE INSERCION	TAPAOIDOS DE COPA	PERMEABLE 2 PIEZAS	TRAJE ANTIFLUIDOS	CARETA DE PROTECCIÓN FACIAL	MASCARILLA RESPIRATORIA	CHALECO CON REFLECTIVO	OVEROL 2 PIEZAS	FIRMA DE RECIBIDO DEL TRABAJADOR	OBSERVACIONES	REPOSICION/ ENTREGA ORDINARIA	DESGASTE	PERDIDA	BIO-PROTECCION covid-19
1	Jorge Acosta	1102896228	19-01-2021			X	X			X						X		X	Jorge Acosta		X			
2	Dairo Ramirez	1014058162	19/01/2021			X	X			X						X		X	[illegible]		X			
3	Carlos Arias	73,562793	19.01/2021			X	X			X						X		X	[illegible]		X			
4	Wadid Pinillos	19 774404	19.01.2021			X	X			X						X		X	Wadid P.C		X			
5	Wilder Rojas	1.131.064.012	19.01.2021			X	X			X						X		X	Wilder RB		X			
6	Hector Gonzalez	80117226	19/01/2021			X	X					X				X		X	[illegible]		X			
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								

Me comprometo a utilizar durante mi labor los implementos de protección personal y seguridad industrial que me han sido asignados informarle a mis jefes inmediatos o al personal de salud ocupacional la requisición o cambio de ellos, y a no tener ningún lucro a causa de la venta de los epps; Igualmente, a informar los riesgos que puedan poner en peligro mi integridad física, mental y social y las de mis compañeros dentro del lugar de trabajo

ENTREGADO POR Incop Verificado por [illegible]

CONSTRUCCIONES

CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

Proyecto: martires

3260

Nº	NOMBRE TRABAJADOR	CEDULA	FECHA	BOTAS DE CAUCHO	BOTAS TIPO INGENIERO	BOTAS PUNTA DE ACERO	CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD	GUANTE DE CAUCHO	GUANTES DE VAQUETA	TAPA OIDOS DE INSERCION	TAPACIDOS DE COPA	IMPERMEABLE 2 PIEZAS	TRAJE ANTIFLUIDOS	CARETA DE PROTECCIÓN FACIAL	MASCARILLA RESPIRATORIA	CHALECO CON REFLECTIVO	OVEROL 2 PIEZAS	FIRMA DE RECIBIDO DEL TRABAJADOR	OBSERVACIONES	REPOSICION ENTREGA ORDINARIA	ORDINARIA B	PERIODO	BIO-PROTEGIDO CON COVID 19
	Jhon Pinzón	1000722403	04/01/2021			✓	✓			✓						✓		✓			x			
	Fredy Pinzón	1024551948	04/01/2021			✓	✓			✓						✓		✓			x			
	Wilmer Uribe	85264	04/1 2021			✓	✓			✓						✓		✓			x			
	Joseph bedoya	79221121	04/01/21			✓	✓			✓						✓		✓			x			
	Hoover Luna	1421441	04/1-21			✓	✓			✓						✓		✓			x			
	Brayan Cosgaya	1032492066	04/01/21			✓	✓			✓						✓		✓			x			
	Adrian Uribe	1694164	04-1-21			✓	✓			✓						✓		✓			x			
	Jesus Bonilla	79.563346	04-1-21			✓	✓			✓						✓		✓			x			
	Juan Jimenez	79771728	04/01/21			✓	✓			✓						✓		✓			x			
	Angel Beltran	1010165918	04/01/21			✓	✓			✓						✓		✓			x			

Me comprometo a utilizar durante mi labor los implementos de protección personal y seguridad industrial que me han sido asignados, informarle a mis jefes inmediatos o al personal de salud ocupacional la requisición o cambio de ellos; y a no tener ningún lucro a causa de la venta de los epps. Igualmente, a informar los riesgos que puedan poner en peligro mi integridad física, mental y social y las de mis compañeros dentro del lugar de trabajo.

ENTREGADO POR: Inco S.

Verificado por:

45

CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Código: SIGST-F3
Fecha: 08/06/2020
VERSION 1

Proyecto: Martires

Nº	NOMBRE TRABAJADOR	CEDULA	FECHA	BOTAS DE CAUCHO	BOTAS TIPO INGENIERO	BOTAS PUNTA DE ACERO	CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD	GUANTE DE CAUCHO	GUANTES DE VAQUETA	TAPA OIDOS DE INSERCION	TAPAOIDOS DE COPA	IMPERMEABLE 2 PIEZAS	TRAJE ANTIFLUIDOS	CARETA DE PROTECCIÓN FACIAL	MASCARILLA RESPIRATORIA	CHALECO CON REFLECTIVO	OVEROL 2 PIEZAS	FIRMA DE RECIBIDO DEL TRABAJADOR	OBSERVACIONES	REPOSICION/ENTREGA ORDINARIA	REPOSICION/ENTREGA DESGASTE	REPOSICION/ENTREGA PERDIDA	BIO-PROTECCION covid-19
1	Luz Marina Raya	20699614	08012021			✓	✓		✓	✓						✓		✓						

Me comprometo a utilizar durante mi labor los implementos de protección personal y seguridad industrial que me han sido asignados, informarle a mis jefes inmediatos o al personal de salud ocupacional la requisición o cambio de ellos, y a no tener ningún lucro a causa de la venta de los epps. Igualmente, a informar los riesgos que puedan poner en peligro mi integridad física, mental y social y las de mis compañeros dentro del lugar de trabajo

ENTREGADO POR: Celmo

RECIBIDO POR: [redacted]

CON G CON

CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN P NAL

Proyecto: Martires Civ 9

3261

N°	NOMBRE TRABAJADOR	CEDULA	FECHA	BOTAS DE CAUCHO	BOTAS TIPO INGENIERO	BOTAS PUNTA DE ACERO	CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD	GUANTE DE CAUCHO	GUANTES DE VAQUETA	TAPA OIDOS DE INSERCIÓN	TAPABOCAS DE COPA	IMPERMEABLE 2 PIEZAS	TRAJE ANTIFLUIDOS	CARETA DE PROTECCIÓN FACIAL	MASCARILLA RESPIRATORIA	CHALECO CON REFLECTIVO	OVEROL 2 PIEZAS	FIRMA DE RECIBIDO DEL TRABAJADOR	OBSERVACIONES	AMONESTACION/ENTREGA: ORDINARIA	DESCARTE	PERDIDA	RIO. PROTECCION covid-19
	Jair Rosero M.	96343006	13/1/2021			✓	✓			✓						✓		✓	Jair Rosero		✓			
	Emil Gutierrez	1245357	13-1-2021			✓	✓			✓						✓		✓	Emil Gutierrez		✓			
	Leidy Mora Sanchez	52186582	14-01-2021					✓						✓		✓			Leidy Mora Sanchez		✓			

Me comprometo a utilizar durante mi labor los implementos de protección personal y seguridad industrial que me han sido asignados, informarle a mis jefes inmediatos o al personal de salud ocupacional la requisición o cambio de ellos; y a no tener ningún lucro a causa de la venta de los epps. Igualmente, a informar los riesgos que puedan poner en peligro mi integridad física, mental y social y las de mis compañeros dentro del lugar de trabajo.

ENTREGADO POR: Steven Rojas C.

4/4

CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN [illegible] IONAL

Proyecto: Talleres CW 9

Nº	NOMBRE TRABAJADOR	CEDULA	FECHA	BOTAS DE CAUCHO	BOTAS TIPO INGENIERO	BOTAS PUNTA DE ACERO	CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD	GUANTE DE CAUCHO	GUANTES DE VAQUETA	TAPA OÍDOS DE INSERCIÓN	TAPAOIDOS DE COPA	IMPERMEABLE 2 PIEZAS	TRAJE ANTIFLUIDOS	CARETA DE PROTECCIÓN FACIAL	MASCARILLA RESPIRATORIA	CHALECO CON REFLECTIVO	OVEROL 2 PIEZAS	FIRMA DE RECIBIDO DEL TRABAJADOR	OBSERVACIONES	REPOSICION/ENTREGA ORDINARIA	DESGASTE	PERDIDA	BIO-PROTECCION covid-19
	[illegible] Rayo	[illegible]	12-01-2021					X	X		X										X			
	Jose David Ecia R.	5037109[illegible]	15/01/21			X	X			X		X				X		X			X			

Me comprometo a utilizar durante mi labor os implementos de protección personal y seguridad industria que me han sido asignados informarle a mis jefes inmediatos o al personal de salud ocupacional la requisición o cambio de ellos y a no tener ningu cero a causa de la venta de los epps igualmente a informar los riesgos que puedan poner en peligro mi integridad física mental y social y las de mis compañeros dentro del lugar de trabajo

Cargo [redacted]

Verificado por: Su[redacted]

CON & CON

CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

CODIGO: SGEST-F3
FECHA: 04/06/2020
VERSION: 1

3262

Proyecto: Tartires - Seg 9

YASCNUTEVES	1088045414	15-01-2021			X	X	YASCNUTEVES			X
CESAR RODELO	92130288	15-01-2021			X	X	Cesar Rodelo			X
Jair Rosero	96343006	15-01-2021			X	X	Jair Rosero			X
FELIC GUTIERREZ	12.495957	15-01-2021			X	X	FELIC GUTIERREZ			X
Luis Nonno Rojo	20699614	15 01 21				X				X

Me comprometo a utilizar durante mi labor los implementos de protección personal y seguridad industrial que me han sido asignados, informarle a mis jefes inmediatos o al personal de salud ocupacional la requisición o cambio de ellos; y a no tener ningún lucro a causa de la venta de los epps; igualmente, a informar los riesgos que puedan poner en peligro mi integridad física, mental y social y la de mis compañeros dentro del lugar de trabajo.

ENTREGADO POR: CINCO

Verificado por:

1/1

ANEXO 7

INDICADORES DE ACCIDENTALIDAD

3264 459

CON & CON	FORMATO INFORME MENSUAL DE ACCIDENTES DE TRABAJO	SG-SST- F-19 VIGENCIA:06-02-2020 VERSIÓN 0

PERIODO DE INFORME: 21 AL 26 DE NOVIEMBRE DE 2020 Y DEL 22 DE DICIEMBRE DE 2020 AL 20 DE ENERO DE 2021

CONTRATO	137 de 2019

OBJETO

CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS POR LA MODALIDAD DE MONTO AGOTABLE, LAS OBRAS Y ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACION DE LA MALLA VIAL Y ESPACIO PÚBLICO DE LA LOCALIDAD DE LOS MARTIRES

PERIODO	No. DE TRABAJADORES	Dias Trabajados	No. DE ACCIDENTES			DIAS DE INCAPACIDAD	DIAS PERDIDOS	DIAS CARGADOS	I.F.	I.S.	ATM	I.F.A.	PEL
			Con Tiempo perdido	Sin tiempo perdido	Total								
25-02- 2020 24-03-2020	11	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
21-07-20 20-08-20	11	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
21-08-20 20-09-20	11	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
21-09-20 20-10-20	22	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
21-10-20 20-11-20	38	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
21- al 26 11 2020 22-12-20 AL 20-01-2021	51	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Dias Trabajados: Dias hábiles de trabajo en el período

I.F.: Indice de frecuencia: No. de accidentes/ No. Trabajadores en el mes

I.S.: Indice de severidad: No. días de perdidos ó Días cargados/ No. Trabajadores al mes

ATM: Proporción de accidentes de trabajo mortales: No. ATM / No. AT AL AÑO

I.F.A: Indíce de Frecuencia del Ausentismo: Dias de ausencia por incapacidad laboral o comunes en el mes/ No. Días programados de trabajo en el mes

P.E.L: Prevalencia de la enfermedad profesional: No. Casos Nuevos y antiguos en el período / promedio de trabajadores en el período

(Firma)

Contratista

(Firma)

Interventoría

ANEXO 8

FORMATOS DE INSPECCIÓN

	FORMATO INSPECCION EN OBRA	F-05 Vigencia: 28-04-20 Versión 1

3266 401

Frente de obra Martires SEGMENTO 9

Fecha 22 DICIEMBRE 2020

DESCRIPCION

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
Hay monogafas, guantes, tapabocas, tapaoidos inserción o copa en obra.	✓			
Los trabajadores usan los epp	✓			
Los EPP se encuentran en buen estado	✓			
Los trabajadores usan casco - botas punta acero - overol	✓			

HERRAMIENTA MENOR

	B	M	R	OBSERVACIONES
Palas	✓			3
picas	✓			2
Barras	✓			2
Carretillas	✓			1
Las herramientas son lavadas diariamente	✓			EL BOAL REALIZA LA ACTIVIDAD
las herramientas son desinfectadas al inicio y fin de la joranda laboral	✓			EL BOAL REALIZA LA ACTIVIDAD

ATENCIÓN DE EMERGENCIAS

	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
enta con los números de Emergencias (carpeta ergencias)	✓			
ene las hojas de seguridad en el frente de obra (carpeta emergencias)	✓			
Tiene el KIT de Emergencias (Botiquin-camilla- extintor)	✓			
se cuenta con zona de aislamiento	✓			
Se encuentra las sustancias quimicas rotuladas	✓			

Bodega para cambio de ropa

Los objetos de la bodega se encuentra organizada y limpia.	✓			
la ropa de trabajo es guardada en bolsas plásticas	✓			
Se encuentra baño en el frente de obra (fijo o portatil) Cuantos	✓			Portatil - LAVADO 2 VECES POR SEMANA.
e encuentra publicado el protocolo de lavado de manos	✓			
se cuenta lavabamos, jabón y/o gel antibacterial	✓			
se cuenta con caneca para disposición de residuos biologicos	✓			
Se encuentra la brigada de emergencias e identificadas.	✓			
cuenta con Hidratación - Garrafon de Agua.	✓			

AQUINARIA Y VEHICULOS

	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
Cuenta con Botiquin dotado	✓			
Cuenta con Extintor recargado y vigente	✓			
Cuenta con pito de reversa	✓			
Cuenta con luces.	✓			
La cabina general y compuertas se encuentran en buen estado	✓			
El operador usa tapabocas, y guantes	✓			
El conductor realiza el formato pre-operacional diario	✓			
cuenta con los elementos para limpieza y desinfeccion diaria	✓			
la cabina se encuentra libre de adornos	✓			

SEÑALIZACION Y PROTECCIÓN

	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
Cuenta con señalizacion SST (cuantas)	✓			
Se encuentra plafonadas las cajas o materas? Cuantas- medidas	✓			

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION	FORMATO INSPECCION EN OBRA	F-05 Vigencia: 28-04-20 Versión 1

Frente de obra Martires SEGMENTO 1819

Fecha 22 DICIEMBRE 2020

DESCRIPCION

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
Hay monogafas, guantes, tapabocas, tapaoidos inserción o copa en obra.	✓			
Los trabajadores usan los epp	✓			
Los EPP se encuentran en buen estado	✓			
Los trabajadores usan casco - botas punta acero - overol	✓			

HERRAMIENTA MENOR

	B	M	R	OBSERVACIONES
Palas	✓			
picas				
Barras				
Carretillas	✓			
as herramientas son lavadas diariamente	✓			EL BOAL REALIZA ACTIVIDAD
las herramientas son desinfectadas al inicio y fin de la joranda laboral	✓			EL BOAL REALIZA ACTIVIDAD

ATENCIÓN DE EMERGENCIAS

	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
Cuenta con los números de Emergencias (carpeta emergencias)				
Tiene las hojas de seguridad en el frente de obra (carpeta emergencias)	✓			Alcohol-GEL-JABON- OTROS QUIMICOS.
Tiene el KIT de Emergencias (Botiquin-camilla- extintor)	✓			
se cuenta con zona de aislamiento	✓			
Se encuentra las sustancias quimicas rotuladas	✓			

Bodega para cambio de ropa

Los objetos de la bodega se encuentra organizada y limpia.	✓			
la ropa de trabajo es guardada en bolsas plásticas	✓			
Se encuentra baño en el frente de obra (fijo o portatil) Cuantos	✓			1 FIJO
Se encuentra publicado el protocolo de lavado de manos	✓			
se cuenta lavabamos, jabón y/o gel antibacterial	✓			
se cuenta con caneca para disposición de residuos biologicos	✓			
Se encuentra la brigada de emergencias e identificadas.	✓			
Se cuenta con Hidratación - Garrafon de Agua.	✓			

MAQUINARIA Y VEHICULOS

	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
Cuenta con Botiquin dotado	✓			
Cuenta con Extintor recargado y vigente	✓			
Cuenta con pito de reversa	✓			
Cuenta con luces.	✓			
La cabina general y compuertas se encuentran en buen estado	✓			
El operador usa tapabocas, y guantes	✓			
El conductor realiza el formato pre-operacional diario	✓			
cuenta con los elementos para limpieza y desinfeccion diaria	✓			
la cabina se encuentra libre de adornos				

SEÑALIZACION Y PROTECCIÓN

	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
Cuenta con señalizacion SST (cuantas)	✓			
Se encuentra plafonadas las cajas o materas? Cuantas- medidas	✓			

CON & CON	FORMATO INSPECCION EN OBRA	SSGT F-05 Vigencia: 28-04-20 Versión 1

3267

Frente de obra Martires - SEG 11

Fecha 14 Enero 2021

DESCRIPCION

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
Hay monogafas, guantes, tapabocas, tapaoidos inserción o copa en obra.	✓			
Los trabajadores usan los epp	✓			
Los EPP se encuentran en buen estado	✓			
Los trabajadores usan casco - botas punta acero - overol	✓			

HERRAMIENTA MENOR

	B	M	R	OBSERVACIONES
Palas	✓			
picas	✓			
Barras	✓			
Carretillas	✓			
las herramientas son lavadas diariamente	✓			EL BOAL HACE LA ACTIVIDAD
las herramientas son desinfectadas al inicio y fin de la joranda laboral	✓			EL BOAL HACE LA ACTIVIDAD

ATENCIÓN DE EMERGENCIAS

	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
Cuenta con los números de Emergencias (carpeta emergencias)	✓			
Tiene las hojas de seguridad en el frente de obra (carpeta emergencias)	✓			Alcohol - Gel jabon, otros quimicos
Tiene el KIT de Emergencias (Botiquin-camilla- extintor)	✓			
se cuenta con zona de aislamiento	✓			
Se encuentra las sustancias quimicas rotuladas	✓			

Bodega para cambio de ropa

Los objetos de la bodega se encuentra organizada y limpia.	✓			
la ropa de trabajo es guardada en bolsas plásticas	✓			
Se encuentra baño en el frente de obra (fijo o portatil) Cuantos	✓			Fijo - 1
se encuentra publicado el protocolo de lavado de manos	✓			
se cuenta lavabamos, jabón y/o gel antibacterial	✓			
se cuenta con caneca para disposición de residuos biologicos	✓			
Se encuentra la brigada de emergencias e identificadas.	✓			
Se cuenta con Hidratación - Garrafon de Agua.	✓			

MAQUINARIA Y VEHICULOS

	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
Cuenta con Botiquin dotado	✓			
Cuenta con Extintor recargado y vigente	✓			
Cuenta con pito de reversa	✓			
Cuenta con luces.	✓			
La cabina general y compuertas se encuentran en buen estado	✓			
El operador usa tapabocas, y guantes	✓			
El conductor realiza el formato pre-operacional diario	✓			
cuenta con los elementos para limpieza y desinfeccion diaria	✓			
la cabina se encuentra libre de adornos	✓			

SEÑALIZACION Y PROTECCIÓN

	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
Cuenta con señalizacion SST (cuantas)	✓			
Se encuentra plafonadas las cajas o materas? Cuantas- medidas				
Se encuentra señalizado el perimetro de obra. (cerramiento)	✓			

RESIDENTE SISO

CON & CON CONSULTORIA Y CONSTRUCCION	INSPECCION DE ELEMENTOS DEL BOTIQUIN	SG-SST F-10 Vigencia: 02-02-2016 versión: 00

Fecha 22 DICIEMBRE 2020 Lugar de inspección Medines - SCG 9

Vehículo: Conductor:

No.	ARTICULO	ESTADO				CANTIDAD		CAUSA DE USO	CLASE DE ACCION DE MEJORAMIENTO			(*) No NC
		B	R	M	NA	REQUERIDO	EXISTENTE		MA (Inmediata)	MB (Pronta)	B (Postenar)	
1	GASA PAQUETE	✓				1	2					
2	CURITAS	✓				12	12					
3	TAPABOCAS QUIRURGICO	✓				3	1 PAQ					
4	GUANTES QUIRURGICOS	✓				1	1 PAQ					
5	BAJALENGUAS PAQUETE X 20	✓				1	1 PAQ					
6	APOSITO OCULAR					1						
7	TOALLA HIGIENICA					1						
8	PITO					1						
9	MICROPORE	✓				1	1					
10	ESPARADRAPO	✓				1	1					
11	VENDA ELASTICA	✓				1	3					
12	TIJERAS					1						
13	APLICADORES MADERA-COPITOS					6						
14	CUELLO CERVICAL					1						
15	YODOPOVIDONA (JABON QUIRURGICO)	✓				1	1					
16	TERMOMETRO DIGITAL O MERCURIO	✓				1	1					
17	SOLUCIÓN SALINA	✓				1	1					

(*) SI DILIGENCIO LA CASILLA MA O MB POR FAVOR INDIQUE EL CONSECUTIVO DE LA NO CONFORMIDAD

Observaciones:

Inspeccionado por:	
Nombre:	
Firma:	
Fecha:	

3268

CON & CON CONSULTORIA Y CONSTRUCCION	**INSPECCION DE ELEMENTOS DEL BOTIQUIN**	SG-SST- F 10 Vigencia: 02-02-2016 versión: 00

Fecha 22 Diciembre 2020 Lugar de inspección Martires - Segmento 1819

Vehículo: _____ Conductor: _____

No.	ARTICULO	ESTADO B	R	M	NA	CANTIDAD REQUERIDO	EXISTENTE	CAUSA DE USO	CLASE DE ACCION DE MEJORAMIENTO MA (Inmediata)	MB (Pronto)	B (Posterior)	(*) No NC
1	GASA PAQUETE	✓				1	24					
2	CURITAS	✓				12	10					
3	TAPABOCAS QUIRURGICO	✓				3	3					
4	GUANTES QUIRURGICOS	✓				1	1					
5	BAJALENGUAS PAQUETE X 20	✓				1	1					
6	APOSITO OCULAR					1						
7	TOALLA HIGIENICA					1						
8	PITO					1						
9	MICROPORE	✓				1	1					
10	ESPARADRAPO	✓				1	1					
11	VENDA ELASTICA	✓				1	2					
12	TIJERAS					1						
13	APLICADORES MADERA-COPITOS					6						
14	CUELLO CERVICAL	✓				1	1					
15	YODOPOVIDONA (JABON QUIRURGICO)	✓				1	1					
16	TERMOMETRO DIGITAL O MERCURIO	✓				1	1					
17	SOLUCIÓN SALINA	✓				1	1					

(*) SI DILIGENCIO LA CASILLA MA O MB POR FAVOR INDIQUE EL CONSECUTIVO DE LA NO CONFORMIDAD

Observaciones:

Inspeccionado por:

Nombre: ANDREA VASQUEZ

Firma: ANDREA VASQUEZ

Fecha:

463

CON & CON CONSULTORIA Y CONSTRUCCION	INSPECCION DE ELEMENTOS DEL BOTIQUIN	SG SST: F-10 Vigencia: 02-02-2016 versión 00

Fecha 14-ENERO-2020 Lugar de inspección MOTILONES - SEG 11

Vehículo: Conductor:

No.	ARTICULO	ESTADO				CANTIDAD		CAUSA DE USO	CLASE DE ACCION DE MEJORAMIENTO			(*) No NC
		B	R	M	NA	REQUERIDO	EXISTENTE		MA (Inmediata)	MB (Pronta)	B (Posterior)	
1	GASA PAQUETE	✓				1	1					
2	CURITAS	✓				12	12					
3	TAPABOCAS QUIRURGICO	✓				3	3					
4	GUANTES QUIRURGICOS	✓				1	1					
5	BAJALENGUAS PAQUETE X 20	✓				1	1					
6	APOSITO OCULAR					1						
7	TOALLA HIGIENICA					1						
8	PITO					1						
9	MICROPORE	✓				1	1					
10	ESPARADRAPO	✓				1	1					
11	VENDA ELASTICA	✓				1	1					
12	TIJERAS					1						
13	APLICADORES MADERA-COPITOS					6						
14	CUELLO CERVICAL	✓				1	1					
15	YODOPOVIDONA (JABON QUIRURGICO)	✓				1	1					
16	TERMOMETRO DIGITAL O MERCURIO	✓				1	1					
17	SOLUCIÓN SALINA					1						

(*) SI DILIGENCIO LA CASILLA MA O MB POR FAVOR INDIQUE EL CONSECUTIVO DE LA NO CONFORMIDAD

Observaciones:

Inspeccionado por

Nombre: ANDREA VASQUEZ.

Firma:

Fecha: 14 ENERO 2020

CON & CON	FORMATO INSPECCION DE MAQUINAS Y VEHÍCULOS	F-06 Vigencia: 16-02-17 Versión 0

~~469~~

FECHA 26/NOVIEMBRE/2020 PERIODO EVALUADO DICIEMBEE 3269

MAQUINA O VEHÍCULO VIBRO COMPACTADOR

OBRA. Mártires

	BUENO	MALO	N/A		BUENO	MALO	N/A
PITO	✓			PITO DE REVERSA	✓		
EPEJOS/ VIDRIOS	✓			ASEO GENERAL	✓		
BOTIQUIN	✓			EXTINTOR	✓		
CONO	✓			HERRAMIENTAS	✓		
LLANTA DE REPUESTO			✓	LINTERNA	✓		
LUCES DE REVERSA	✓			LUCES DIRECIONALES	✓		
LUCES ESTACIONARIAS	✓			LUCES FRONTALES	✓		
ESTADO DE LA CARROCERIA	✓			CINTURON DE SEGURIDAD	✓		
ESTADO DE ORUGAS			✓	ESTADO DE LLANTAS	✓		
FUGAS	✓						

TIEMPO TRABAJADO AL MOMENTO DE LA INSPECCIÓN	HOROMETRO/ KILOMETRAJE
3087,5	3087,5.

HORA DE INICIO	HORA FINAL	HORAS PENDIENTES PARA CAMBIO DE ACEITE/ Y/O MANTENIMIENTO PREVENTIVO
		170

OBSERVACIONES IMPORTANTES

	BUENO	MALO	N/A	OBSERVACIONES/ DESCRIPCIÓN REPARACIONES REALIZADAS
MOTOR	✓			
TRANSMISIÓN	✓			
CHASIS	✓			
SISTEMA ELÉCTRICO	✓			
SISTEMA DE FRENOS	✓			
SISTEMA HIDRÁULICO	✓			
SISTEMA DE DIRECCIÓN	✓			
RODAJES/RODAMIENTOS	✓			
SISTEMA DE ENFRIAMIENTO	✓			

NOMBRE DEL OPERARIO: Carlos A. Cubides

CEDULA 1.136.880.303

FIRMA

Milenol Gil

RESIDENTE

CON CON	FORMATO INSPECCION DE MAQUINAS Y VEHÍCULOS	F-06 Vigencia: 16-02-17 Versión 0

FECHA 22 - DICIEMBRE 2020 PERIODO EVALUADO DICIEMBRE

MAQUINA O VEHÍCULO 313 D2 - (005)

OBRA:

	BUENO	MALO	N/A		BUENO	MALO	N/A
PITO	✓			PITO DE REVERSA	✓		
EPEJOS/ VIDRIOS	✓			ASEO GENERAL	✓		
BOTIQUIN	✓			EXTINTOR	✓		
CONO			X	HERRAMIENTAS	✓		X
LLANTA DE REPUESTO			X	LINTERNA			✓
LUCES DE REVERSA			X	LUCES DIRECIONALES			X
LUCES ESTACIONARIAS			✓	LUCES FRONTALES	✓		
ESTADO DE LA CARROCERIA	✓			CINTURON DE SEGURIDAD	✓		
ESTADO DE ORUGAS	✓			ESTADO DE LLANTAS	✓		X
FUGAS	✓						

TIEMPO TRABAJADO AL MOMENTO DE LA INSPECCIÓN	HOROMETRO/ KILOMETRAJE
09	69

HORA DE INICIO	HORA FINAL	HORAS PENDIENTES PARA CAMBIO DE ACEITE/ Y/O MANTENIMIENTO PREVENTIVO
		200 h.

OBSERVACIONES IMPORTANTES

	BUENO	MALO	N/A	OBSERVACIONES/ DESCRIPCIÓN REPARACIONES REALIZADAS
MOTOR	✓			
TRANSMISIÓN	✓			
CHASIS	✓			
SISTEMA ELÉCTRICO	✓			
SISTEMA DE FRENOS	✓			
SISTEMA HIDRÁULICO	✓			
SISTEMA DE DIRECCIÓN	✓			
RODAJES/RODAMIENTOS	✓			
SISTEMA DE ENFRIAMIENTO	✓			

NOMBRE DEL OPERARIO: Oswaldo Chacón

CEDULA 11'234.097

FIRMA Oswaldo Chacón

Milena 69

RESIDENTE

CON & CON	FORMATO INSPECCION DE MAQUINAS Y VEHÍCULOS	F-06 Vigencia: 16-02-17 Versión 0

4/65

FECHA: 18 DICIEMBRE 2020 PERIODO EVALUADO: DICIEMBRE

MAQUINA O VEHÍCULO: MINICARGADOR 3270

OBRA: Mártires Civ 1819

	BUENO	MALO	N/A		BUENO	MALO	N/A
PITO	✓			PITO DE REVERSA	✓		
EPEJOS/ VIDRIOS	✓			ASEO GENERAL	✓		
BOTIQUIN	✓			EXTINTOR	✓		
CONO			X	HERRAMIENTAS	✓		
LLANTA DE REPUESTO	✓			LINTERNA			X
LUCES DE REVERSA	✓			LUCES DIRECIONALES			X
LUCES ESTACIONARIAS	✓			LUCES FRONTALES	✓		
ESTADO DE LA CARROCERIA	✓			CINTURON DE SEGURIDAD	✓		
ESTADO DE ORUGAS			X	ESTADO DE LLANTAS	✓		
FUGAS	✓						

TIEMPO TRABAJADO AL MOMENTO DE LA INSPECCIÓN	HOROMETRO/ KILOMETRAJE
1993	1993

HORA DE INICIO	HORA FINAL	HORAS PENDIENTES PARA CAMBIO DE ACEITE/ Y/O MANTENIMIENTO PREVENTIVO
		250 +1

OBSERVACIONES IMPORTANTES

	BUENO	MALO	N/A	OBSERVACIONES/ DESCRIPCIÓN REPARACIONES REALIZADAS
MOTOR	✓			
TRANSMISIÓN	✓			
CHASIS	✓			
SISTEMA ELÉCTRICO	✓			
SISTEMA DE FRENOS	✓			
SISTEMA HIDRÁULICO	✓			
SISTEMA DE DIRECCIÓN	✓			
RODAJES/RODAMIENTOS	✓			
SISTEMA DE ENFRIAMIENTO	✓			

NOMBRE DEL OPERARIO: Camilo Garzón

CEDULA 79217370

FIRMA

Milena Gil

RESIDENTE

CON CON	FORMATO INSPECCION DE MAQUINAS Y VEHÍCULOS	F-06 Vigencia: 16-02-17 Versión 0

FECHA 22 DICIEMBRE 2020 PERIODO EVALUADO DICIEMBRE

MAQUINA O VEHÍCULO VIBRO COMPACTADOR VOLVO SD70D

OBRA: Martires.

	BUENO	MALO	N/A		BUENO	MALO	N/A
PITO	✓			PITO DE REVERSA	✓		
EPEJOS/ VIDRIOS	✓			ASEO GENERAL	✓		
BOTIQUIN	✓			EXTINTOR	✓		
CONO			X	HERRAMIENTAS	✓		
LLANTA DE REPUESTO			X	LINTERNA			
LUCES DE REVERSA	✓			LUCES DIRECIONALES			X
LUCES ESTACIONARIAS			X	LUCES FRONTALES	✓		
ESTADO DE LA CARROCERIA	✓			CINTURON DE SEGURIDAD	✓		
ESTADO DE ORUGAS			X	ESTADO DE LLANTAS	✓		
FUGAS	✓						

TIEMPO TRABAJADO AL MOMENTO DE LA INSPECCIÓN	HOROMETRO/ KILOMETRAJE
3092.8	3092.8

HORA DE INICIO	HORA FINAL	HORAS PENDIENTES PARA CAMBIO DE ACEITE/ Y/O MANTENIMIENTO PREVENTIVO
		600 h.

OBSERVACIONES IMPORTANTES

	BUENO	MALO	N/A	OBSERVACIONES/ DESCRIPCIÓN REPARACIONES REALIZADAS
MOTOR	✓			
TRANSMISIÓN	✓			
CHASIS	✓			
SISTEMA ELÉCTRICO	✓			
SISTEMA DE FRENOS	✓			
SISTEMA HIDRÁULICO	✓			
SISTEMA DE DIRECCIÓN	✓			
RODAJES/RODAMIENTOS	✓			
SISTEMA DE ENFRIAMIENTO	✓			

NOMBRE DEL OPERARIO: Carlos A. Cubides

CEDULA 1.136.880.303.

FIRMA

Milena Gil

RESIDENTE

CON & CON	FORMATO INSPECCION DE MAQUINAS Y VEHÍCULOS	F-06 Vigencia: 16-02-17 Versión 0

4/66

FECHA: 12-ENERO 2021 PERIODO EVALUADO: ENERO 3271

MAQUINA O VEHÍCULO: Hitachi ZX70

OBRA: Martires Sferento 11

	BUENO	MALO	N/A		BUENO	MALO	N/A
PITO	✓			PITO DE REVERSA			X
EPEJOS/ VIDRIOS	✓			ASEO GENERAL	X		
BOTIQUIN	✓			EXTINTOR	X		
CONO			X	HERRAMIENTAS	X		
LLANTA DE REPUESTO			X	LINTERNA	X		
LUCES DE REVERSA	✓			LUCES DIRECIONALES			X
LUCES ESTACIONARIAS			X	LUCES FRONTALES	X		
ESTADO DE LA CARROCERIA			X	CINTURON DE SEGURIDAD	X		
ESTADO DE ORUGAS	✓			ESTADO DE LLANTAS			X
FUGAS			X				

TIEMPO TRABAJADO AL MOMENTO DE LA INSPECCIÓN	HOROMETRO/ KILOMETRAJE
8977	8977

HORA DE INICIO	HORA FINAL	HORAS PENDIENTES PARA CAMBIO DE ACEITE/ Y/O MANTENIMIENTO PREVENTIVO
		170

OBSERVACIONES IMPORTANTES

	BUENO	MALO	N/A	OBSERVACIONES/ DESCRIPCIÓN REPARACIONES REALIZADAS
MOTOR	X			
TRANSMISIÓN			X	
CHASIS	X			
SISTEMA ELÉCTRICO	X			
SISTEMA DE FRENOS			X	
SISTEMA HIDRÁULICO	X			
SISTEMA DE DIRECCIÓN			X	
RODAJES/RODAMIENTOS			X	
SISTEMA DE ENFRIAMIENTO	X			

NOMBRE DEL OPERARIO: Angel Espitia

CEDULA: 10100098

FIRMA: Angel Espitia

Milena Gil

RESIDENTE

CON CON	FORMATO INSPECCION DE MAQUINAS Y VEHÍCULOS	F-06 Vigencia: 16-02-17 Versión 0

FECHA: 14 - Enero - 2021 PERIODO EVALUADO: Enero

MAQUINA O VEHÍCULO: Bobcat S185

OBRA: Marfires - SEC 9

	BUENO	MALO	N/A		BUENO	MALO	N/A
PITO	✓			PITO DE REVERSA	✓		
EPEJOS/ VIDRIOS	✓			ASEO GENERAL	✓		
BOTIQUIN	✓			EXTINTOR	✓		
CONO	✓			HERRAMIENTAS	✓		
LLANTA DE REPUESTO	✓			LINTERNA		✓	
LUCES DE REVERSA	✓			LUCES DIRECIONALES			N/A
LUCES ESTACIONARIAS	✓			LUCES FRONTALES	✓		
ESTADO DE LA CARROCERIA		✓	N/A	CINTURON DE SEGURIDAD	✓		
ESTADO DE ORUGAS			N/A	ESTADO DE LLANTAS	✓		
FUGAS	✓						

TIEMPO TRABAJADO AL MOMENTO DE LA INSPECCIÓN	HOROMETRO/ KILOMETRAJE
1401.6	1401.6

HORA DE INICIO	HORA FINAL	HORAS PENDIENTES PARA CAMBIO DE ACEITE/ Y/O MANTENIMIENTO PREVENTIVO
07:00	17:00	190 Hrs.

OBSERVACIONES IMPORTANTES

	BUENO	MALO	N/A	OBSERVACIONES/ DESCRIPCIÓN REPARACIONES REALIZADAS
MOTOR	✓			
TRANSMISIÓN	✓			
CHASIS	✓			
SISTEMA ELÉCTRICO	✓			
SISTEMA DE FRENOS	✓			
SISTEMA HIDRÁULICO	✓			
SISTEMA DE DIRECCIÓN	✓			
RODAJES/RODAMIENTOS	✓			
SISTEMA DE ENFRIAMIENTO	✓			

NOMBRE DEL OPERARIO: Jose David Gil Rojas

CEDULA: 80071044

FIRMA:

Milena Gil

RESIDENTE

CON & CON	FORMATO INSPECCION DE MAQUINAS Y VEHÍCULOS	F-06 Vigencia: 16-02-17 Versión 0

~~467~~

FECHA: 19-Enero-2021 PERIODO EVALUADO: Enero 3272

MAQUINA O VEHÍCULO: MINI CARGADOR 185

OBRA: Maitres - SECT 11

	BUENO	MALO	N/A		BUENO	MALO	N/A
PITO	✓			PITO DE REVERSA	✓		
EPEJOS/ VIDRIOS			N/A	ASEO GENERAL	✓		
BOTIQUIN	✓			EXTINTOR	✓		
CONO	✓		N/A	HERRAMIENTAS	✓		
LLANTA DE REPUESTO	✓			LINTERNA	✓		
LUCES DE REVERSA	✓			LUCES DIRECIONALES			N/A
LUCES ESTACIONARIAS	✓			LUCES FRONTALES	✓		
ESTADO DE LA CARROCERIA	✓			CINTURON DE SEGURIDAD	✓		
ESTADO DE ORUGAS			N/A	ESTADO DE LLANTAS	✓		
FUGAS	✓						

TIEMPO TRABAJADO AL MOMENTO DE LA INSPECCIÓN	HOROMETRO/ KILOMETRAJE
6135	6135

HORA DE INICIO	HORA FINAL	HORAS PENDIENTES PARA CAMBIO DE ACEITE/ Y/O MANTENIMIENTO PREVENTIVO
		170.

OBSERVACIONES IMPORTANTES

	BUENO	MALO	N/A	OBSERVACIONES/ DESCRIPCIÓN REPARACIONES REALIZADAS
MOTOR	✓			
TRANSMISIÓN			N/A	
CHASIS			N/A	
SISTEMA ELÉCTRICO	✓			
SISTEMA DE FRENOS	✓			
SISTEMA HIDRÁULICO	✓			
SISTEMA DE DIRECCIÓN	✓			
RODAJES/RODAMIENTOS			N/A	
SISTEMA DE ENFRIAMIENTO	✓			

NOMBRE DEL OPERARIO: Hector Gonzalez

CEDULA: 80117236

FIRMA:

Milena Gil

RESIDENTE

CON & CON CONSULTORIA Y CONSTRUCCION	INSPECCIÓN DE ESTADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Código: SST-FT-07 Versión: 1 Fecha: 31 ENERO 2017

3273

FECHA: 22 12 2020
dd / mm / aaaa

OBRA: Martires Seguenza 61

Responsable de la inspección: ANDREA VALDEZ

Escribir en la casilla de estado: *Bueno (B)* *Requiere Cambio (RC)*

NOMBRE TRABAJADOR	TAPAOÍDOS INSERCIÓN			GUANTES			MONOGAFAS			TAPAOIDOS DE COPA			PROTECTOR RESPIRATORIO			OTROS			OBSERVACIONES
	SI	NO	ESTADO	SI	NO	ESTADO	SI	NO	ESTADO	SI	NO	ESTADO	SI	NO	ESTADO	SI	NO	ESTADO	
CAROLINA GONZALEZ				✓		B	✓		B				✓		B	✓		B	BOTAS PUNTA ACERO
LAYONEL MARTIN							✓		B				✓		B	✓		B	BOTAS PUNTA ACERO
JONATHAN NUÑEZ				✓		B	✓		B				✓		B	✓		B	BOTAS PUNTA ACERO
HERNAN TRIANA													✓		B	✓		B	BOTAS PUNTA ACERO
MARIO SARMIENTO				✓		B							✓		B	✓		B	BOTAS PUNTA ACERO
CARLOS CUBILLOS				✓		B	✓		B	✓			✓		B	✓		B	BOTAS PUNTA ACERO
YASER VALLE				✓		B	✓		B				✓		B	✓		B	BOTAS PUNTA ACERO

OBSERVACIONES GENERALES:

3 de 4

CON & CON CONSULTORIA Y CONSTRUCCION	INSPECCIÓN DE ESTADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Código: SST-FT-07 Versión: 1 Fecha: 31 ENERO 2017

FECHA: 22 12 2020

OBRA TRÁFICOS - SEC 1819

Responsable de la inspección: ANDREA VASQUEZ

Escribir en la casilla de estado: *Bueno (B)* *Requiere Cambio (RC)*

NOMBRE TRABAJADOR	TAPAOÍDOS INSERCIÓN			GUANTES			MONOGAFAS			TAPAOIDOS DE COPA			PROTECTOR RESPIRATORIO			OTROS			OBSERVACIONES
	SI	NO	ESTADO	SI	NO	ESTADO	SI	NO	ESTADO	SI	NO	ESTADO	SI	NO	ESTADO	SI	NO	ESTADO	
LESTER GARCIA				✓		B							✓		B	✓		B	GUANTES DE VAQUETA
CESAR ROCELO		X		✓		B							✓		B	✓		B	GUANTES DE CAUCHO BOTAS DE CAUCHO
OSWALDO GIRALDO	✓		B	✓		B	✓		B				✓		B	✓		B	DE CARNAZA.
CAMILO GARZON		X			X		✓			✓		B	✓		B	✓		B	BOTAS PUNTA DE ACERO
JONATHAN BETANCUR													✓		B	✓		B	BOTAS DE CAUCHO
MARCOS ALVARADO				✓		B							✓		B	✓		B	
PAOLA OLARTE													✓		B	✓		B	BOTAS DE CAUCHO
CARLOS OLAYA				✓		B							✓		B	✓		B	GUANTES DE VAQUETA
ANDREA VASQUEZ													✓		B	✓		B	BOTAS PUNTA DE ACERO

OBSERVACIONES GENERALES:

CON & CON CONSULTORIA Y CONSTRUCCION	INSPECCIÓN DE ESTADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Código: SST-FT-07 Versión: 1 Fecha: 31 ENERO 2017

3274

FECHA: 19 / 01 / 2021

OBRA: Mártires - SEP 11 - PESQUERAS.

Responsable de la inspección: ANDREA VASQUEZ.

Escribir en la casilla de estado: *Bueno (B)* *Requiere Cambio (RC)*

NOMBRE TRABAJADOR	TAPAOÍDOS INSERCIÓN			GUANTES			MONOGAFAS			TAPAOIDOS DE COPA			PROTECTOR RESPIRATORIO			OTROS			OBSERVACIONES
	SI	NO	ESTADO	SI	NO	ESTADO	SI	NO	ESTADO	SI	NO	ESTADO	SI	NO	ESTADO	SI	NO	ESTADO	
JHON MOYANO				✓		B	✓		B				✓		B	✓		B	TAPABOCAS, BOTAS
RAMIRO LEÓN				✓		B	✓		B				✓		B	✓		B	TAPABOCAS, BOTAS
ADRIAN VELEZ				✓		B	✓		B				✓		B	✓		B	TAPABOCAS, BOTAS
ANGEL ESPITIA.				✓		B	✓		B	✓		B	✓		B.	✓		B	TAPABOCAS, BOTAS.
PAOLA OTALTE				✓		B	✓		B				✓		B	✓		B	BOTAS PUNTA ACERO
JONATHAN BETANCUR				✓		B													BOTAS PUNTA ACERO

OBSERVACIONES GENERALES:

1 of 4

ANEXO 9

LISTADO DE MAQUINARIA

CON & CON
Consultoría, Gestión y Construcción

LISTADO DE MAQUINARIA Y /O EQUIPO

CONTRATO No. 137 DE 2019

PERIODO DEL INFORME **21 AL 26 DE NOVIEMBRE DE 2020 Y DEL 22 DICIEMBRE DE 2020 AL 20 ENERO 2021**

CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS POR LA MODALIDAD DE MONTO AGOTABLE, LAS OBRAS Y ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACION DE LA MALLA VIAL Y ESPACIO PÚBLICO DE LA LOCALIDAD DE LOS MARTIRES

No.	No. INTERNO	MAQUINARIA Y/O EQUIPO			CONTROL DE HORAS		PROXIMO MANTENIMIENTO PREVENTIVO	
		Modelo	Tipo	Referencia	Periodo Actual	Acumulado	No. Hr.	Actividades a realizar
1	5	2020	EXCAVADORA	CATERPILAR	40	74	250	Cambio de aceite y filtros
2	9	2018	MINICARGADOR	S570	50	75	250	Cambio de aceite y filtros
3	13	135US	EXCAVADORA	HITACHI 135	21	21	250	Cambio de aceite y filtros
4	MAQ-001		MINICARGADOR	BOBCAT S185	16	16	250	Cambio de aceite y filtros
5	12	2011	VIBROCOMPACTADOR	SD 70D	13	13	250	Cambio de aceite y filtros

NOTAS

No. INTERNO: Identificación exterior empleada por la Maquinaria, Equipos y/o Vehículos vinculados al Proyecto.

MODELO: Año de fabricación, importación o repotenciación de la Maquinaria, Equipo y/o Vehículo

REFERENCIA: Clasificación según la capacidad o especificaciones dadas por la Marca o Fabricante de la Maquina, Equipos y/ Vehículo .

TIPO: Clasificación de la Maquinaria, Equipo o Vehículo, según el trabajo que desarrolla

(Firma)

(Nombre)

Responsable de Maquinaria y Equipos de Obra

(Firma)

(Nombre)

Responsable de Maquinaria y Equipos de Interventoría

~~427~~

3277

HOJA DE VIDA VEHICULAR

MINICARGADOR BOBCAT S185



Especificaciones de la máquina
Capacidad nominal estipulada (Bobcat) 924 kg
Carga de vuelco 1849 kg
Capacidad de la bomba 64.00 L/min
Capacidad de la bomba (con opción de alto caudal) 100.00 L/min
System relief at quick couplers 22.4-23.1 MPa
Velocidad de desplazamiento máxima (opción de segunda velocidad)
Velocidad de desplazamiento máxima (primera velocidad) 11.8 km/h
Motor
17.9 km/h
Marca/Modelo Kubota / V2607-DI-TE3B-BC-2
Combustible Diésel
Refrigeración Líquida
Potencia a 2.700 r.p.m. (SAE J1995) 45.5 kW
Par a 1425 r.p.m. (SAE JI 995 bruto) 200.7 Nm
Número de cilindros 4
Cilindrada
2600 cm
Depósito de combustible 90.80 L
Pesos
Peso operativo 2821 kg
Peso de envío 2470 kg
Mandos

MARTILLO HB980



peso	**280 kg**
Número de golpes	**1170-1450 1/min**
Chasis portador	**3-7,5 t**
Energia de golpeo	**6.5 kJ**
Longitud total	**1253 mm**
Ø herramienta	**72 mm**
Caudal mínimo de Aceote	**45.0-80.0 l/min**
Presión de servicio	**120 bar**

3278473

DIAN

Declaración de Importación

Privada | **500**

Año **2010**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: **032010000076337-0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 8600033437	5. DV: 9	41. Apellidos y nombres o Razón Social: CENTRAL SAS			
13. Dirección: AV AMERICAS 36 11	14. Teléfono: 3690500	12. Cod. Agencia: 03	15. Cod. País: 11	17. Cod. Ciudad/Municipio: 001	
24. Número de Identificación Tributaria (NIT): 830003079	25. DV: 6	26. Razón social o denominación suministrada: AGENCIA DE ADUANAS PROFESIONAL S.A. NIVEL 1		27. Tipo usuario: 26	28. Cod. usuario: 0080
36. Número documento de identificación: 79136537		37. Apellidos y nombres: FERRUCHO RAMIREZ JOSE RAUL			

01. Clase importación: 02	03. Tipo nacionalización: Inicial	04. Cod.: 1	05. No. Formulario Anterior: XXXXXXXXXXXXXX	06. Año - Mes - Día: XXXX - XX - XX	07. Cod. Aduana: XX	08. Declaración de Exportación: No. XXXXXXXXXXXXXX	09. Año - Mes - Día: XXXX - XX - XX	10. Cod. depósito: XX
42. Cod. lugar ingreso al territorio nacional: CTG	43. Cod. Dependencia: 13101	44. Identificación de cargo: No. 032010000001891	45. Año - Mes - Día: 2010 - 01 - 22	46. Establecimiento de transporte: No. OTT573577			47. Año - Mes - Día: 2010 01 21	

48. Nombre importador o presentante de la declaración: BOBCAT COMPANY

49. Ciudad: GWINNER ND

50. Cod. País Exportación: 249

51. Dirección importador o presentante de la declaración: 210 1ST AVE NE GWINNER NORTH DAKOTA 58040 USA

52. E-mail: T01678627e

53. No. de cargo: 035478-14405138C	54. Año - Mes - Día: 2009 - 12 - 10	55. Cod. país procedencia: 249	56. Cod. Modo Transporte: 1	57. Código de Aduana: 188	58. Cod. Clase Cambio: 11	59. Empresa transportadora: LINEAS TECNICAS DE CARGAMENTOS S A LITECAR S.			
60. Subpartida arancelaria: 8428510000	61. Cod. Cantidad: 03	62. Cod. Descripción: XX	63. Cod. Mercancía: C100	64. No. Items: XX	65. Valor Items USD: XXXX	66. Procedencia del pago de fletes: XX	67. Cod. país de origen: 249	68. Cod. Marca: XXX	
69. Forma de pago: 01	70. Tipo de importación: 01	71. Cod. para compras: 249	72. Peso bruto kgs: 22,230.00	73. Peso neto kgs: 20,007.00	74. Unidad de medida: YY	75. No. Bultos: 24	76. Subpartidas: 1	77. Cod. Unidad comercial: 6	78. Cantidad items: 8.00

79. Valor FOB USD: 177,975.44	80. Valor Fletes USD: 5,553.00	Concepto	%	Base	Total Liquidado ($)	Total a pagar con esta declaración ($)	Total Liquidado (USD)
81. Valor Seguros USD: 1,099.45	82. Valor Otros Gastos USD: 0.00	Arancel	5.00	383,185,962	19,158,000	19,158,000	0
83. Conversión de fletes, seguros y otros gastos USD: 6,848.45	84. Ajuste valor USD: 0.00	I.V.A	16.00	381,327,962	61,012,000	61,012,000	0
85. Valor aduana USD: 184,623.89	86. Cuotas regalías y licencias: X	Retrogravámenes	0.00	0	0	0	0
87. Cod. aduana: 01	88. Año: XXXX	Derechos Compensatorios	0.00	0	0	0	0
	89. Preferencia No.: XXXXXXXXXX	Derechos Antidumping	0	0	0	0	0
	90. Cod. Forma de Petición: 0	Recargo	0	0	0	0	0
		Prevalor	0	0	0	0	0
				Total	79,170,000		0

91. Observaciones de las declaraciones: IMPO: [illegible] 41; DECLARACION: 1. (Exoneracion).// MERCANCIA NUEVA // SIN REGISTRO DE IMPORTACION [illegible] ANCHO: MINI; MARCA: BOBCAT; MOD: S185; REF: CARGADOR BOBCAT 185; CANT: 4; CARGADOR BOBCAT 185; KIT [illegible] CUATRO RUEDAS Y CUCHARA DE 74", CON LLANTA DE REFUERZO MARCA BOBCAT 10*16,5 QUE FORMA PARTE DE CARGADOR. SERIAL BOBCAT A3L[illegible]; A3L[illegible]; A3L[illegible]; A3L[illegible]; MOTOR: 9G0140, 9GU153, BQD819, BQD893 INCLUYE: CUCHARON BOBCAT [illegible] 4 CUCHARONES: UNIVERSAL DUTY L-T 10 PLY RANTING TUBELESS; P/N: 6730104 Fb. GTH-04 [illegible]

117. Valor pagos anticipados: 0	120. Pueblo emisor de pago anterior No.: XXXXXXXXXXXXXX	120. Fecha: XXXX XX XX	
118. Espacio reservado DIAN - Adjudicación aduanera	121. Espacio reservado para entidades Ministerio de Relaciones Exteriores	122. No. Autoadhesivo declaración: 032010000076337	
124. Usuario No.: 032010000076337	125. Fecha: 2010-2-3	126. Firma funcionario responsable	128. Nombre: [illegible] CC No. [illegible]

Firma declarante

997. Espacio exclusivo para el sello de la máquina fechadora (Fecha Aceptación): 29 ENE 2010

RECIBIDO CON PAGO

980. Pago Total $: 79,170,000

Banco de Bagotá 01130368 4

(415)7707212489963(8020)01017030636673

Fecha de impresión: 2010-01-29 17:22:32

EPORT MAQUINARIA S.A. S

NIT. 901.130.548 -1

EPORT MAQUINARIA SAS

MANTENIMENTO PREVENTIVO

EQUIPO: MINICARGADOR BOBCAT S185

PROPIETARIO: EDWIN PORTOCARRERO

FECHA DD/MM/AA/	HOROMETRO	FITRO HIDRAULICO	ACEITE PARA MOTOR	FILTRO DE ACEITE	FILTRO DE COMBUSTIBLE	[illegible]	[illegible]
23/05/2020	2584	TERPEL 69	URSA15W40	B 163	BF 757	DA9031	CAMBIO ACEITE
05/09/2020	2816	TERPEL 69	URSA 15W40	B 163	BF 757	DA 9031	CAMBIO DE ACEITE
11/12/2020	1363	TERPEL 69	URSA 15W40	B 163	BF 757	DA 9031	CAMBIO DE ACEITE

Cordialmente.

NICOLAS PASCUAS ARAUJO
INGENIERO MECÁNICO.
TARJETA PROFESIONAL: CNZ30-03791
CEL: 3015788280

Calle 48 Sur # 87- 86 Bogotá D.C
Celular. 320 444 4679
Email: eportmaquinariasas@hotmail.com

474

3279

RECOMENDACIONES DE MANTENIMIENTO

SEGÚN SEA NECESARIO

PARTE	OPERACION
Tanque de Combustible	Revisar Escape por las uniones, boquillas de engrase, mangueras hidráulicas líneas de combustible
Líquido Refrigerante	Revisar Escape por las uniones, boquillas de engrase, mangueras hidráulicas líneas de combustible
Carter de aceite del motor	Revisar Escape por las uniones, boquillas de engrase, mangueras hidráulicas líneas de combustible
Depósito de aceite hidráulico	Revisar Escape por las uniones, boquillas de engrase, mangueras hidráulicas líneas de combustible
Separador de Agua	Revisar Escape por las uniones, boquillas de engrase, mangueras hidráulicas líneas de combustible

REVISION PERIDOCA (MENSUAL)

PARTE	OPERACION
Articulaciones	Revisar Escape por las uniones, boquillas de engrase, mangueras hidráulicas líneas de combustible. Líneas hidráulicas o de combustible dañadas (Grietas, desgaste o rasgaduras)

EPORT MAQUINARIA S.A. S

NIT. 901.130.548 -1

Bogotá D.C., Septiembre 29 de 2020

A QUIEN INTERESE

La empresa **EPORT MAQUINARIA SAS NIT 901130548-1** se compromete a realizar mantenimiento preventivo del MINICARGADOR BOBCAT S185 serial de motor N. A3L937339.

Que consta de cambio de aceite y filtros cada 200 horas de trabajo según las especificaciones del fabricante.

Sin otro particular,

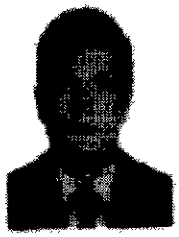
EDWIN NELSON PORTOCARRERO ARAUJO
CC. 3.166.811

Calle 48 Sur # 87- 86 Bogotá D.C
Celular. 320 444 4679
Email: eportmaquinariasas@hotmail.com

475

3280

Consejo Profesional
Nacional de Ingeniería
Eléctrica, Mecánica
y Profesiones Afines



Título NICOLÁS
PASCUAS ARAÚJO

C.I. 1.018.424.918

Ingeniero MECÁNICO

Matrícula CNI230-98791

Resol. Nro. 54/2013

Fecha de Exp. 11/12/2013

EPORT MAQUINARIA S.A. S

NIT. 901.130.548 -1

CERTIFICADO DE IDONEIDAD DE LA MAQUINARIA

Se certifica que la maquina en relacion se encuentra en buen estado para su operatividad y funcionamiento,la cual fue valorada en el mes de diciembre y se determino que cumplecon los parametros exigidos.

MAQUINA: MINICARGADOR
REFERENCIA :BOBCAT S185
MODELO: Kubota / V2607-DI-TE3B-BC-2

Cordialmente

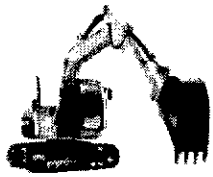
NICOLAS PASCUAS ARAUJO
INGENIERO MECÁNICO.
TARJETA PROFESIONAL: CN230-98791
CEL: 3015788280

Calle 48 Sur # 87- 86 Bogotá D.C
Celular. 320 444 4679
Email: eportmaquinariasas@hotmail.com

3281

495





SUMINISTRO Y TRANSPORTE DE TODA CLASE DE MATERIALES PARA CONSTRUCCION, MOVIMIEMNTO DE TIERRA, NIVELACIONES, COMPACTACIONES DE RECEBO – ALQUILER DE MAQUNARIA

Bogotá D.C enero 13 de 2021

A QUIEN CORRESPONDA

Que la maquina **RETROEXCAVADORA HITACHI 135us** se encuentra en condiciones óptimas técnico mecánicas y para el efecto se le ha venido realizando los mantenimientos rutinarios y periódicos de acuerdo al programa establecido por la compañía en el manual de mantenimiento y operación, adicionalmente se le realizaron los mantenimientos correctivos que requirió el equipo ante de ser transportados a dicha obra.
HOROMETRO 8972

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los (13) trece días del mes de enero del 2021

Cordialmente,

wilmar Yesid Jarro
GERENTE DE MANTENIMIENTO
CIEM INGENIERIA S.A.S

Soacha 13 de enero de 2021

AQUIEN PUEDE INTERESAR

Ref. **CARTA DE COMPROMISO DE MANTENIMIENTO DE MAQUINARIA**

Cordial saludo

Yo **EDGAR ESTIVEN RODRIGUEZ IBAÑEZ** con número de cedula 79.667.086 de Bogotá D.C en propietario de la **RETROEXCAVADORA HITACHI 135us**. Me Comprometo con la maquina:

- **RETROEXCAVADORA HITACHI 135us.**

Promedio de la presente, manifiesto mi compromiso para realizar de manera responsable el mantenimiento de la máquina que estoy relacionando en el presente compromiso, de acuerdo con lo estipulado por el fabricante, en el manual de operación y mantenimiento.

Cordialmente,

DIAN

Declaración de Importación

Privada

500

Año 2018

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 482018000224743-8

79805850 | 4 | CASTAÑEDA CASAS OSCAR RAUL

CL 3 17 A 15 BRR EDUARDO SANTOS | 2801483 | 48 | 11 | 001

900538415 | 9 | AGENCIA DE ADUANAS G5 S.A.S NIVEL 2 | 26 | 564

73216108 | CUADRADO VALLE ALVARO ADELMO

02 | Anticipada | 3 | XXXXXXXXXXXXXX | XXXX - XX - XX | XX | No. XXXXXXXXXXXXXX | XXXX - XX - XX | XX

CTG | 7201 | No. 116575005795746 | 2018 - 03 - 31 | No. NYKS300004041 | 2018 - 03 - 20

GLOBAL EQUIPMENT LLC | CHARLOTTE | 249

LLC15711 Cla[illegible] Creek Ln # 1219, Charlotte, NC 2827 | FAX. 7046348319

1046 | 2017 - 11 - 20 | 249 | 1 | 626 | 11 | NAVENAL LTDA | 2,857.00

S | 8429520000 | XX | XX | C100 | XX | XXXX | XX | 249 | XXX

86 | 01 | 249 | 14,128.00 | 14,128.00 | BT | 1 | 1 | U | 1.00

18,830.00	3,251.00
84.15	0.00
3,335.15	0.00
20,165.15	L — 22078190
3 — 2017	XXXXXXXXXX — 0

Concepto	%	Base	Total Liquidado ($)	Total a pagar con esta declaración ($)	Total Liquidado (USD)
Arancel	0.00	57,829,579	0	0	0
IVA	19.00	57,829,579	10,950,000	10,950,000	0
Salvaguardia	0.00	0	0	0	0
Derechos Compensatorios	0.00	0	0	0	0
Derechos Antidumping	0	0	0	0	0
Sanción	0	0	0	0	
Rescate	0	0	0	0	
		Total	10,950,000		0

DO 814R1[illegible]/PEDIDO G[illegible]1803133872 DECLARACION 1 DE 1; FACTURA(S):1046;; // 1 UNIDAD; PRODUCTO: EXCAVADORA;; LOTE (748) MARCA: H[illegible]ITACHI, MODELO/REFERENCIA: ZAXIS ZX135US, SERIAL: "FF01SCQ010476", USO O DESTINO: EQUIPO UTILIZADO PARA LA INDUSTRIA DE LA CONSTRUCCION, MARCA DEL MOTOR: ISUZU, MODELO DEL MOTOR: CC-4BG1T, SERIAL DEL MOTOR: 4BG1-917934, ENGINE FAMILY: 5SZXL0[illegible] / 4BG1XAB[illegible], ENGINE CODE: 4BG1XABGA-05; ENGINE TYPE: 4BG1XABGA; AÑO DE FABRICACION Y/O MODELO: 2006, COMBUSTIBLE: DIESEL, PRECIO CUANDO NUEVO USD 5[illegible],131,18, CON SUS ACCESORIOS PARA SU NORMAL FUNCIONAMIENTO., MARCA: HITACHI; AÑO FABRICACION: 2006 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

121 Valor pagos anteriores: 0 | Recibo oficial de pago anterior No. XXXXXXXXXXXXXXXX | Fecha XXXX XX XX

No. Aceptación declaración 482018000224743 | Fecha 2018 03 28

No hay declaración anterior

134 Levante No. 482018000127799 | Fecha 2018 - 04 - 04

Firma declarante

997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora (Fecha efectiva de la transacción)

Coloque el timbre de la máquina registradora al dorso de este formulario

980. Pago Total $ 10,950,000

996. Espacio para autoadhesivo de la entidad recaudadora (Número del adhesivo)

DAVIVIENDA
Autoadhesivo 51585080131079
Fecha presentación 2018-04-02 17:57:00
Valor pagado $10,950,000

Fecha de impresión: 2018-04-04 18:03:03

20180217100629

04/04/2018

Escaneado con CamScanner

Fecha 21 de diciembre de 2020

Consejo Profesional
Nacional de Ingeniería
Eléctrica, Mecánica
y Profesiones Afines



Titular WILMAR YECID
JARRO PÉREZ
C.C. 1.032.403.362
Ingeniero ELECTROMECÁNICO
Matrícula BY250-101882

Fecha Sesión 8 /2014
Fecha de Exp. 26/05/2014

3283

478

CERTIFICADO ULTIMO MANTENIMIENTO

Por medio de la presente se certifica que la maquina aquí relacionada fue valorada para realizar mantenimientos correctivos según su operatividad cumpliendo con un horometro 3050, se realizó cambio de aceite, cambio de filtros, ajuste de mangueras.

MAQUINA	**VIBROCOMPACTADOR**
MARCA	**VOLVO**
REFERENCIA	**SD70D**
MODELO	**2011**
SERIAL	**198840**

El equipo se encuentra en total operatividad de Todas sus Funciones.

Se Expide a los (28)días del Mes de Agosto de 2020.

Cordialmente,

NICOLAS PASCUAS ARAUJO
INGENIERO MECÁNICO.
TARJETA PROFESIONAL: CN230-98791
CEL: 3015788280

JMR INGENIERIA Y OBRAS ALQUILER DE MAQUINARIA

Agosto 28 de 2020, Bogotá D.C

CERTIFICADO OPTIMAS CONDICIONES

Se certifica que la maquina en relación se encuentra en óptimas condiciones para su operatividad y funcionamiento.

MAQUINA	**VIBROCOMPACTADOR**
MARCA	**VOLVO**
REFERENCIA	**SD70D**
MODELO	**2011**
SERIAL	**198840**

El equipo se encuentra en total operatividad de Todas sus Funciones.

Se Expide a los (28) días del Mes de Agosto.

Cordialmente.

NICOLAS PASCUAS ARAUJO
INGENIERO MECÁNICO.
TARJETA PROFESIONAL: CN239-88791
CEL: 3015788280

3284
479

DIAN

Declaración de Importación

Privada

500

Año 2011

Espacio reservado para la DIAN

Número de formulario: 482011000475795-0

NIT: 830065609	DV: 5	CHAMEME COMERCIAL S.A.
Dirección: AV DE LAS AMERICAS 50 51	Teléfono: 4470555	Cód. Admón.: 48 / Cód. Dpto.: 11 / Cód. Ciudad/Municipio: 001
NIT: 830008823	DV: 6	AGENCIA DE ADUANAS HECAQUANAS S.A.S NIVEL 1 / 28 / 453
Documento de identificación: 8854447		Apellidos y nombres: RINALDI VILLALOBOS ABRAHAM

Clase importación	Tipo declaración	Cód.	No. Formulario anterior	Año-Mes-Día	Cód. Admón.	Declaración de exportación	Año-Mes-Día	Cód. Admón.
02	Modificación	5	482011000437619	2011 - 11 - 23	48	No. XXXXXXXXXXXXXXX	XXXX - XX - XX	XX

Cód. lugar ingreso	Cód. Depósito	Manifiesto de carga	Año-Mes-Día	Documento de transporte	Año-Mes-Día
CTG	5	No. 116575002753804	2011 - 11 - 15	No. SUDU21601751604 1	2011 - 11 - 09

VOLVO CONSTRUCTION EQUIPMENT AB — Ciudad: ESKILSTUNA — Cód. país exportación: 764

SOUTH AMERICA SERVICES DIVISION SE-631 85 — Email: FAX4616152847

No. de factura	Año-Mes-Día	Cód. país procedencia	Cód. modo transporte	Código de bandera	Cód. depto. destino	Empresa transportadora	Tasa de cambio
0001653980	2011 - 11 - 07	249	1	431	11	EDUARDO L GERLEIN S.A	1,935.00

S	Subpartida arancelaria	Cód. complementario	Cód. suplementario	Cód. modalidad	No. cuotas o meses	Valor cuota USD	Periodicidad del pago de la cuota	Cód. país origen	Cód. acuerdo
	8429400000	XX	XX	C300	XX	XXXX	XX	249	XXX

Forma de pago	Tipo de	Cód. país compra	Peso bruto kgs	Peso neto kgs	Código embalaje	No. bultos	Subpartidas	Cód. unidad comercial	Cantidad
05	01	764	13,485.00	12,993.00	BT	2	1	U	1.00

Valor FOB USD: 83,500.00	Valor fletes USD: 2,610.00	
Valor seguros USD: 11.00	Valor otros gastos USD: 0.00	
Sumatoria de fletes, seguros y otros gastos USD: 2,621.00	Ajuste valor USD: 0.00	
Valor aduana USD: 86,121.00	Código registro o licencia: L	Número: 20609618
Cód. oficina: 3 / Año: 2011	Programa No.: XXXXXXXXXX	Cód. marca de producto: 0

Concepto	%	Base	Total liquidado ($)	Total a pagar con esta declaración ($)	Total liquidado (USD)
Arancel	0.00	166,726,811	0	0	0
IVA	16.00	166,726,811	26,676,000	0	0
Salvaguardia	0.00	0	0	0	0
Derechos compensatorios	0.00	0	0	0	0
Derechos antidumping	0	0	0	0	0
Sanción	0	0	0	0	
Rescate	0	0	0	0	
		Total	26,676,000		0

[illegible] CODIGO U.A.P 453, FINALIZACION DE REGIMEN DE IMPORTACION TEMPORAL A CORTO PLAZO A IMPORTACION DEFINITIVA, NOS AC[OGEMOS] AL DECRETO 2685 DE 1999 ARTICULO: 156 LITERAL C, MODIFICADO POR LOS DECRETOS 1198 DE 2000 ARTICULO: 15, DECRETO 1232 DEL 20[01] ARTICULO: 15 Y DECRETO 4136 DE 2004 ARTICULO: 31, NOS ACOGEMOS A LA RESOLUCION 846 DEL 2007 DE LA CAN. NOS ACOGEMOS AL ARTICU[LO] [illegible] DE LA RESOLUCION 0007310 DEL 29/07/2010, CIRCULAR 030 DEL 20/08/2010. MAQUINARIA INDUSTRIAL Y DE CONSTRUCCION, PARA SER UTILIZADAS FUERA DE LA RED DE CARRETERAS. MERCANCIA NUEVA., NOMBRE COMERCIAL: COMPACTADOR DE TIERRA, MARCA: VOLVO, MODELO: SD10D, AÑO DE FABRICACION: 2011 SERIAL: 196940 , MOTOR MARCA: CUMMINS, MODELO: B4.5 SERIAL: 30754514. CON LLAVES Y DEMAS ACCESORIOS PARA SU NORMAL FUNCIONAMIENTO. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Valor pagos anteriores: 0	Recibo oficial de pago anterior No.: XXXXXXXXXXXXXXX	Fecha: XXXX XX XX
Espacio reservado DIAN - Aplicación aduanera	Espacio reservado otras entidades	No. Aceptación declaración: 482011000478796 / Fecha: 2011 12 20
Levante No. 482011000413944	Fecha: 2011 - 12 - 20	Firma funcionario responsable / No. [illegible]

Firma declarante

997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora (Fecha efectiva de la transacción)

Coloque el timbre de la máquina registradora al dorso de este formulario

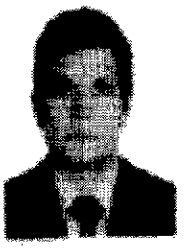
980. Pago Total $ 0

999. Espacio para autoadhesivo de la entidad recaudadora (Número del adhesivo)

HELM
Autoadhesivo 14502030584980
Fecha presentación 2011-12-20 18:18:00
Valor pagado $0

Fecha de Impresión: 2011-12-20 18:13:03

Consejo Profesional
Nacional de Ingeniería
Eléctrica, Mecánica
y Profesiones Afines



Titular NICOLÁS
PASCUAS ARAÚJO

D.N. 1.018.424.918

Ingeniero MECÁNICO

Matrícula CN230-88791

Matrícula Nro. 84/2013

Fecha de Exp. 11/12/2013

3285

480

COM & CON

PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA

SG-SST
F-15
Versión 02
Fecha de vigencia junio de 2020

Obra	Maquina o equipo	Operador	Identificación	FECHA
Martires CIV	Minicargador Bobcat s 570	Camilo Garzon	79217370	23 NOV 2020 28 NOV 2020

Cod Equipo	Licencia de conduccion del operador				Vence				Vence
	Categoria	corresponde a la categoria	vigencia	Requiere SOAT:	dia	mes	año	Requiere Revision Tecnico Mecanica y de gases	dia mes año
009	C2	Publico	14/04/27						

Firma operador: [signature] Firma Residente SST: [signature] 460

B --> Bueno | M --> Malo | N.A --> No aplica

No.	Descripción	Estado						
A	Estado de la Máquina	lun	mar	mir	jue	vier	sab	observaciones
1	Estado de orugas o llantas	B	B	B	B	B	B	
2	El sistema hidráulico tiene fugas	B	B	B	B	B	B	
3	Estado de mangueras y acoples para el sistema hidráulico y neumático	B	B	B	B	B	B	
4	Condiciones de los frenos	B	B	B	B	B	B	
5	Estado de Instrumentos y mandos	B	B	B	B	B	B	
6	Estado del pito	B	B	B	B	B	B	
7	Alarma de retroceso	B	B	B	B	B	B	
8	Estado de los Espejos	B	B	B	B	B	B	
9	Estado de las luces delanteras	B	B	B	B	B	B	
10	Estado de las luces direccionales y parqueo	N.A	NA	NA	NA	N.A	N.A	
11	Estado de las luces traseras	B	B	B	B	B	B	
12	Estado de limpia-brisas	N.A	NA	NA	NA	N A	N.A	
13	Estado del freno de emergencia	B	B	B	B	B	B	
14	Estado de lubricación	B	B	B	B	B	B	
15	Estado de cuchilla y soporte	B	B	B	B	B	B	
16	Estado de cargador y balde	B	B	B	B	B	B	
17	Estado malacates o diferenciales	N.A	N.A	N.A	NA	N B	NA	
18	Está dotada de botiquín de primeros auxilios o se tiene acceso a uno de estos en el frente de trabajo, o area de trabajo.	B	B	B	B	B	B	
19	Está dotado de extintor	B	B	B	B	B	B	
20	La cabina está despejada y no se almacenan combustibles en ella.	B	B	B	B	B	B	
21	La maquinaria está correctamente pintada y los pasadores se encuentran en buen estado.	B	B	B	B	B	B	
22	El tanque de combustible no presenta fugas y posee tapa.	B	B	B	B	B	B	
23	Esta dotado o se tiene acceso al kit ambiental en el frente de trabajo?	B	B	B	B	B	B	
24	Estado del cinturon de seguridad	B	B	B	B	B	B	
25	Estado de las Escaleras y Apoyos.	B	B	B	B	B	B	
26	Posee kit de carretera y herramientas (si lo requiere)	B	B	B	B	B	B	
27	Estado de la cabina y asientos.	B	B	B	B	B	B	
	HOROMETRO DIARIO	1920	1925	1926	1929	1931	1933	
HORA LIMPIEZA AM		7:00	7:00	7:00	7:00	700	7:00	
HORA LIMPIEZA PM		12:00	4:00	2:00	12 m	3:00	12 m	
FIRMA DEL OPEREADOR		[signature]						
FIRMA REISDENTE		[signature]						

CON & CON CONSULTORIA Y CONSTRUCCION

PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA

Versión 02

Fecha de vigencia junio de 2020

Obra	Maquina o equipo	Operador	Identificación	FECHA
Martires Civ 9	Bobcat E35	Wilson Rodriguez	80090178	23 NOV 2020 28 NOV 2020

Cod Equipo	Licencia de conduccion del operador: Categoria	corresponde a la categoria	vigencia	Vence	Requier e SOAT:	Vence	Requiere Revision Tecnico Mecanica y/o de gases
137-2019 010							

Firma operador: Wilson Rodriguez Firma Residente SST: HSEQ

B --> Bueno M --> Malo N.A --> No aplica

No.	Descripción	Estado						observaciones
A	Estado de la Maquina	lun	mar	mier	jue	vier	sab	
1	Estado de orugas o llantas	B	B	B	B	B	B	
2	El sistema hidráulico tiene fugas	B	B	B	B	B	B	
3	Estado de mangueras y acoples para el sistema hidráulico y neumático	B	B	B	B	B	B	
4	Condiciones de los frenos	B	B	B	B	B	B	
5	Estado de instrumentos y mandos	B	B	B	B	B	B	
6	Estado del pito	B	B	B	B	B	B	
7	Alarma de retroceso	B	B	B	B	B	B	
8	Estado de los Espejos	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
9	Estado de las luces delanteras	B	B	B	B	B	B	
10	Estado de las luces direccionales y parqueo	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
11	Estado de las luces traseras	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
12	Estado de limpia-brisas	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
13	Estado del freno de emergencia	B	B	B	B	B	B	
14	Estado de lubricación	B	B	B	B	B	B	
15	Estado de cuchilla y soporte	B	B	B	B	B	B	
16	Estado de cargador y balde	B	B	B	B	B	B	
17	Estado malacates o diferenciales	B	B	B	B	B	B	
18	Está dotada de botiquín de primeros auxilios o se tiene acceso a uno de estos en el frente de trabajo, o area de trabajo.	B	B	B	B	B	B	
19	Está dotado de extintor	B	B	B	B	B	B	
20	La cabina está despejada y no se almacenan combustibles en ella.	B	B	B	B	B	B	
21	La maquinaria está correctamente pintada y los pasadores se encuentran en buen estado.	B	B	B	B	B	B	
22	El tanque de combustible no presenta fugas y posee tapa.	B	B	B	B	B	B	
23	Esta dotado o se tiene acceso al kit ambiental en el frente de trabajo?	B	B	B	B	B	B	
24	Estado del cinturon de seguridad	B	B	B	B	B	B	
25	Estado de las Escaleras y Apoyos.	B	B	B	B	B	B	
26	Posee kit de carretera y herramientas (si lo requiere)	B	B	B	B	B	B	
27	Estado de la cabina y asientos.	B	B	B	B	B	B	
	HOROMETRO DIARIO	5153	5153	5341	5368.7	5373.2	5410.2	
	HORA LIMPIEZA AM	7:00	7:00	7:00	7:00	7:00	7:00	
	HORA LIMPIEZA PM	12:00	12:00	12:00	12:00	12:00	12:00	
	FIRMA DEL OPEREADOR Wilson Rodriguez							
	FIRMA REISDENTE	Yaileni G						

3286 481

CON & CON CONSULTORIA Y CONSTRUCCION

PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA

SG-SST
F-15
Versión 02
Fecha de vigencia junio de 2020

Obra	Maquina o equipo	Operador	Identificación	FECHA
Martires Civ 1819	Bobcat S570 Minicargador	Camilo Garzón	79217 370	21-DIC-2020 26-DIC-2020

Cod Equipo	Licencia de conduccion del operador			Requiere SOAT:	Vence			Requiere Revision Tecnico Mecanica y de gases	Vence		
	Categoria	corresponde a la categoria	vigencia		dia	mes	año		dia	mes	año
009											

Firma operador:		Firma Residente SST:	HGB

B --> Bueno M --> Malo N.A --> No aplica

No.	Descripción	Estado						
A	Estado de la Máquina	lun	mar	mir	jue	vier	sab	observaciones
1	Estado de orugas o llantas	B	B	B				
2	El sistema hidráulico tiene fugas	B	B	B				
3	Estado de mangueras y acoples para el sistema hidráulico y neumático	B	B	B				
4	Condiciones de los frenos	B	B	B				
5	Estado de instrumentos y mandos	B	B	B				
6	Estado del pito	B	B	B				
7	Alarma de retroceso	B	B	B				
8	Estado de los Espejos	B	B	B				
9	Estado de las luces delanteras	B	B	B				
10	Estado de las luces direccionales y parqueo	B	B	B				
11	Estado de las luces traseras	B	B	B				
12	Estado de limpia-brisas	NA	NA	NA				
13	Estado del freno de emergencia	B	B	B				
14	Estado de lubricación	B	B	B				
15	Estado de cuchilla y soporte	B	B	B				
16	Estado de cargador y balde	B	B	B				
17	Estado malacates o diferenciales	NA	NA	NA				
18	Está dotada de botiquín de primeros auxilios o se tiene acceso a uno de estos en el frente de trabajo, o area de trabajo.	B	B	B				
19	Está dotado de extintor	B	B	B				
20	La cabina está despejada y no se almacenan combustibles en ella.	B	B	B				
21	La maquinaria está correctamente pintada y los pasadores se encuentran en buen estado.	B	B	B				
22	El tanque de combustible no presenta fugas y posee tapa.	B	B	B				
23	Esta dotado o se tiene acceso al kit ambiental en el frente de trabajo?	B	B	B				
24	Estado del cinturon de seguridad	B	B	B				
25	Estado de las Escaleras y Apoyos.	B	B	B				
26	Posee kit de carretera y herramientas (si lo requiere)	NA	NA	NA				
27	Estado de la cabina y asientos.	B	B	B				
	HOROMETRO DIARIO	2003	2007	2082				
HORA LIMPIEZA AM		7:00am	7:00	7:00				
HORA LIMPIEZA PM		12:00pm	12m	12m				

FIRMA DEL OPEREADOR	
FIRMA REISDENTE	Milena Gil

CON & CON
CONSULTORIA Y CONSTRUCCION

PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA

Versión 02

Fecha de vigencia junio de 2020

Obra	Maquina o equipo	Operador	Identificación	FECHA
Martires Gv 9	VIBRO COMPACTADOR	Carlos Cubides	1.136.880.703	14 DIC -2020 16 DIC 2020

Cod Equipo	Licencia de conduccion del operador				Vence	Requiere Revision Tecnico Mecanica y de gases	Vence
	Categoria	corresponde a la categoria	vigencia	Requier e SOAT.			
012							

Firma operador: [signature] Firma Residente SST: HSE

B --> Bueno M --> Malo N.A --> No aplica

No.	Descripción	Estado						
A	Estado de la Máquina	lun	mar	mir	jue	vier	sab	observaciones
1	Estado de orugas o llantas		B	B				
2	El sistema hidráulico tiene fugas		B	B				
3	Estado de mangueras y acoples para el sistema hidráulico y neumático		B	B				
4	Condiciones de los frenos		B	B				
5	Estado de instrumentos y mandos		B	B				
6	Estado del pito		B	B				
7	Alarma de retroceso		B	B				
8	Estado de los Espejos		B	B				
9	Estado de las luces delanteras		B	B				
10	Estado de las luces direccionales y parqueo		N/A	N/A				
11	Estado de las luces traseras		B	B				
12	Estado de limpia-brisas		N/A	N/A				
13	Estado del freno de emergencia		B	B				
14	Estado de lubricación		B	B				
15	Estado de cuchilla y soporte		N/A	N/A				
16	Estado de cargador y balde		N/A	N/A				
17	Estado malacates o diferenciales		N/A	N/A				
18	Está dotada de botiquín de primeros auxilios o se tiene acceso a uno de estos en el frente de trabajo, o area de trabajo.		B	B				
19	Está dotado de extintor		B	B				
20	La cabina esta despejada y no se almacenan combustibles en ella.		B	B				
21	La maquinaria está correctamente pintada y los pasadores se encuentran en buen estado.		B	B				
22	El tanque de combustible no presenta fugas y posee tapa.		B	B				
23	Esta dotado o se tiene acceso al kit ambiental en el frente de trabajo?		B	B				
24	Estado del cinturon de seguridad		B	B				
25	Estado de las Escaleras y Apoyos.		B	B				
26	Posee kit de carretera y herramientas (si lo requiere)		B	B				
27	Estado de la cabina y asientos.		B	B				
	HOROMETRO DIARIO		3095	3096				
	HORA LIMPIEZA AM		7:00	7:00				
	HORA LIMPIEZA PM		12:00	12:00				
	FIRMA DEL OPEREADOR		[signature]					
	FIRMA REISDENTE		Milena Gil					

3287 489

CON CON CONSULTORIA Y CONSTRUCCION

PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA

SG-SST
F-15
Versión 02
Fecha de vigencia junio de 2020

Obra	Maquina o equipo	Operador	Identificación	FECHA
GU 9 martires	Bobcat 5510 minicargador	Camilo Garcon	79217370	28 Dic 2020 02 Ener - 2020

Cod Equipo	Licencia de conduccion del operador			Requiere SOAT:	Vence			Requiere Revision Tecnico Mecanica y de gases	Vence		
	Categoria	corresponde a la categoria	vigencia		día	mes	año		dia	mes	año
009											

Firma operador: [signature]

Firma Residente SST: [signature]

B --> Bueno | M --> Malo | N.A --> No aplica

No.	Descripción	Estado						
A	Estado de la Máquina	lun	mar	mir	jue	vier	sab	observaciones
1	Estado de orugas o llantas	B	B	B	B			
2	El sistema hidráulico tiene fugas	B	B	B	B			
3	Estado de mangueras y acoples para el sistema hidráulico y neumático	B	B	B	B			
4	Condiciones de los frenos	B	B	B	B			
5	Estado de instrumentos y mandos	B	B	B	B			
6	Estado del pito	B	B	B	B			
7	Alarma de retroceso	B	B	B	B			
8	Estado de los Espejos	B	B	B	B			
9	Estado de las luces delanteras	B	B	B	B			
10	Estado de las luces direccionales y parqueo	NA	NA	NA	NA			
11	Estado de las luces traseras	B	B	B	B			
12	Estado de limpia-brisas	NA	NA	NA	NA			
13	Estado del freno de emergencia	B	B	B	B			
14	Estado de lubricación	B	B	B	B			
15	Estado de cuchilla y soporte	B	B	B	B			
16	Estado de cargador y balde	B	B	B	B			
17	Estado malacates o diferenciales	NA	NA	NA	NA			
18	Está dotada de botiquín de primeros auxilios o se tiene acceso a uno de estos en el frente de trabajo, o area de trabajo.	B	B	B	B			
19	Está dotado de extintor	B	B	B	B			
20	La cabina está despejada y no se almacenan combustibles en ella.	B	B	B	B			
21	La maquinaria está correctamente pintada y los pasadores se encuentran en buen estado.	B	B	B	B			
22	El tanque de combustible no presenta fugas y posee tapa.	B	B	B	B			
23	Esta dotado o se tiene acceso al kit ambiental en el frente de trabajo?	B	B	B	B			
24	Estado del cinturon de seguridad	B	B	B	B			
25	Estado de las Escaleras y Apoyos.	B	B	B	B			
26	Posee kit de carretera y herramientas (si lo requiere)	N.A	NA	NA	NA			
27	Estado de la cabina y asientos.	B	B	B	B			
	HOROMETRO DIARIO	2016	2021	2024	2030			
HORA LIMPIEZA AM		7:00	7:00	7:00	7:00			
HORA LIMPIEZA PM		12:m	1:00	12:00	1:00			

FIRMA DEL OPEREADOR	[signature]
FIRMA REISDENTE	Milena Gil

CON & CON CONSULTORIA Y CONSTRUCCION

PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA

SG-SST
F-15
Versión 02
Fecha de vigencia junio de 2020

Obra	Maquina o equipo	Operador	Identificación	FECHA
Martires Cra 9	Cat 313 D2	Oswaldo Chacon	1'234.097	21-DIC-2020 26-DIC-2020

Cod Equipo	Licencia de conduccion del operador			Requiere SOAT:	Vence			Requiere Revision Tecnico Mecanica y de gases	Vence		
	Categoria	corresponde a la categoria	vigencia		dia	mes	año		dia	mes	año
005	313										

Firma operador: Oswaldo Chacon — Firma Residente SST: [illegible]

B --> Bueno M --> Malo N.A --> No aplica

No.	Descripción	Estado						
A	Estado de la Máquina	lun	mar	mir	jue	vier	sab	observaciones
1	Estado de orugas o llantas	B	B					
2	El sistema hidráulico tiene fugas	B	B					
3	Estado de mangueras y acoples para el sistema hidráulico y neumático	B	B					
4	Condiciones de los frenos	B	B					
5	Estado de instrumentos y mandos	B	B					
6	Estado del pito	B	B					
7	Alarma de retroceso	B	B					
8	Estado de los Espejos	B	B					
9	Estado de las luces delanteras	B	B					
10	Estado de las luces direccionales y parqueo	N/A	N/A					
11	Estado de las luces traseras	N/A	N/A					
12	Estado de limpia-brisas	B	B					
13	Estado del freno de emergencia	B	B					
14	Estado de lubricación	B	B					
15	Estado de cuchilla y soporte	B	B					
16	Estado de cargador y balde	B	B					
17	Estado malacates o diferenciales	B	B					
18	Está dotada de botiquín de primeros auxilios o se tiene acceso a uno de estos en el frente de trabajo, o area de trabajo.	B	B					
19	Está dotado de extintor	B	B					
20	La cabina está despejada y no se almacenan combustibles en ella.	B	B					
21	La maquinaria está correctamente pintada y los pasadores se encuentran en buen estado.	B	B					
22	El tanque de combustible no presenta fugas y posee tapa.	B	B					
23	Esta dotado o se tiene acceso al kit ambiental en el frente de trabajo?	B	B					
24	Estado del cinturon de seguridad	B	B					
25	Estado de las Escaleras y Apoyos.	B	B					
26	Posee kit de carretera y herramientas (si lo requiere)	N/A	N/A					
27	Estado de la cabina y asientos.	B	B					
	HOROMETRO DIARIO	67	66	4				
HORA LIMPIEZA AM		7:00	7:00					
HORA LIMPIEZA PM		12:00	12:00					
FIRMA DEL OPEREADOR		Oswaldo Chacon						
FIRMA REISDENTE		Milena 61						

3288483

COM & COM CONSTRUCCIONES Y CONSTRUCCION

PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA

SG-SST
F-15
Version 02
Fecha de vigencia junio de 2020

Obra	Maquina o equipo	Operador	Identificación	FECHA
Martires cra 9	313 D2	Oswaldo Charcón	11'234.097	28-DIC-20 02-ENE-20

Cod Equipo	Licencia de conduccion del operador			Requiere SOAT:	Vence			Requiere Revision Tecnico Mecanica y de gases	Vence		
	Categoria	corresponde a la categoria	vigencia		día	mes	año		día	mes	año
CO5											

Firma operador: Oswaldo Charcón

Firma Residente SST:

B --> Bueno | M --> Malo | N.A --> No aplica

No.	Descripción	Estado						
A	Estado de la Máquina	lun	mar	mier	jue	vier	sab	observaciones
1	Estado de orugas o llantas	B	B					
2	El sistema hidráulico tiene fugas	B	B					
3	Estado de mangueras y acoples para el sistema hidráulico y neumático	B	B					
4	Condiciones de los frenos	B	B					
5	Estado de instrumentos y mandos	B	B					
6	Estado del pito	B	B					
7	Alarma de retroceso	B	B					
8	Estado de los Espejos	B	B					
9	Estado de las luces delanteras	B	B					
10	Estado de las luces direccionales y parqueo	N/A	N/A					
11	Estado de las luces traseras	N/A	N/A					
12	Estado de limpia-brisas	B	B					
13	Estado del freno de emergencia	B	B					
14	Estado de lubricación	B	B					
15	Estado de cuchilla y soporte	B	B					
16	Estado de cargador y balde	B	B					
17	Estado malacates o diferenciales	B	B					
18	Está dotada de botiquín de primeros auxilios o se tiene acceso a uno de estos en el frente de trabajo, o area de trabajo.	B	B					
19	Está dotado de extintor	B	B					
20	La cabina está despejada y no se almacenan combustibles en ella.	B	B					
21	La maquinaria está correctamente pintada y los pasadores se encuentran en buen estado.	B	B					
22	El tanque de combustible no presenta fugas y posee tapa.	B	B					
23	Esta dotado o se tiene acceso al kit ambiental en el frente de trabajo?	B	B					
24	Estado del cinturon de seguridad	B	B					
25	Estado de las Escaleras y Apoyos.	B	B					
26	Posee kit de carretera y herramientas (si lo requiere)	N/A	N/A					
27	Estado de la cabina y asientos.	B	B					
	HOROMETRO DIARIO	7000	7075					
HORA LIMPIEZA AM		7:00am	7:00					
HORA LIMPIEZA PM		12:00pm	12:00pm					
FIRMA DEL OPEREADOR		Oswaldo Charcón						
FIRMA REISDENTE		Milena Gil						

CON CON CONSULTORIA Y CONSTRUCCION

PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA

SG-SST
F-15
Versión 02
Fecha de vigencia junio de 2020

Obra	Maquina o equipo	Operador	Identificación	FECHA
Martires Civ 9	Vibro	Carlos Cubides	1.136.880.303	28-Dic-20 02-Ener-20

Cod Equipo	Licencia de conduccion del operador			Requiere SOAT:	Vence			Requiere Revision Tecnico Mecanica y de gases	Vence		
	Categoria	corresponde a la categoria	vigencia		día	mes	año		día	mes	año
012											

Firma operador: [signature]

Firma Residente SST: [signature]

B --> Bueno M --> Malo N.A --> No aplica

No.	Descripción	Estado						
A	Estado de la Máquina	lun	mar	mir	jue	vier	sab	observaciones
1	Estado de orugas o llantas	B	B	B				
2	El sistema hidráulico tiene fugas	B	B	B				
3	Estado de mangueras y acoples para el sistema hidráulico y neumático	B	B	B				
4	Condiciones de los frenos	B	B	B				
5	Estado de instrumentos y mandos	B	B	B				
6	Estado del pito	B	B	B				
7	Alarma de retroceso	B	B	B				
8	Estado de los Espejos	B	B	B				
9	Estado de las luces delanteras	B	B	B				
10	Estado de las luces direccionales y parqueo	N/A	N/A	N/A				
11	Estado de las luces traseras	B	B	B				
12	Estado de limpia-brisas	N/A	N/A	N/A				
13	Estado del freno de emergencia	B	B	B				
14	Estado de lubricación	B	B	B				
15	Estado de cuchilla y soporte	N/A	N/A	N/A				
16	Estado de cargador y balde	N/A	N/A	N/A				
17	Estado malacates o diferenciales	N/A	N/A	N/A				
18	Está dotada de botiquin de primeros auxilios o se tiene acceso a uno de estos en el frente de trabajo, o area de trabajo.	B	B	B				
19	Está dotado de extintor	B	B	B				
20	La cabina está despejada y no se almacenan combustibles en ella.	B	B	B				
21	La maquinaria está correctamente pintada y los pasadores se encuentran en buen estado.	B	B	B				
22	El tanque de combustible no presenta fugas y posee tapa.	B	B	B				
23	Esta dotado o se tiene acceso al kit ambiental en el frente de trabajo?	B	B	B				
24	Estado del cinturon de seguridad	B	B	B				
25	Estado de las Escaleras y Apoyos.	B	B	B				
26	Posee kit de carretera y herramientas (si lo requiere)	B	B	B				
27	Estado de la cabina y asientos.	B	B	B				
	HOROMETRO DIARIO	30,93	30,95	30,95				
	HORA LIMPIEZA AM	7:00	7:00	7:00				
	HORA LIMPIEZA PM	12:00	12:00	12:00				
	FIRMA DEL OPEREADOR	[signature]						
	FIRMA REISDENTE	Milena Gil						

3289 484

CON & CON CONSULTORIA Y CONSTRUCCION

PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA

SG-SST
F-15
Versión 02
Fecha de vigencia junio de 2020

Obra	Maquina o equipo	Operador	Identificación	FECHA
Martires Sede 9	minicargador	Camilo Garzon	7921+	2021 04 09/01

Cod Equipo	Licencia de conduccion del operador			Requiere SOAT:	Vence			Requiere Revision Tecnico Mecanica y de gases	Vence		
	Categoria	corresponde a la categoria	vigencia		dia	mes	año		dia	mes	año
009											

Firma operador: [signature] Firma Residente SST: [signature]

B --> Bueno M --> Malo N.A --> No aplica

No.	Descripción	Estado						
A	Estado de la Máquina	lun	mar	mir	jue	vier	sab	observaciones
1	Estado de orugas o llantas	B	B	B	B	B		
2	El sistema hidráulico tiene fugas	B	B	B	B	B		
3	Estado de mangueras y acoples para el sistema hidráulico y neumático	B	B	B	B	B		
4	Condiciones de los frenos	B	B	B	B	B		
5	Estado de instrumentos y mandos	B	B	B	B	B		
6	Estado del pito	B	B	B	B	B		
7	Alarma de retroceso	B	B	B	B	B		
8	Estado de los Espejos	B	B	B	B	B		
9	Estado de las luces delanteras	B	B	B	B	B		
10	Estado de las luces direccionales y parqueo	NA	NA	NA	NA	NA		
11	Estado de las luces traseras	B	B	B	B	B		
12	Estado de limpia-brisas	NA	NA	NA	NA	NA		
13	Estado del freno de emergencia	B	B	B	B	B		
14	Estado de lubricación	B	B	B	B	B		
15	Estado de cuchilla y soporte	B	B	B	B	B		
16	Estado de cargador y balde	B	B	B	B	B		
17	Estado malacates o diferenciales	B	B	B	B	B		
18	Está dotada de botiquín de primeros auxilios o se tiene acceso a uno de estos en el frente de trabajo, o area de trabajo.	B	B	B	B	B		
19	Está dotado de extintor	B	B	B	B	B		
20	La cabina está despejada y no se almacenan combustibles en ella.	B	B	B	B	B		
21	La maquinaria está correctamente pintada y los pasadores se encuentran en buen estado.	B	B	B	B	B		
22	El tanque de combustible no presenta fugas y posee tapa.	B	B	B	B	B		
23	Esta dotado o se tiene acceso al kit ambiental en el frente de trabajo?	B	B	B	B	B		
24	Estado del cinturon de seguridad	B	B	B	B	B		
25	Estado de las Escaleras y Apoyos.	B	B	B	B	B		
26	Posee kit de carretera y herramientas (si lo requiere)	NA	NA	NA	NA	NA		
27	Estado de la cabina y asientos.	B	B	B	B	B		
	HOROMETRO DIARIO	3036	2039	2040	2045	2050		
HORA LIMPIEZA AM		7:00	7:00	7:00	7:00	7:00		
HORA LIMPIEZA PM		12:00	2:00	1:00	1:00	12:00		
FIRMA DEL OPEREADOR		[signature]						
FIRMA REISDENTE		Milena Gil						

COM & COM CONSULTORIA Y CONSTRUCCION	**PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA**	SG-SST F-15 Versión 02 Fecha de vigencia junio de 2020

Obra	Maquina o equipo	Operador	Identificación	FECHA
Mantenimiento	CAT 313D2	Osvaldo Chacon	1123...	04 Ener. 2021 09 Ener. 2021

Cod Equipo	Licencia de conduccion del operador			Requiere SOAT:	Vence			Requiere Revision Tecnico Mecanica y de gases	Vence		
	Categoria	corresponde a la categoria	vigencia		dia	mes	año		dia	mes	año
C05											

Firma operador:	Osvaldo Chacon	Firma Residente SST:	

B --> Bueno M --> Malo N.A --> No aplica

No.	Descripción	Estado						
A	Estado de la Máquina	lun	mar	mir	jue	vier	sab	observaciones
1	Estado de orugas o llantas	B	B	B	B	B	B	
2	El sistema hidráulico tiene fugas	B	B	B	B	B	B	
3	Estado de mangueras y acoples para el sistema hidráulico y neumático	B	B	B	B	B	B	
4	Condiciones de los frenos	B	B	B	B	B	B	
5	Estado de instrumentos y mandos	B	B	B	B	B	B	
6	Estado del pito	B	B	B	B	B	B	
7	Alarma de retroceso	B	B	B	B	B	B	
8	Estado de los Espejos	B	B	B	B	B	B	
9	Estado de las luces delanteras	B	B	B	B	B	B	
10	Estado de las luces direccionales y parqueo	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
11	Estado de las luces traseras	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
12	Estado de limpia-brisas	B	B	B	B	B	B	
13	Estado del freno de emergencia	B	B	B	B	B	B	
14	Estado de lubricación	B	B	B	B	B	B	
15	Estado de cuchilla y soporte	B	B	B	B	B	B	
16	Estado de cargador y balde	B	B	B	B	B	B	
17	Estado malacates o diferenciales	B	B	B	B	B	B	
18	Está dotada de botiquín de primeros auxilios o se tiene acceso a uno de estos en el frente de trabajo, o area de trabajo.	B	B	B	B	B	B	
19	Está dotado de extintor	B	B	B	B	B	B	
20	La cabina está despejada y no se almacenan combustibles en ella.	B	B	B	B	B	B	
21	La maquinaria está correctamente pintada y los pasadores se encuentran en buen estado.	B	B	B	B	B	B	
22	El tanque de combustible no presenta fugas y posee tapa.	B	B	B	B	B	B	
23	Esta dotado o se tiene acceso al kit ambiental en el frente de trabajo?	B	B	B	B	B	B	
24	Estado del cinturon de seguridad	B	B	B	B	B	B	
25	Estado de las Escaleras y Apoyos.	B	B	B	B	B	B	
26	Posee kit de carretera y herramientas (si lo requiere)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
27	Estado de la cabina y asientos.	B	B	B	B	B	B	
	HOROMETRO DIARIO	76	75	79	81	90	93	
HORA LIMPIEZA AM		7:00	7:00	7:00	7:00	7:00	7:00	
HORA LIMPIEZA PM		12:00	12:00	12:00	12:00	12:00	12:00	

FIRMA DEL OPEREADOR	Osvaldo Chacon
FIRMA REISDENTE	Milena G.

3290485

CON CON CONSULTORIA Y CONSTRUCCION

PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA

SG-SST
F-15
Versión 02
Fecha de vigencia junio de 2020

Obra	Maquina o equipo	Operador	Identificación	FECHA
Maitres Civil	Vibro	Carlos A. Cubides	1.136.880.303.	08 Enero 21 / 09 Enero 21

Cod Equipo	Licencia de conduccion del operador			Requiere SOAT:	Vence			Requiere Revision Tecnico Mecanica y de gases	Vence		
	Categoria	corresponde a la categoria	vigencia		dia	mes	año		dia	mes	año
##012											

Firma operador:		Firma Residente SST:	
	AC		YGP

B --> Bueno | M --> Malo | N.A --> No aplica

No.	Descripción	Estado						
A	Estado de la Máquina	lun	mar	mir	jue	vier	sab	observaciones
1	Estado de orugas o llantas	B	B	B	B	B	B	
2	El sistema hidráulico tiene fugas	B	B	B	B	B	B	
3	Estado de mangueras y acoples para el sistema hidráulico y neumático	B	B	B	B	B	B	
4	Condiciones de los frenos	B	B	B	B	B	B	
5	Estado de instrumentos y mandos	B	B	B	B	B	B	
6	Estado del pito	B	B	B	B	B	B	
7	Alarma de retroceso	B	B	B	B	B	B	
8	Estado de los Espejos	B	B	B	B	B	B	
9	Estado de las luces delanteras	B	B	B	B	B	B	
10	Estado de las luces direccionales y parqueo	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
11	Estado de las luces traseras	B	B	B	B	B	B	
12	Estado de limpia-brisas	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
13	Estado del freno de emergencia	B	B	B	B	B	B	
14	Estado de lubricación	B	B	B	B	B	B	
15	Estado de cuchilla y soporte	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
16	Estado de cargador y balde	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
17	Estado malacates o diferenciales	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
18	Está dotada de botiquin de primeros auxilios o se tiene acceso a uno de estos en el frente de trabajo, o area de trabajo.	B	B	B	B	B	B	
19	Está dotado de extintor	B	B	B	B	B	B	
20	La cabina está despejada y no se almacenan combustibles en ella.	B	B	B	B	B	B	
21	La maquinaria está correctamente pintada y los pasadores se encuentran en buen estado.	B	B	B	B	B	B	
22	El tanque de combustible no presenta fugas y posee tapa.	B	B	B	B	B	B	
23	Esta dotado o se tiene acceso al kit ambiental en el frente de trabajo?	B	B	B	B	B	B	
24	Estado del cinturon de seguridad	B	B	B	B	B	B	
25	Estado de las Escaleras y Apoyos.	B	B	B	B	B	B	
26	Posee kit de carretera y herramientas (si lo requiere)	B	B	B	B	B	B	
27	Estado de la cabina y asientos.	B	B	B	B	B	B	
	HOROMETRO DIARIO	3100	3107	3104	3106	3107	3108	
HORA LIMPIEZA AM		7:00	7:00	7:00	7:00	7:00	7:00	
HORA LIMPIEZA PM		12:00	12:00	12:00	12:00	12:00	12:00	

FIRMA DEL OPEREADOR	AC
FIRMA REISDENTE	Milena Gil

PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA

Versión 02

Fecha de vigencia junio de 2020

Obra	Maquina o equipo	Operador	Identificación	FECHA
Hartree Etp 9.	CAT 313 D2	Osvaldo Chacón	1123409197	12/01-2021 16/01-2021

Cod Equipo	Licencia de conduccion del operador			Requiere SOAT:	Vence	Requiere Revision Tecnico Mecanica y de gases	Vence
	Categoria	corresponde a la categoria	vigencia				
005							

Firma operador: Osvaldo Chacón Firma Residente SST:

B --> Bueno M --> Malo N A --> No aplica

No.	Descripción	Estado						
A	Estado de la Máquina	lun	mar	mie	jue	vier	sab	observaciones
1	Estado de orugas o llantas		B	B	B	B	B	
2	El sistema hidráulico tiene fugas		B	B	B	B	B	
3	Estado de mangueras y acoples para el sistema hidráulico y neumático		B	B	B	B	B	
4	Condiciones de los frenos		B	B	B	B	B	
5	Estado de instrumentos y mandos		B	B	B	B	B	
6	Estado del pito		B	B	B	B	B	
7	Alarma de retroceso		B	B	B	B	B	
8	Estado de los Espejos		B	B	B	B	B	
9	Estado de las luces delanteras		B	B	B	B	B	
10	Estado de las luces direccionales y parqueo		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
11	Estado de las luces traseras		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
12	Estado de limpia-brisas		B	B	B	B	B	
13	Estado del freno de emergencia		B	B	B	B	B	
14	Estado de lubricacion		B	B	B	B	B	
15	Estado de cuchilla y soporte		B	B	B	B	B	
16	Estado de cargador y balde		B	B	B	B	B	
17	Estado planetarios o diferenciales		B	B	B	B	B	
18	Está dotada de botiquín de primeros auxilios o se tiene acceso a uno de estos en el frente de trabajo, o area de trabajo.		B	B	B	B	B	
19	Está dotado de extintor		B	B	B	B	B	
20	La cabina está despejada y no se almacenan combustibles en ella.		B	B	B	B	B	
21	La maquinaria está correctamente pintada y los pasadores se encuentran en buen estado		B	B	B	B	B	
22	El tanque de combustible no presenta fugas y posee tapa.		B	B	B	B	B	
23	Esta dotado o se tiene acceso al kit ambiental en el frente de trabajo?		B	B	B	B	B	
24	Estado del cinturon de seguridad		B	B	B	B	B	
25	Estado de las Escaleras y Apoyos.		B	B	B	B	B	
26	Posee kit de carretera y herramientas (si lo requiere)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
27	Estado de la cabina y asientos.		B	B	B	B	B	
	HOROMETRO DIARIO		93	96	100	105	109	
HORA LIMPIEZA AM			7:00	7:00	7:00	7:00	7:00	
HORA LIMPIEZA PM			12:00	12:00	12:30	12:00	12:00	

FIRMA DEL OPEREADOR	Osvaldo Chacon
FIRMA REISDENTE	Yulena Gil

3291 486

CON & CON CONSULTORIA Y CONSTRUCCION

PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA

SG-SST
F-15
Versión 02
Fecha de vigencia junio de 2020

Obra	Maquina o equipo	Operador	Identificación	FECHA
Martires SEC 9	Vibrocompactador	Carlos Cuzides	1.136.880.303	12-01-2021 16-01-2021

Cod Equipo	Licencia de conduccion del operador			Requiere SOAT:	Vence			Requiere Revision Tecnico Mecanica y de gases	Vence		
	Categoria	corresponde a la categoria	vigencia		dia	mes	año		dia	mes	año
012											

Firma operador: | Firma Residente SST: KGB

B --> Bueno | M --> Malo | N.A --> No aplica

No.	Descripción	Estado						
A	Estado de la Máquina	lun	mar	mir	jue	vier	sab	observaciones
1	Estado de orugas o llantas	B	B	B	B	B	B	
2	El sistema hidráulico tiene fugas	B	B	B	B	B	B	
3	Estado de mangueras y acoples para el sistema hidráulico y neumático	B	B	B	B	B	B	
4	Condiciones de los frenos	B	B	B	B	B	B	
5	Estado de instrumentos y mandos	B	B	B	B	B	B	
6	Estado del pito	B	B	B	B	B	B	
7	Alarma de retroceso	B	B	B	B	B	B	
8	Estado de los Espejos	B	B	B	B	B	B	
9	Estado de las luces delanteras	B	B	B	B	B	B	
10	Estado de las luces direccionales y parqueo	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
11	Estado de las luces traseras	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
12	Estado de limpia-brisas	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
13	Estado del freno de emergencia	B	B	B	B	B	B	
14	Estado de lubricación	B	B	B	B	B	B	
15	Estado de cuchilla y soporte	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
16	Estado de cargador y balde	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
17	Estado malacates o diferenciales	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
18	Está dotada de botiquín de primeros auxilios o se tiene acceso a uno de estos en el frente de trabajo, o area de trabajo.	B	B	B	B	B	B	
19	Está dotado de extintor	B	B	B	B	B	B	
20	La cabina está despejada y no se almacenan combustibles en ella.	B	B	B	B	B	B	
21	La maquinaria está correctamente pintada y los pasadores se encuentran en buen estado.	B	B	B	B	B	B	
22	El tanque de combustible no presenta fugas y posee tapa.	B	B	B	B	B	B	
23	Esta dotado o se tiene acceso al kit ambiental en el frente de trabajo?	B	B	B	B	B	B	
24	Estado del cinturon de seguridad	B	B	B	B	B	B	
25	Estado de las Escaleras y Apoyos.	B	B	B	B	B	B	
26	Posee kit de carretera y herramientas (si lo requiere)	B	B	B	B	B	B	
27	Estado de la cabina y asientos.	B	B	B	B	B	B	
	HOROMETRO DIARIO	31.08	31.08	31.09	31.09	31.10	31.11	
	HORA LIMPIEZA AM	7:00	7:00	7:00	7:00	7:00	7:00	
	HORA LIMPIEZA PM	12:00	12:00	12:00	12:00	12:00	12:00	

FIRMA DEL OPEREADOR

FIRMA REISDENTE Milena Gil

CON & CON CONSULTORIA Y CONSTRUCCION

PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA

SG-SST
F-15
Versión 02
Fecha de vigencia junio de 2020

Obra	Maquina o equipo	Operador	Identificación	FECHA
Martires Seg 11	Hitachi 135US	Angel Esparza	1010010098	12-01-21 16-01-21

Cod Equipo	Licencia de conduccion del operador			Requiere SOAT:	Vence			Requiere Revision Tecnico Mecanica y de gases	Vence		
	Categoria	corresponde a la categoria	vigencia		dia	mes	año		dia	mes	año
013											

Firma operador: Angel Esparza

Firma Residente SST: HSB

B --> Bueno M --> Malo N.A --> No aplica

No.	Descripción	Estado						
A	Estado de la Máquina	lun	mar	mir	jue	vier	sab	observaciones
1	Estado de orugas o llantas		B	B	B	B	B	
2	El sistema hidráulico tiene fugas		B	B	B	B	B	
3	Estado de mangueras y acoples para el sistema hidráulico y neumático		B	B	B	B	B	
4	Condiciones de los frenos		NA	NA	NA	NA	NA	
5	Estado de instrumentos y mandos		B	B	B	B	B	
6	Estado del pito		B	B	B	B	B	
7	Alarma de retroceso		NA	NA	NA	NA	NA	
8	Estado de los Espejos		B	B	B	B	B	
9	Estado de las luces delanteras		B	B	B	B	B	
10	Estado de las luces direccionales y parqueo		NA	NA	NA	NA	NA	
11	Estado de las luces traseras		B	B	B	B	B	
12	Estado de limpia-brisas		B	B	B	B	B	
13	Estado del freno de emergencia		B	B	B	B	B	
14	Estado de ubricación		B	B	B	B	B	
15	Estado de cuchilla y soporte		B	B	B	B	B	
16	Estado de cargador y balde		B	B	B	B	B	
17	Estado malacates o diferenciales		NA	NA	NA	NA	NA	
18	Está dotada de botiquín de primeros auxilios o se tiene acceso a uno de estos en el frente de trabajo, o area de trabajo.		B	B	B	B	B	
19	Está dotado de extintor		B	B	B	B	B	
20	La cabina está despejada y no se almacenan combustibles en ella.		B	B	B	B	B	
21	La maquinaria está correctamente pintada y los pasadores se encuentran en buen estado.		B	B	B	B	B	
22	El tanque de combustible no presenta fugas y posee tapa.		B	B	B	B	B	
23	Esta dotado o se tiene acceso al kit ambiental en el frente de trabajo?		NA	NA	NA	NA	NA	
24	Estado del cinturon de seguridad		B	B	B	B	B	
25	Estado de as Escaleras y Apoyos.		B	B	B	B	B	
26	Posee kit de carretera y herramientas (si lo requiere)		NA	NA	NA	NA	NA	
27	Estado de a cabina y asientos.		B	B	B	B	B	
	HOROMETRO DIARIO		8974	8986	8994	9000	9000	
HORA LIMPIEZA AM			7:00	7:00	7:00	7:00	7:00	
HORA LIMPIEZA PM			12:00	12:00	12:00	12:00	12:00	

FIRMA DEL OPEREADOR	Angel Esparza G.
FIRMA REISDENTE	

3292 407

CON CON CONSULTORIA Y CONSTRUCCION

PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA

SG-SST
F-15
Versión 02
Fecha de vigencia junio de 2020

Obra	Maquina o equipo	Operador	Identificación	FECHA
Mártires SEG 9	Sobre / SBS	Jose D. Gil	80071049	13/01/21 16/01/21

Cod Equipo	Licencia de conducción del operador			Requiere SOAT:	Vence			Requiere Revision Tecnico Mecanica y de gases	Vence		
	Categoria	corresponde a la categoria	vigencia		día	mes	año		día	mes	año
001											

Firma operador: Jose D. Gil R. Firma Residente SST: YGD

B --> Bueno M --> Malo N.A --> No aplica

No.	Descripción	Estado						
A	Estado de la Máquina	lun	mar	mir	jue	vier	sab	observaciones
1	Estado de orugas o llantas			B	B	B	B	
2	El sistema hidráulico tiene fugas			B	B	B	B	
3	Estado de mangueras y acoples para el sistema hidráulico y neumático			B	B	B	B	
4	Condiciones de los frenos			B	B	B	B	
5	Estado de instrumentos y mandos			B	B	B	B	
6	Estado del pito			B	B	B	B	
7	Alarma de retroceso			B	B	B	B	
8	Estado de los Espejos			B	B	B	B	
9	Estado de las luces delanteras			B	B	B	B	
10	Estado de las luces direccionales y parqueo			B	B	B	B	
11	Estado de las luces traseras			B	B	B	B	
12	Estado de limpia-brisas			N/A	N/A	N/A	N/A	
13	Estado del freno de emergencia			B	B	B	B	
14	Estado de lubricación			B	B	B	B	
15	Estado de cuchilla y soporte			B	B	B	B	
16	Estado de cargador y balde			B	B	B	B	
17	Estado malacates o diferenciales			N/A	N/A	N/A	N/A	
18	Está dotada de botiquín de primeros auxilios o se tiene acceso a uno de estos en el frente de trabajo, o area de trabajo.			B	B	B	B	
19	Está dotado de extintor			B	B	B	B	
20	La cabina está despejada y no se almacenan combustibles en ella.			B	B	B	B	
21	La maquinaria está correctamente pintada y los pasadores se encuentran en buen estado.			B	B	B	B	
22	El tanque de combustible no presenta fugas y posee tapa.			B	B	B	B	
23	Esta dotado o se tiene acceso al kit ambiental en el frente de trabajo?			B	B	B	B	
24	Estado del cinturon de seguridad			B	B	B	B	
25	Estado de las Escaleras y Apoyos.			B	B	B	B	
26	Posee kit de carretera y herramientas (si lo requiere)			B	B	B	B	
27	Estado de la cabina y asientos.			B	B	B	B	
	HOROMETRO DIARIO			1396	1401	1409	1413	
	HORA LIMPIEZA AM			7:00	7:00	7:00	7:00	
	HORA LIMPIEZA PM			12:00	12:00	12:00	12:00	
	FIRMA DEL OPEREADOR							
	FIRMA REISDENTE			Milena Gil				

ANEXO 10

LISTADO DE VEHÍCULOS

3294 489

CON & CON

FORMATO

LISTADO DE VEHÍCULOS

CONTRATO No. 137 DE 2019

PERIODO 21 AL 26 DE NOVIEMBRE DE 2020
22 DE DICIEMBRE AL 20 DE ENERO DE 2021

CONTRATAR POR PRECIOS UNITARIOS FIJOS POR MONTO AGOTABLE, CON FORMULA DE REAJUSTE LAS OBRAS Y ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACION DE LA MALLA VIAL Y ESPACIO PÚBLICO DE LA LOCALIDAD DE LOS MARTIRES

No.	No. INTERNO	VEHICULO			BOAT		EQUIPO CARRETERA	CONTROL KILOMETRAJE		PRÓXIMO MANTENIMIENTO	OBSERVACIONES
		Placa	Modelo	Tipo	NUMERO	FECHA DE VENCIMIENTO		Periodo actual	Acumulado		
1		TSW 299	2013	VOLQUETA	78965813603725600	1-10-21	ok			250 km	Cambio de aceite
4		SOS611	2014	VOLQUETA	78965815603791900	8-10-21	ok			250 km	Cambio de aceite
6		TZW786	2015	VOLQUETA	77152619602853100	2-11-20	ok			250 km	Cambio de aceite
7		SRL375	2013	VOLQUETA	1523004473601	9-8-21	ok			250 km	Cambio de aceite
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											

NOTAS:
TIPO: Conjunto de caracteristicas que definen la carroceria o el trabajo que desarrolla una Maquina, Equipo o Vehiculo.
No. INTERNO: Identificación asignada por la Maquinaria, Equipo y/o Vehiculos vinculados al Proyecto.
MODELO: Año de fabricación importación o repotenciación de la Maquinaria Equipo y/o Vehiculo
FIRMAS: Las firmas abajo, corresponden a los profesionales responsables de maquinaria y equipos tanto de Obra como de Interventoría, que son los encargados de recopilar y hacer seguimiento a la documentación de maquinaria/equipos y vehículos.

(Firma)
(Nombre) Milena Gil Baquero
Responsable de Maquinaria y Equipos de Contratista de Obra

(Firma)
(Nombre)
Responsable de Maquinaria y Equipos de la Interventoría

Original. Dependencia Responsable de Contrato
1era copia interventor
2da copia. contratista

ANEXO 11

REUNION DEL COPASST

3296 491

CON CON	ACTA DE REUNIÓN	CÓDIGO:	
		VERSIÓN:	0
		FECHA:	02/02/2016
	Acta No.		Página 1 de 2

I. OBJETO

Realizar el comité mensual del copasst.	Lugar: Martires Sec 9 Sec 18 19.
	Fecha: 22 DIC- 2020.
	Hora Inicio: 9:00 AM
	Hora Fin: 11 15 AM

Nombre del Subcontratista:
Pre construcción _ **Construcción** _ **Mantenimiento** _ **Otro** _____ **Tramo** __ **Subtramo**

PARTICIPANTES	FIRMA
Hester García L.	Hester García
Yaser Valle Torez	Yaser Valle Torrez.
Jessica Naranjo H	Jessica Naranjo
Milena Gil Baquero	

III. ORDEN DEL DÍA

VI. TEMAS TRATADOS

- Se le informa al COPASST que es importante mantener a diario el protocolo de bioseguridad. Realizar el cambio de tapabocas diario y desinfección de la ropa y objetos personales.
- Al final de cada tramo realiza La limpieza y desinfección a diario de herramientas, de objetos personales, del tramo, de Lavamanos.
- Se realizaron charlas SST y del protocolo de Bioseguridad
- Se recuerdo el autocuidado en la manipulación del rajón y los riesgos a los que estan expuestos
- Se concientiza al personal en el uso de Parcheto y las precauciones sobre Seguridad vial.
- Se inspeccionan las maquinas y de los elementos de emergencias con acompañamiento del COPASST
- Se hace entrega y reposición de EPP por perdida o desgaste

A. DECISIONES TOMADAS

ANEXO 12

CERTIFICADO DE PAGO DE SALARIOS Y PARAFISCALES

493
3298

CON CON
CONSULTORIA Y CONSTRUCCION

NIT 830.041.411-0

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES Y DE PAGO DE APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES.

Yo, JESUS P. PARDO LLAMAS identificado con cédula de ciudadanía No. 73.090.339 y con Tarjeta Profesional No52249-T de la Junta Central de Contadores, en mi condición de Revisor Fiscal de CONSULTORIA Y CONSTRUCCION S.A.S identificada con NIT. 830.041.411-0, luego de examinar los estados financieros de la empresa de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, certifico que durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles, la empresa realizó el pago de las obligaciones laborales y el pago de aportes a la seguridad social y parafiscales exigidos por la ley y se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Dada en BOGOTA, a los dos (02) días del mes de Febrero de 2021.

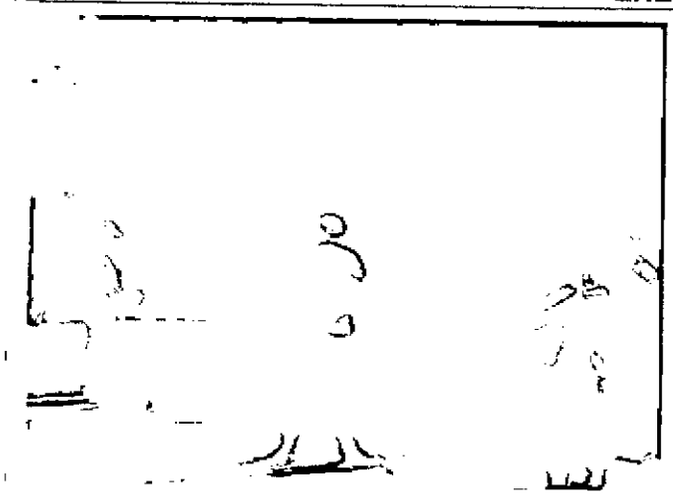
JESUS P. PARDO LLAMAS
C.C.73.090.339 DE C/GENA
REVISOR FISCAL
CONSULTORIA Y CONSTRUCCION S.A.S
T.P. No.52249-T

ANEXO 13

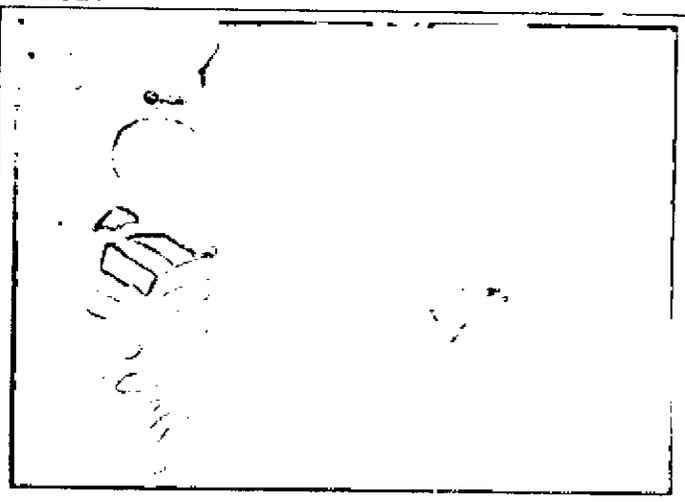
REGISTRO FOTOGRAFICO

3300 475

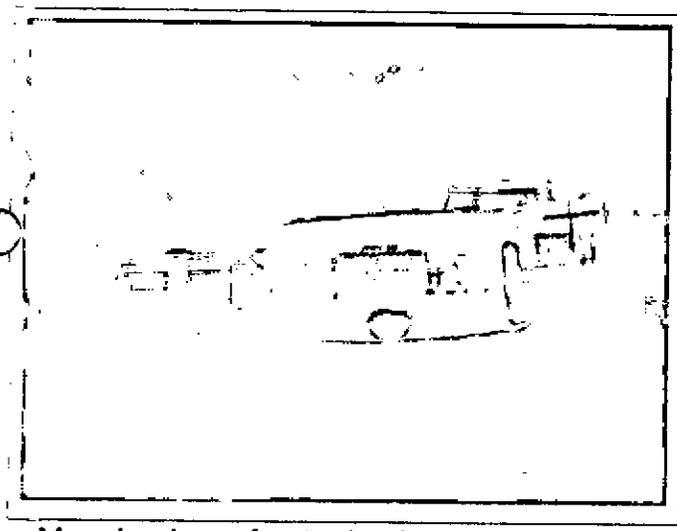
REGISTRO FOTOGRAFICO CONTRATO MARTIRES 137-2019
PERIODO 21 DE NOVIEMBRE AL 26 DE NOVIEMBRE DE 2020, DEL 22 DE DICIEMBRE AL 20 DE ENERO 2021



Inducciones al personal



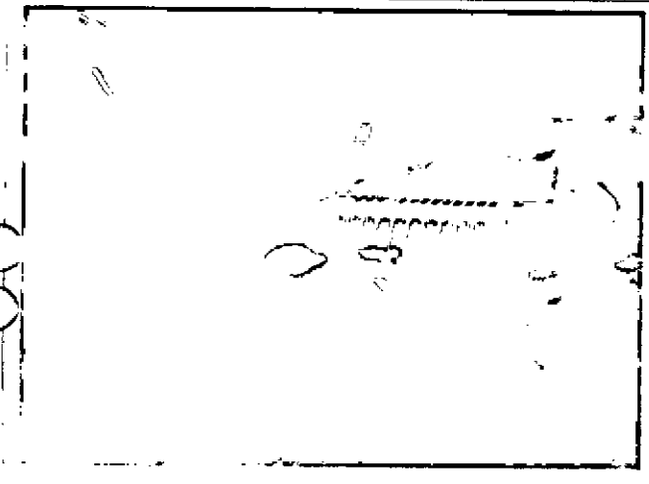
Inducciones al personal



Maquinaria en frente de obra – Segmento 9



Maquinaria en frente de obra – Segmento 9



Maquinaria en frente de obra – Segmento 18,19



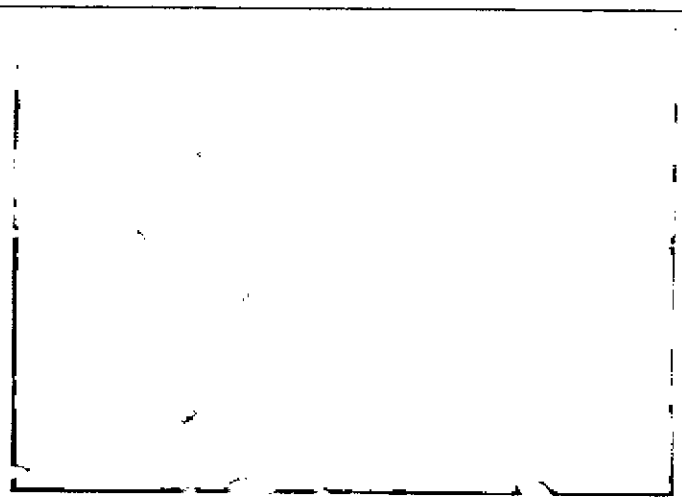
Maquinaria en frente de obra – Segmento 18,19

3301 496

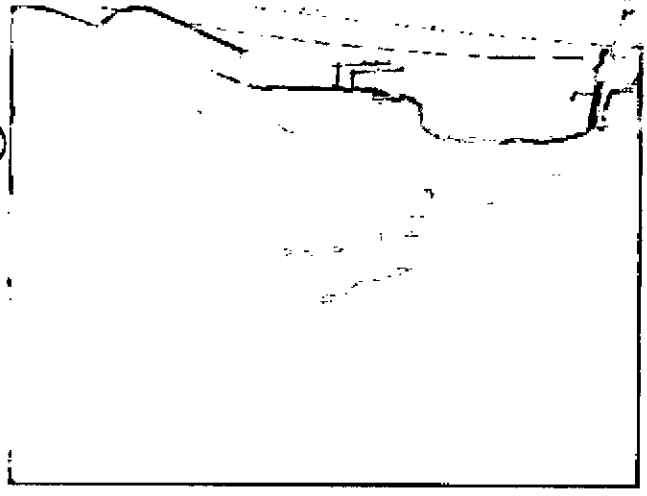
REGISTRO FOTOGRAFICO CONTRATO MARTIRES 137-2019
PERIODO 21 DE NOVIEMBRE AL 26 DE NOVIEMBRE DE 2020, DEL 22 DE DICIEMBRE AL 20 DE ENERO 2021



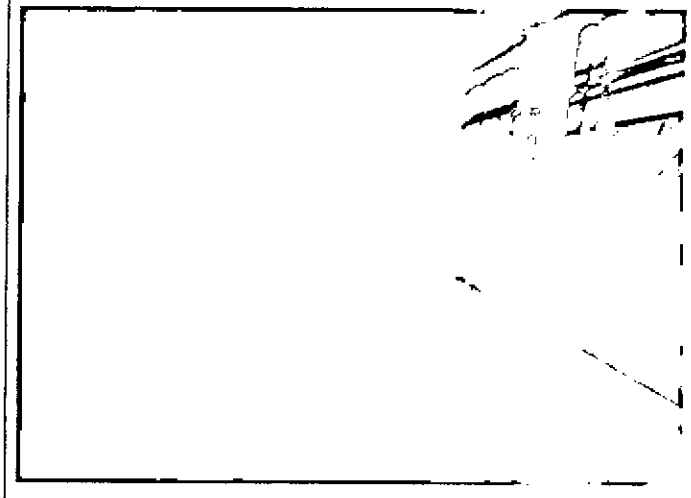
Maquinaria en frente de obra – Segmento 1 y 2



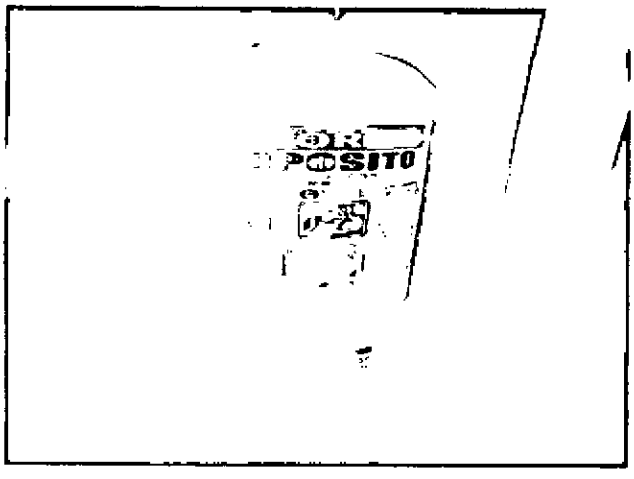
Maquinaria en frente de obra – Segmento 11



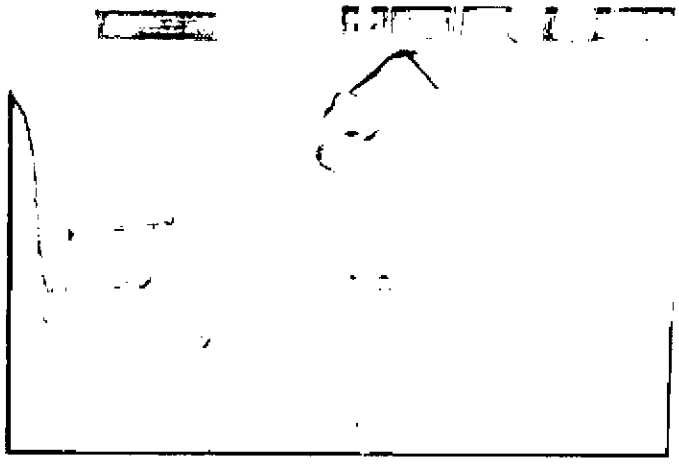
Maquinaria en frente de obra – Segmento 20



Elementos para atención de emergencias - Segmento 18,19



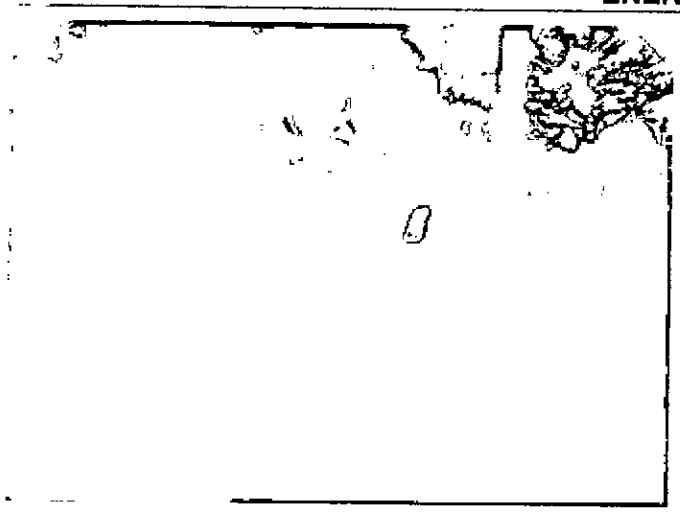
Elementos para atención de emergencias - Segmento 1819



Elementos para atención de emergencias - Segmento 11

3302 477

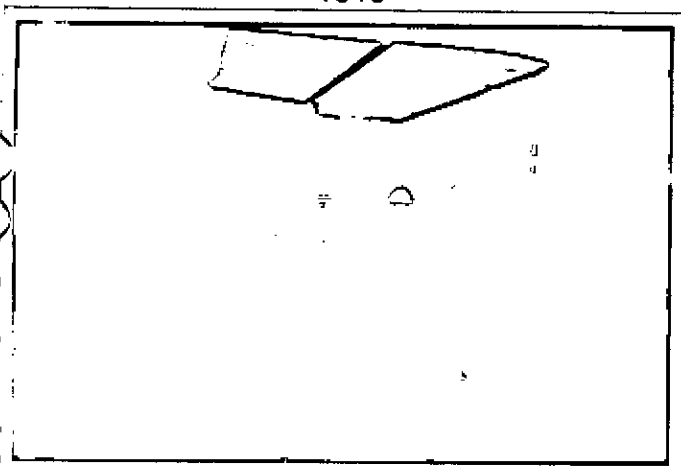
REGISTRO FOTOGRAFICO CONTRATO MARTIRES 137-2019
PERIODO 21 DE NOVIEMBRE AL 26 DE NOVIEMBRE DE 2020, DEL 22 DE DICIEMBRE AL 20 DE ENERO 2021



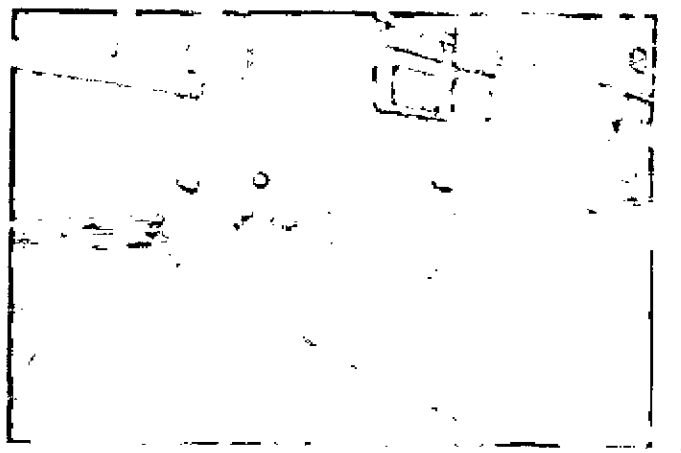
Charlas preoperacionales SST- Segmento 1819



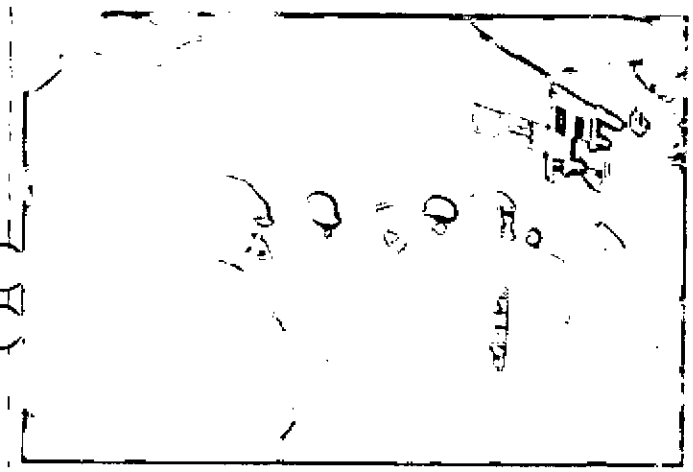
Charlas preoperacionales SST- Segmento 1819



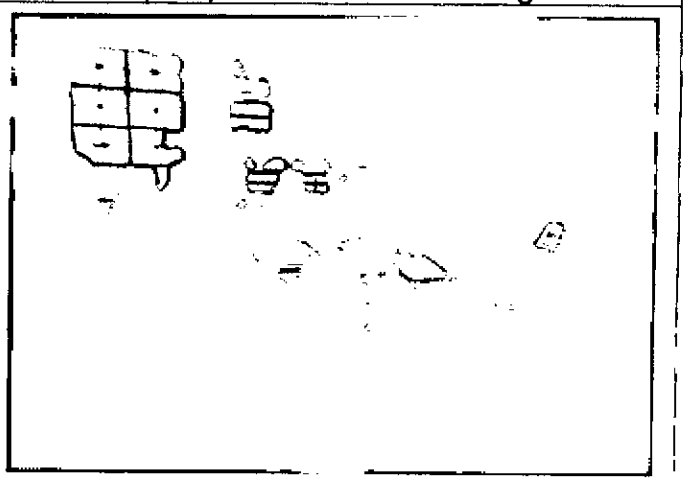
Charlas preoperacionales SST- Segmento 9



Charlas preoperacionales SST- Segmento 9



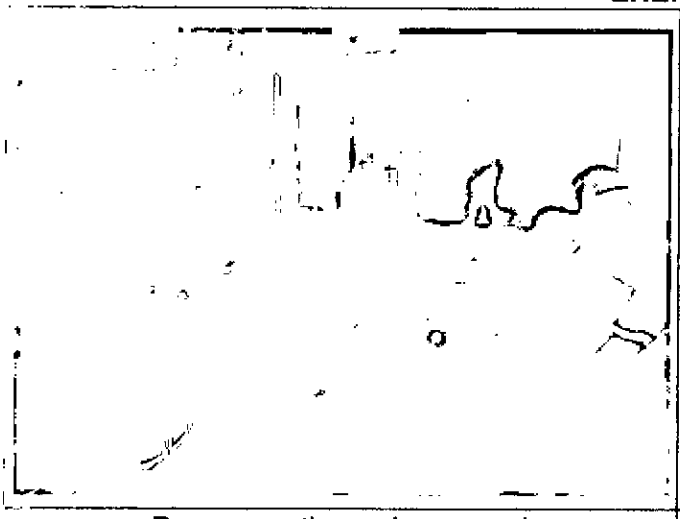
Charlas preoperacionales SST- Segmento 11



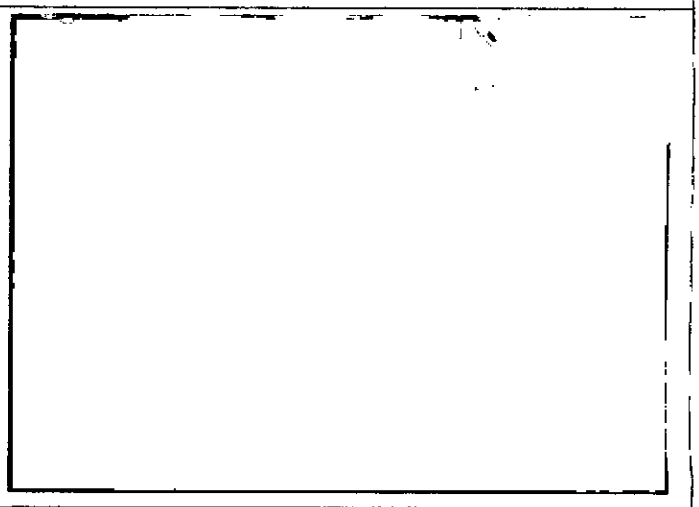
Capacitación SST-Punto Pac

3303 478

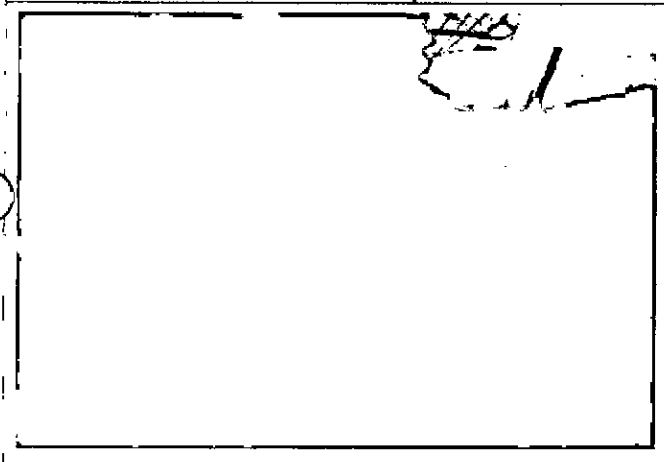
REGISTRO FOTOGRAFICO CONTRATO MARTIRES 137-2019
PERIODO 21 DE NOVIEMBRE AL 26 DE NOVIEMBRE DE 2020, DEL 22 DE DICIEMBRE AL 20 DE ENERO 2021



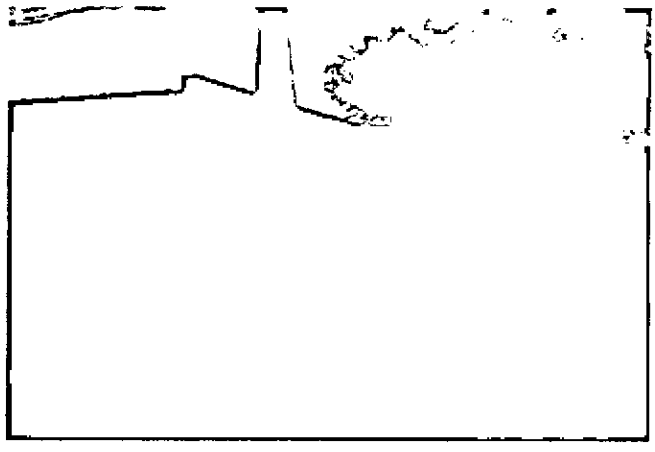
Pausas activas al personal



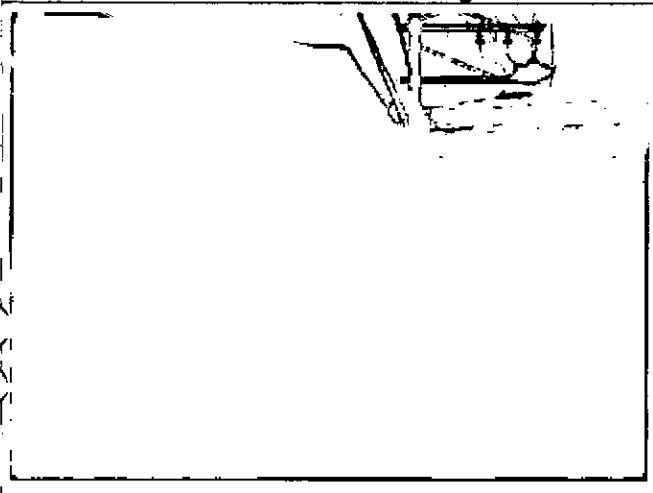
Pausas activas al personal



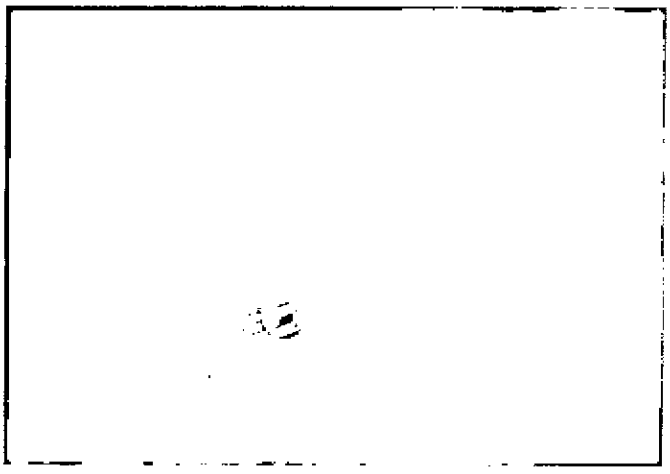
Identificación del Boal- Segmento 9



Identificación del Boal- Segmento 1819



Identificación de la Boal- Segmento 1 y 2



Identificación del Boal- Segmento 11

3304 [illegible]

REGISTRO FOTOGRAFICO CONTRATO MARTIRES 137-2019
PERIODO 21 DE NOVIEMBRE AL 26 DE NOVIEMBRE DE 2020, DEL 22 DE DICIEMBRE AL 20 DE ENERO 2021



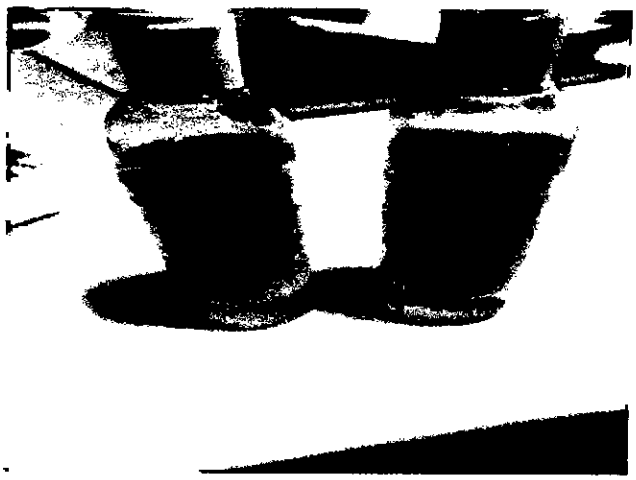
Identificación del Boal- Segmento 20



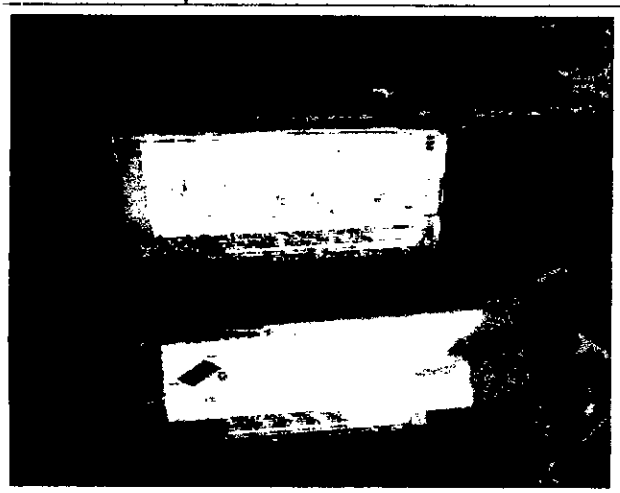
Publicación de políticas y reglamento SST- Segmento 11



Rotulado (reposición) de sustancias químicas- Punto PAC



Rotulado de sustancias químicas- Punto PAC



Rotulado de sustancias químicas- Segmento 9



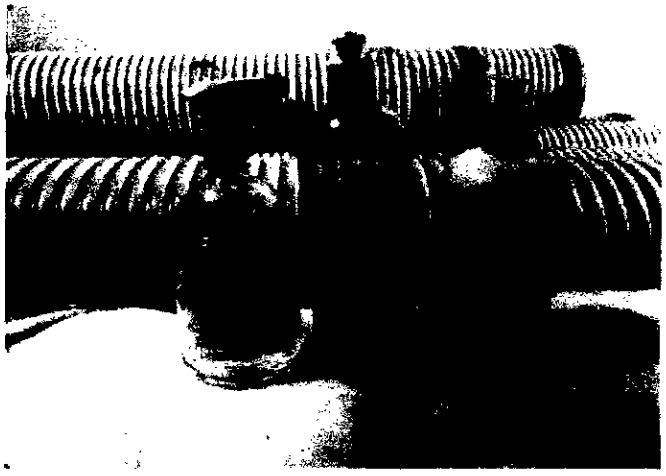
Rotulado (reposición) de sustancias químicas- Segmento 9

3305 306

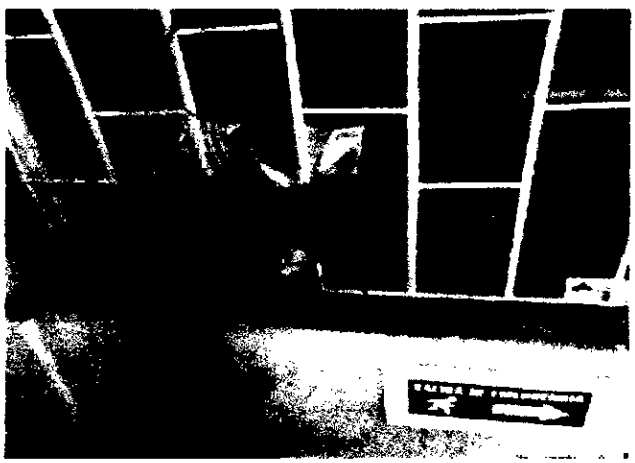
REGISTRO FOTOGRAFICO CONTRATO MARTIRES 137-2019
PERIODO 21 DE NOVIEMBRE AL 26 DE NOVIEMBRE DE 2020, DEL 22 DE DICIEMBRE AL 20 DE ENERO 2021



Rotulado de sustancias químicas- Segmento 1819



Rotulado de sustancias químicas- Segmento 11



Punto de hidratación – Segmento 11



Kit de derrames – Segmento 11

3306 SDT

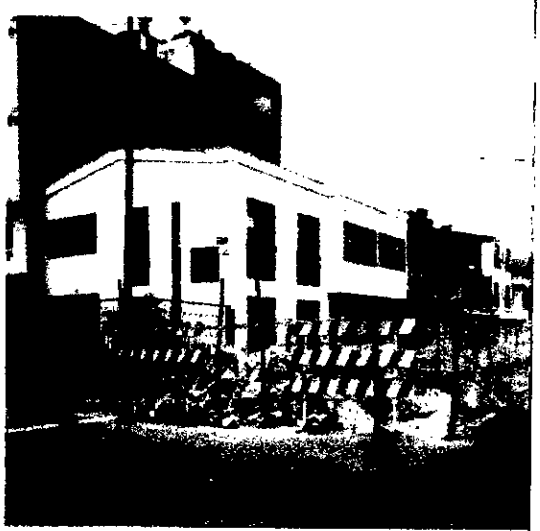
REGISTRO FOTOGRAFICO CONTRATO MARTIRES 137-2019
PERIODO 21 DE NOVIEMBRE AL 26 DE NOVIEMBRE DE 2020, DEL 22 DE DICIEMBRE AL 20 DE ENERO 2021



Elementos de Emergencias en Segmento 10



Lavamanos e insumos de bioseguridad Segmento 10



Pmt y senderos en segmento 10



Cerramiento en segmento 10

CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS POR LA MODALIDAD DE MONTO AGOTABLE, LAS OBRAS Y ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACION DE LA MALLA VIAL Y ESPACIO PÚBLICO DE LA LOCALIDAD DE LOS MARTIRES

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
GOBIERNO
Alcaldía Local de Los Mártires

CONTRATO DE OBRA CO-137-2018

CONTRATISTA

CONSULTORÍA Y CONSTRUCCION SAS - CON & CON SAS

INTERVENTORÍA

MIRS LATINOAMERICA S.A.S

ELABORO:	REVISO:	APROBO:
ING.MILENA GIL B	ING. JAVIER PERILLA	ING. CLAUDIA EUGENIA PALOMARES
FIRMA:	FIRMA:	FIRMA:
CARGO: Residente sst del contratista	CARGO: Director de Obra	CARGO: Residente sst Interventoría

INTRODUCCIÓN.

Dentro del contrato No.317 de 2019, cuyo objeto es: "contratar a precios unitarios fijos por la modalidad de monto agotable, las obras y actividades para la conservación de la malla vial y espacio público de la localidad de los mártires. Se desarrollan las medidas preventivas y de mitigación para reducir la exposición y contagio por infección respiratoria aguda causada por el coronavirus covid-19 enfocado en el desarrollo de nuestro objeto contractual y siguiendo los lineamientos de la circular 003 de 8 abril de 2020 Minsalud de condiciones requerido para la ejecución el contrato No.314 de 2019.

Para tal efecto; este informe describe las actividades que se han desarrollado durante la ejecución del Contrato 137 de 2019, en el periodo comprendido entre el 21 AL 26 de noviembre de 2020 y del 22 de diciembre al 20 de enero de 2021 , de acuerdo a lo contemplado en el protocolo de bioseguridad para la mitigación y reducción del riesgo de contagio de coronavirus COVID-19.

1. OBJETIVOS

1.1. OBJETIVO GENERAL.

Presentar el avance de las actividades que fueron planteadas en el protocolo de Bioseguridad para mitigar, prevenir y reducir la exposición y contagio del coronavirus COVID-19.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Dar cumplimiento a la normatividad, *CIRCULAR 003 del 8 de abril de 2020,* Resolución 666 de 24 de abril de 2020, DECRETO 539 del 13 de abril de 2020, Resolución 679 de 24 de abril de 2020 y el Decreto 121 del 26 de abril emitido por la Alcaldía Mayor de Bogotá

- Desarrollar actividades de prevención y promoción.

2. DESARROLLO DE ACTIVIDADES

Para dar alcance al protocolo de bioseguridad, el cual está enfocado a mitigar y controlar la propagación del coronavirus COVID-19, se realizaron las siguientes actividades:

2.1. REGISTRO DE INGRESO DE TRABAJADORES:

Al ingreso a las oficinas y en los frentes de obra todos los trabajadores y/o visitantes se les toma la temperatura y se realiza la encuesta de condiciones de salud, posteriormente los empleados desinfectan su calzado, ropa y demás elementos que han estado en contacto con el exterior y realizan el lavado y desinfección de manos.
Dicho procedimiento se repite al finalizar la jornada laboral.



Temperatura CIV 18,19



Temperatura CIV 9

En el anexo No. 1 se presenta las planillas de control de ingreso y salida de personal.

2.2. LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE ÁREAS COMUNES

De acuerdo a lo establecido en el protocolo de bioseguridad se realiza limpieza y desinfecciones de las áreas comunes y los elementos de uso frecuente como herramientas.

- Campamentos,
- Herramientas
- Zonas de aislamiento
- PAC







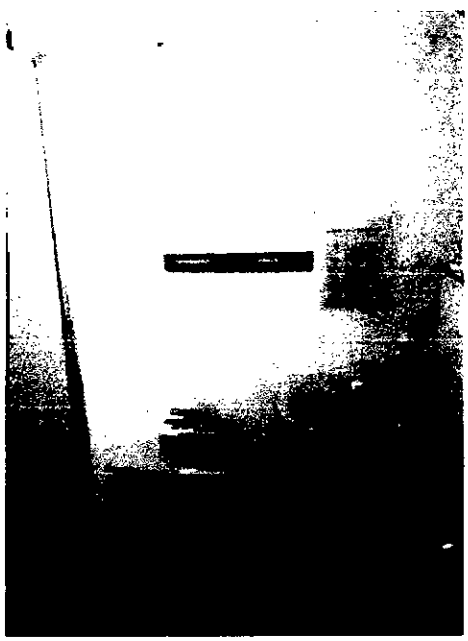


2.3. DOTACIÓN DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD

Con & Con SAS garantiza el suministro de elementos de bioseguridad en la oficina de atención al usuario, así como en sus frentes de obra para trabajadores y visitantes tales como alcohol, gel antibancterial, jabón de manos, toallas de un solo uso y lavamanos



Lavamos portátil CIV 9



lavamanos fijo en oficina PAC



Lavamanos portátil en CIV 18 Y 19



Lavado de manos en segmento 11

Así mismo se realizó la entrega de los tapabocas desechables a los trabajadores de acuerdo a lo estipulado en el protocolo de bioseguridad

En el anexo No. 2 se presenta el soporte de la entrega de los elementos de bioseguridad.

2.4. MANEJO DE RESIDUOS DE EPP DE UN SOLO USO

Para la disposición de los elementos de protección personal de un solo uso, CON&CON SAS instaló en el PAC y frente de obra una caneca exclusiva para la disposición de dichos elementos.



A todo el personal que ingresa al proyecto se le realiza inducción en los protocolos de bioseguridad, se realizan charlas en los temas de atención de casos sospechosos de Covid-19 ruta de atención ante casos sospechosos y/o confirmados

2.5. MANEJO DE CASOS SOSPECHOSOS DE COVID-19

Durante el periodo del 20 al 26 de noviembre de 2020 y del 22 de diciembre al 20 de enero de 2021, en el proyecto se presentaron dos casos sospechosos de contagio por Covid-19 en ambos casos las personas fueron retiradas de sus actividades laborales entrando en aislamiento, se realizó el respectivo reporte a la EPS, quienes practicaron las pruebas respectivas.

El primer caso fue negativo y se procedió a su reintegro laboral, el otro caso fue confirmado positivo para Covid-19 por lo cual se mantuvo en aislamiento preventivo, una vez se contó con el alta médica se procedió al reintegro laboral.

Dado que en ninguno de los dos casos se presentaron contactos estrechos con otros trabajadores los aislamientos fueron puntales y no se generaron aislamientos adicionales.

ANEXO 1

PLANILLAS INGRESO DE PERSONAL

CON & CON

REGISTRO DE CONDICIONES DE SALUD

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS

FRENTE DE OBRA: Martires - Sep 9

3316

FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDOS	CEDULA	CARGO	INDIQUE SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS EN LOS ULTIMOS 5 DIAS												tapaboca	FIRMA EMPLEADO
						TEMPERATURA	DOLOR DE GARGANTA		CONGESTION NASAL		TOS SECA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		DEBILIDAD MUSCULAR		HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUIEN SOSPECHOSO DE COVID-19			
26/11 2020	07:00	Cesar	Rodelo	OFICIAL	92130288	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	17:00					36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
26/11 2020	07:05	Wilson	Rodriguez	OPERADOR	80090478	36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	17:00					36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
26/11 2020	07:10	Camilo	Garzon	operador	79217390	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	17:00					36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
26/11 2020	07:15	Layonel	Martin	Topografo	1094977251	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	17:00					35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
26/11 2020	07:20	Marcos	Sarmiento	OFICIAL	80503938	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	17:20					36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
26/11 2020	07:25	Johan	Nuñez	Ayudante	1064980975	36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	17:45					36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
26/11 2020	07:30	Carlos	olaya	Ayudante	1026565719	34.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	Carlos Olaya
	17:10					35.8	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Carlos olaya.
26/11 2020	07:35	Yaser	Valle	Ayudante	1065045814	36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	Yaser Valle
	17:05					36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Yaser Valle
26/11 2020	07:40	Yelson	Silva	OFICIAL	1063662634	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	Yelson Silva
	17:00					36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Yelson Silva
26/11 2020	07:45	Herman	Triana	INSPECTOR	88206611	35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	Herman T
	17:00					35.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Herman T

NOTA: AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO EL EMPLEADO DECLARA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES VERAZ, CUALQUIER FALSEDAD U OMISIÒN SERA SANCIONADA BAJO LAS LEYES PENALES APLICABLES.

CON & CON CONSULTORIA Y CONSTRUCCION

REGISTRO DE CONDICIONES DE SALUD

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS

FRENTE DE OBRA: Mártires - Sec 9

FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDOS	CEDULA	CARGO	INDIQUE SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS EN LOS ULTIMOS 5 DIAS												tapaboca	FIRMA EMPLEADO
						TEMPERATURA	DOLOR DE GARGANTA		CONGESTION NASAL		TOS SECA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		DEBILIDAD MUSCULAR		HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUIEN SOSPECHOSO DE COVID-19			
25/11 2020	07:00	Cesar A.	Rodulo	92130.[illegible]	OFICIAL	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	17:00					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
25/11 2020	07:05	Wilson	Rodriguez	80.000.[illegible]	Ayudante	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	17:05					36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
25/11 2020	07:10	Camilo	Gelvez	79212.[illegible]	Operador	36.6	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	17:06					36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
25/11 2020	07:15	Leyonel	Martin	1094912[illegible]	Albañil	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	17:00					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
25/11 2020	07:20	Marcos	Salcedo	8693.[illegible] 0238	OFICIAL	36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	17:05					36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
25/11 2020	07:25	Johan	Niño	1064[illegible] 0925	Ayudante	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	17:10					36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
25/11 2020	07:30	Carlos	Olaya	1026568[illegible] 719	Ayudante	35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	Carlos olaya
	17:15					36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Carlos olaya
25/11 2020	07:35	Yaser	Valle	1065[illegible] 0114	Ayudante	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	Yaser Torrez
	17:20					36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Yaser Torrez
25/11 2020	07:40	Yeison	VILLA	1037[illegible] 634	OFICIAL	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	17:20					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
25/11 2020	07:45	Alvaro	Triana	80206[illegible]	Ayudante	36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	17:25					36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		

NOTA: AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO [redacted]DO DECLARA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INF[redacted] SUMINISTRADA ES VERAZ, CUALQUIER FALSEDAD U OMISIÓN SERA SANCIONADA BAJO LAS LEYES PENALE APLICABLES

CON & CON

REGISTRO DE CONDICIONES DE SALUD

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS

FRENTE DE OBRA: Martires Cw 9

3317

FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDOS	CEDULA	CARGO	INDIQUE SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS EN LOS ULTIMOS 5 DIAS												tapaboca	FIRMA EMPLEADO
						TEMPERATURA	DOLOR DE GARGANTA		CONGESTION NASAL		TOS SECA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		DEBILIDAD MUSCULAR		HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUIEN SOSPECHOSO DE COVID-19			
24/11 2020	07:10	Marlon	Salamanca	80'503.[illegible]	Operador	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	17:25					36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
24/11 2020	07:25	Camilo	Garzón	79214300	Operador	34.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	17:00					36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
24/11 2020	07:20	Leonal	Martin	3094972 75[illegible]	Operador	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	17:20					36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
24/11 2020	07:25	Johan	Nuñez	1064[illegible] 0925	Ayudante	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	17:15					36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
24/11 2020	07:30	Carlos	Olaya	1026.[illegible] 719	Ayudante	35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	Carlos Olaya
	17:40					35.8	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Carlos Olaya.
24/11 2020	07:35	Carolina	Gonzalez	100.56[illegible] 0945	Cadenero	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	17:00					36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
24/11 2020	07:40	Yuman	Urrea	80'206.[illegible]	Topografo	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	17:15					36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
24/11 2020	07:45	Yeison	Silva	1613662 634	Oficial	34.5	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	17:05					36.6	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
24/11 2020	07:50	Milena	Molina	1085.390 [illegible]	Auxiliar Topografia	36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	17:00					36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
24/11 2020	11:00	Wilson	Rodriguez	80.020 [illegible]	Operador	36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	wilson Rodriguez
	17:00					35.8	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		wilson Rodriguez

NOTA: AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO EL EMPLEADO DECLARA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES VERAZ, CUALQUIER FALSEDAD U OMISIÒN SERA SANCIONADA BAJO LAS LEYES PENALES APLICABLES.

CON & CON

REGISTRO DE CONDICIONES DE SALUD

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS

FRENTE DE OBRA: Nativos Cll 9

FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDOS	CEDULA	CARGO	INDIQUE SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS EN LOS ULTIMOS 5 DIAS												tapaboca	FIRMA EMPLEADO
						TEMPERATURA	DOLOR DE GARGANTA		CONGESTION NASAL		TOS SECA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		DEBILIDAD MUSCULAR		HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUIEN SOSPECHOSO DE COVID-19			
23/11/2020	07:20	Marcos	Sarmiento	88[illegible]5039236	Oficial	36.8	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	18:00					36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
23/11/2020	07:25	Yeison	Seva	1013.662.634	Oficial	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	18:00					36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
23/11/2020	07:30	Camilo	Gaviria	79217319	Oficial	36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	17:00					36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
23/11/2020	07:35	Carlos	Olaya	1026565719	Ayudante	36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	Carlos Olaya
	18:00					36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Carlos Olaya.
23/11/2020	07:40	Silvana	Arcos	88206[illegible]	Disciplina	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	18:00					36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
23/11/2020	07:45	Leonel	Marin	1094[illegible]751	Conductor	36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	17:00					36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
23/11/2020	07:50	Wilson	Rodriguez	88[illegible]	Oficial	36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	Wilson Rodriguez
	17:00					36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Wilson Rodriguez
23/11/2020	07:55	Milena	Molina	1005.393.876	Inspectora Residente	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	17:30					36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
24/11/2020	07:00	Cesar	Rodelo	92130.[illegible]	Oficial	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	Cesar Rodelo
	18:00					36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
24/11/2020	07:05	Yaser	Valle	1085[illegible]814	Ayudante	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	17:10					35.[illegible]	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		

NOTA: AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO EL EMPLEADO DECLARA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES VERAZ, CUALQUIER FALSEDAD U OMISIÒN SERA SANCIONADA BAJO LAS LEYES PENALES APLICABLES.

CON & CON

REGISTRO DE CONDICIONES DE SALUD

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS

FRENTE DE OBRA: Martires Cra 4

3318

						INDIQUE SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS EN LOS ULTIMOS 5 DIAS													
FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDOS	CEDULA	CARGO	TEMPERATURA	DOLOR DE GARGANTA		CONGESTION NASAL		TOS SECA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		DEBILIDAD MUSCULAR		HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUIEN SOSPECHOSO DE COVID-19		tapaboca	FIRMA EMPLEADO
23/12	7:00	Jeison	Silva	1.013.662.634	OFICIAL	36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
/2020	5:00					35.8	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
23/12	7:05	Camilo	Garzon	79217 390	operario	34.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
2020	7:10					35.6	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
23/12/20	7:10	carolina	Gonzalez	100569 9445	cadenera	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
	5:00					36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
23/12/20	7:15	layonel	Martin	1094897 751	topografo	35.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
	5:00					36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
23/12/20	7:20	Marco A	Sarmiento	80503958	oficial	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
	5:00					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
23/12/20	7:30	Johan	Nuñez	106448 9025	AYUDANTE	36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
	5:00					35.8	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
23/12	7:35	Alvaro	Triana	80206414	Inspector	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
2020	5:00					35.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
23/12	7:40	osvaldo	Chacón	142371 091	Oficiador	36.5	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
2020	5:00					36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
23/12	7:41	carlos	cubides	1136880303	ORIADOR	36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
2020	5:00					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
							SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
							SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		

NOTA: AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO EL EMPLEADO DECLARA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES VERAZ, CUALQUIER FALSEDAD U OMISIÒN SERA SANCIONADA BAJO LAS LEYES PENALES APLICABLES.

CON & CON

REGISTRO DE CONDICIONES DE SALUD

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS

FRENTE DE OBRA: Talleres Cll 9

FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDOS	CEDULA	CARGO	INDIQUE SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS EN LOS ULTIMOS 5 DIAS: TEMPERATURA	DOLOR DE GARGANTA	CONGESTION NASAL	TOS SECA	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	DEBILIDAD MUSCULAR	HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUIEN SOSPECHOSO DE COVID-19	tapaboca	FIRMA EMPLEADO
22/12	7:05	yelson	silva	1.013 662	oficial	36.1	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
2020	5:00			634		36.2	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
22/12	07:10	Marcos	Sarmiento	80	oficial	35.4	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
2020	5:00					36.2	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
22/12	07:15	Camilo	Gaitán	79217340	Oficial	36.1	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
2020	5:00					36.0	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
22/12	07:20	Johan	Nuñez	1064[illegible]80 925	Ayudante	35.9	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
2020	5:00					36.2	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
22/12	07:25	Carlos	Cubides	1136.880 303	Oficial	35.5	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	36,0	
2020	5:00					35.8	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
22/12	07:30	Osvaldo	Chacón	1123[illegible] 09	Operador	36.0	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	Chacón
2020	5:00					36.1	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		Chacón
22/12	07:35	Nelson	Triana	80[illegible]66	Ayudante	34.5	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	Nelson Triana
2020	5:00					35.3	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		Nelson Triana
22/12	07:40	Carolina	Gonzalez	1005[illegible]99 945	Cadenero	35.9	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
2020	5:00					36.0	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
22/12	7:45	Layonel	Martin	1094977 351	Topografo	36.1	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
2020	5:00					36.0	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
23/12	06:55	Yasu	Valle	1085.[illegible] 824	Ayudante	36.0	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	-	Yasc. Vtorrez
2020	5:00						SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		Yasc. Vtorrez

NOTA: AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO EL EMPLEADO DECLARA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES VERAZ, CUALQUIER FALSEDAD U OMISIÓN SERA SANCIONADA BAJO LAS LEYES PENALES APLICABLES.

CON & CON

REGISTRO DE CONDICIONES DE SALUD

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS

FRENTE DE OBRA: Martires CW9

3319

FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDOS	CEDULA	CARGO	INDIQUE SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS EN LOS ULTIMOS 5 DIAS: TEMPERATURA	DOLOR DE GARGANTA		CONGESTION NASAL		TOS SECA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		DEBILIDAD MUSCULAR		HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUIEN SOSPECHOSO DE COVID-19		tapaboca	FIRMA EMPLEADO
21/11/2020	07:20	Cesar	Rodelo	92130888	OFICIAL	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	17:36					36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
21/11/2020	07:25	Leonel	Martan	1064[illegible]751	AYUDANTE	36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	17:00					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
21/11/2020	07:30	Carlos	Olaya	1026.565.719	AYUDANTE	36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	Carlos Olaya
	17:30					36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		carlos olaya
21/11/2020	07:35	Wilson	Rodriguez	80.920.188	OFICIAL	36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	wilson R
	17:20					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		wilson R
21/11/2020	07:40	Milena	Mateo	1026.393.816	DRY WALL ASISTENTE	36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	17:30					36.6	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
21/11/2020	07:45	Hernan	Triana	88206[illegible]	Dryer	36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	17:30					36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
23/11/2020	07:00	Cesar	Rodelo	92130888	OFICIAL	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	18:00					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
23/11/2020	07:05	Yasser	Valle	1065[illegible]814	AYUDANTE	36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	18:00					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
23/11/2020	07:10	Carlos	Gonzalez	100569[illegible]945	CARPINTERO	35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	17:00					36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
23/11/2020	07:15	Johan	Nuñez	1064[illegible]985	AYUDANTE	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	17:30					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		

NOTA: AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO EL EMPLEADO DECLARA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES VERAZ, CUALQUIER FALSEDAD U OMISIÓN SERA SANCIONADA BAJO LAS LEYES PENALI APLICABLES.

CON & CON CONSULTORIA Y CONSTRUCCION

REGISTRO DE CONDICIONES DE SALUD

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS

FRENTE DE OBRA: Mártires Cra 9

FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDOS	CEDULA	CARGO	INDIQUE SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS EN LOS ULTIMOS 5 DIAS														tapaboca	FIRMA EMPLEADO
						TEMPERATURA	DOLOR DE GARGANTA		CONGESTION NASAL		TOS SECA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		DEBILIDAD MUSCULAR		HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUIEN SOSPECHOSO DE COVID-19			
20-11 2020	07:20 17:00	Carolina	Gonzalez	1005699945	Cabo	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
						36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
20-11 2020	07:25 17:40	Yuliana	Triana	1032066[illegible]	Ejecutor	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
						36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
20-11 2020	07:30 18:10	Carlos	Olaya	1026567[illegible]	Ayudante	36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
						36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
20-11 2020	07:35 17:00	Leyonel	Martin	1094[illegible] TSL	Torotaro	36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
						36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
20-11 2020	07:40 17:30	Milena	Molina	30153[illegible]	Ing Residente	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
						36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
20-11 2020	07:00 17:00	Wilson	Rodriguez	8006[illegible]	ayudante tierra	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
						36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
21-11 2020	07:00	Marcos	Sarmiento	80[illegible]0238	Oficial	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
						36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
21-11 2020	07:05	Yasu	Valle	1005[illegible]	Ayudante	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
						36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
21-11 2020	07:10	Carolina	Gonzalez	1005699945	Cabo	36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
						36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
21-11 2020	07:10	Johan	[illegible]ñez	1067[illegible]8092	Ayudante	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
						36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		

NOTA: AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO [redacted]DO DECLARA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INF[redacted] SUMINISTRADA ES VERAZ, CUALQUIER FALSEDAD U OMISIÓN SERA SANCIONADA BAJO LAS LEYES PENALI APLICABLES.

CON & CON

REGISTRO DE CONDICIONES DE SALUD

3320

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS

FRENTE DE OBRA: Maderos Cu 1819

FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDOS	CEDULA	CARGO	INDIQUE SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS EN LOS ULTIMOS 5 DIAS												lapaboca	FIRMA EMPLEADO
						TEMPERATURA	DOLOR DE GARGANTA		CONGESTION NASAL		TOS SECA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		DEBILIDAD MUSCULAR		HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUIEN SOSPECHOSO DE COVID-19			
22 DIC 2020	7:00	ANDREA	VASQUEZ	1031156689	Inspectora SST	36.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	ANDREA V.
	5:00					36	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		ANDREA V.
22 DIC 2020	7:05	Marcos	Alvarado	1057185303	OFICIAL	35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:05					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
22 DIC 2020	7:10	Jonathan	Betancur	1023033238	Epoca real	36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:05					36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
22 DIC 2020	7:15	Cesar	Rodelo	92130285	OFICIAL	35.7	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					36,2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
22 DIC 2020	7:30	Carlos	olaya	1026565719	ayudante	36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	carlos olaya
	5:00					36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		carlos olaya
22 DIC 2020	7:35	Paola	Olarte	1000780626	AUX TOPOGRAFIA	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5.00					36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
23 DIC 2020	7:00	ANDREA	VASQUEZ	1031156689	INSP SST	36	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	ANDREA V
	5:00					36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		ANDREA V.
23 DIC 2020	7:00	Jonathan	Betancur	1023033238	TOPOGRAFO	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					35.8	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
23 DIC 2020	7:05	Paola	Olarte	1000780626	AUX TOPO	36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
23 DIC 2020	7:10	Hanas	Alvarado	1057185303	Oficial	36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		

NOTA: AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO EL EMPLEADO DECLARA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES VERAZ, CUALQUIER FALSEDAD U OMISIÓN SERA SANCIONADA BAJO LAS LEYES PENALES APLICABLES.

CON & CON

REGISTRO DE CONDICIONES DE SALUD

3321

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS

FRENTE DE OBRA: Martires Cra 18 19

FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDOS	CEDULA	CARGO	INDIQUE SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS EN LOS ULTIMOS 5 DIAS: TEMPERATURA	DOLOR DE GARGANTA	CONGESTION NASAL	TOS SECA	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	DEBILIDAD MUSCULAR	HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUIEN SOSPECHOSO DE COVID-19	tapaboca	FIRMA EMPLEADO
19/20 DIC 20	7:00	Carlos A	Cubides.	1.176.88.703	Operador	36.2.	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
	12:00.					36.	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
21 DIC 2020	7:05	Paola	Olaite	100078 0620	Aux Topografia	36.3	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
	9:10					36.3	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
21 DIC 2020	7:10	Jonathon	Betancur	1023 035825	Topografo	35.7	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	A	
	5:00					36.	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
21 DIC 2020	7:15	Carlos	Olaya	1026565 719	Ayudante	36.0	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	carlos olaya
	5:00					36.0	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		carlos olaya
21 DIC 2020	7:00	Lesfer	Garcia	1026586 703	Ayudante	36.0	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	Lesfergarcia
	5:00					35.9	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
21 DIC 2020	7:25	ANDREA	VASQUEZ	1031156689	Insp SST	35.9	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	ANDREA V.
	5:00					36.1	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		ANDREA V.
21 DIC 2020	7:30	MILENA	MOLINA	1015393876	Residente	35.9	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
	5:00					35.8	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
21 DIC 2020	7:35	Camilo	Garcon	79217 370	operario	35.9	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
	5:00					36.0	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
21 DIC 2020	7:15	Cesar	Rodelo	92130288	oficial.	36.0	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
	5:00					36.0	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
21 DIC 2020	7.45	Marcos	Alvarado	1051185305	Oficial	36.0	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
	5:00					36.1	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		

NOTA: AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO EL EMPLEADO DECLARA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES VERAZ, CUALQUIER FALSEDAD U OMISIÓN SERA SANCIONADA BAJO LAS LEYES PENALES APLICABLES.

CON & CON

REGISTRO DE CONDICIONES DE SALUD

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS

FRENTE DE OBRA: Mártires Cra 18 19

FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDOS	CEDULA	CARGO	INDIQUE SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS EN LOS ULTIMOS 5 DIAS: TEMPERATURA	DOLOR DE GARGANTA	CONGESTION NASAL	TOS SECA	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	DEBILIDAD MUSCULAR	HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUIEN SOSPECHOSO DE COVID-19	tapaboca	FIRMA EMPLEADO
23 DIC 2020	7:15	Carlos	olaya	1026565 419	Ayudante	36.0	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	carlos olaya
	5:00						SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		Carlos olaya
23 DIC 2020	7:20	Lester	Garcia	1070186 903	Ayudante	36.2	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	[redacted]
	5:00						SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		LESTER GARCIA
23 DIC							SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
							SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
23 DIC 2020	7:15	Cesar	Rodelo	92302878	Oficial	34.1	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	[redacted]
	5:00					36.1	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		[redacted]
28 DIC 2020	7.00	Marcos	Alvarado	1037185 305	Oficial	36.0	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	[redacted]
	5:00					36.1	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		[redacted]
28 DIC 2020	7.05	ANDREA	VASQUEZ.	1031136689	Inspectora SST	35.9	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	ANDREA. V.
	5:00					36.1	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		ANDREA. V.
28 DIC 2020	7:10	Paola	Olarte	1007805620	Aux Topografia	36.1	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	[redacted]
	5:00					36.0	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		[redacted]
28 DIC 2020	7:15	Jonathan	Betancur	1023035235	Topografo	36.0	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	[redacted]
	5:00					36.2	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		[redacted]
							SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
							SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
							SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
							SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		

NOTA: AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO EL EMPLEADO DECLARA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES VERAZ, CUALQUIER FALSEDAD U OMISIÓN SERA SANCIONADA BAJO LAS LEYES PENALES APLICABLES.

REGISTRO DE CONDICIONES DE SALUD

3322

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS

FRENTE DE OBRA:

FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDOS	CEDULA	CARGO	INDIQUE SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS EN LOS ULTIMOS 5 DIAS: TEMPERATURA	DOLOR DE GARGANTA		CONGESTION NASAL		TOS SECA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		DOLOR MUSCULAR		HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUIEN SOSPECHOSO DE COVID-19		tapaboca	FIRMA EMPLEADO
07 ENERO 2021	7:00	Jonathan	Esteven	1023035235	topografo	36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	12:00					36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	/	
07 ENE 2021	7:05	Camilo	Garzon	79214 320	OP minicarg	34.5	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
						36.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
07 ENE 2021	7:10	Layonel	Martin	1074977251	Topografia	36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
						36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
		Marcos	Alvarado				SI	NO	S.	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
	5:00					36.2	SI	NO	S	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
		ANDREA	VASQUEZ				SI	NO	S	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					36.2	SI	NO	S	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		ANDREA V.
12 ENE 2021		Paula	Olarte	ACUPRES DE	Aux Topografia	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
12 ENE 2021	5:00	Jonathan	Betancur	1023035235	topografo	36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
						36.1	S	NO	S	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
							SI	NO	S	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
	5:00					35.8	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
13 ENE 2021	7:05	Marcos	Alvarado	1015185305	Oficial	35.9	S	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:10					36.1	S	NO	S	NO	S	NO	S	NO	S	NO	S	NO		
13 ENE 2021	7:10	Paula	Olarte	ACUPRES DE	Aux Topografia	36.3	S	NO	S	NO	S	NO	SI	NO	S	NO	S	NO	1	
	5:00					36.2	S	NO	S	NO	SI	NO	SI	NO	S	NO	S	NO		

NOTA: AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO EL EMPLEADO DECLARA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES VERAZ CUALQUIER FALSEDAD U OMISIÓN SERA SANCIONADA BAJO LAS LEYES PENALES APLICABLES.

CON & CON

REGISTRO DE CONDICIONES DE SALUD

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS

FRENTE DE OBRA: Mantuvo Cra 18 19

FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDOS	CEDULA	CARGO	INDIQUE SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS EN LOS ULTIMOS 5 DIAS: TEMPERATURA	DOLOR DE GARGANTA	CONGESTION NASAL	TOS SECA	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	DEBILIDAD MUSCULAR	HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUIEN SOSPECHOSO DE COVID-19	tapaboca	FIRMA EMPLEADO
23 NOV 2020	11:00	Oswaldo	Chacón	11'234 [illegible]	OP RETRO	36.0	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	Chacón
	5:05					36.1	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		Chacón
23 NOV 2020	7:00	Juan	Martin	1007860 42	Ayudante	36.1	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
	5:10					36.2	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
24 NOV 2020	7:00	Lester	Garcia	1067180 700	Ayudante	359	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
	5:00					362	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
24 NOV 2020	7:05	Paola	Olarte	1007806626	Aux Topografia	36.0	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
	5:05					36.3	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
24 NOV 2020	7:05	Ricardo	Rios	78702 [illegible] 246	Oficial	366	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
	5:10					360	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
24/11/20	7:00	Marcos	Alvarado	1057185223	Oficial	36.0	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
	5:10					36.2	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
24 NOV 2020	7:15	Jonathan	Betancur	1023035 235	Topografo	36.1	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
	5:00					36.1	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
24 NOV 2020	7:20	Andrea	Vasquez	1031156650	Insp. SST	36.0	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	Andrea V.
	5:10					36.2	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		Andrea. V.
24 Nov 2020	7:23	Juan	Martin	1007860 10 42	Ayudante	34.1	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
	05:15					36.	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
24 NOV 2020	11:00	Oswaldo	Chacón	11'234 097	Op Retro	36.0	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	Oswaldo Chacón
	11:10					36.1	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		Oswaldo Chacón

NOTA: AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO EL EMPLEADO DECLARA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES VERAZ, CUALQUIER FALSEDAD U OMISIÓN SERA SANCIONADA BAJO LAS LEYES PENALES APLICABLES.

CON & CON CONSULTORIA Y CONSTRUCCION

REGISTRO DE CONDICIONES DE SALUD

3323

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS

FRENTE DE OBRA: Martires CIV 1819

FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDOS	CEDULA	CARGO	INDIQUE SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS EN LOS ULTIMOS 5 DIAS												tapaboca	FIRMA EMPLEADO
						TEMPERATURA	DOLOR DE GARGANTA		CONGESTION NASAL		TOS SECA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		DEBILIDAD MUSCULAR		HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUIEN SOSPECHOSO DE COVID-19			
25 Nov 2020	07:00	Juan	Martin	1007860192	Auxiliar	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	05:10					36.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
25/11/20	7:05	Marcos	Alvarado	1054185305	Oficial	35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:13					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
25 NOV 2020	7:10	Lester	Garcia	[illegible]	Ayudante	359	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:15					36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
25 NOV 2020	7:15	Jonathan	Betancur	1083031235	Topografo	36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
25 NOV 2020	7:20	Pablo	Olarte	1000786616	Aux Topografia	36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
25 NOV 2020	7:25	ANDREA	VASQUEZ	1037566880	INSPECT SST	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	ANDREA V.
	5:05					36.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		ANDREA V.
25 NOV 2020	8.00	Oswaldo	Chacón	1152404094	OP RETRO	36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	Chacón
	4:00					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Chacón
26 NOV 2020	7:00	Lester	Garcia	1026160703	Ayudante	359	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	6:15					362	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
26 NOV 2020	7:05	Pablo	Olarte	1000786616	Aux Topografia	36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:10					36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
26 NOV 2020	7:10	Jonathan	Betancur	1083031235	Topografo	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:15					36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		

NOTA: AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO EL EMPLEADO DECLARA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES VERAZ, CUALQUIER FALSEDAD U OMISIÓN SERA SANCIONADA BAJO LAS LEYES PENALES APLICABLES.

CON & CON CONSULTORIA Y CONSTRUCCION

REGISTRO DE CONDICIONES DE SALUD

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS

FRENTE DE OBRA: Martires Clu 1819

						INDIQUE SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS EN LOS ULTIMOS 5 DIAS													
FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDOS	CEDULA	CARGO	TEMPERATURA	DOLOR DE GARGANTA		CONGESTION NASAL		TOS SECA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		DEBILIDAD MUSCULAR		HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUIEN SOSPECHOSO DE COVID-19		tapaboca	FIRMA EMPLEADO
21/11 2020	7:00 AM	Camilo	Garzon	7221737	Operario	35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	12:00					36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
21/11 2020	7:05	Juan	Martin	1007861094	Ayudante	35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	12:00						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
21/11 2020	7.10	Pablo	Olarte	1007786545	Aux Topografia	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	12:05					36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
21 11 2020	7:15	Oswaldo	Chacón	11'234017	Operador	36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	Chacón
	11.50					36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Chacón
23 NOV 2020	7:00	Ricaurte	Rios	78707 2416	Oficial	36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
23/11/20	7:05	Moreno	Alvarado	1057185303	Oficial	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:05					36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
23 NOV 2020	7:10	Lesley	Garcia	1010186703	Ayudante	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	LESLEY GARCIA
	5:00					35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		LESLEY GARCIA
23 NOV 2020	7:15	ANDREA	VASQUEZ	1031156689	Inspect. SST	36.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	ANDREA VASQUEZ
	5:05					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		ANDREA VASQUEZ
23 NOV 2020	7.20	Paola	Olarte	1007786545	Aux Topografia	36	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:10					36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
23 NOV 2020	7:25	Jonathan	Betancur	1023035235	Topografo	36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:10					36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		

NOTA: AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO EL EMPLEADO DECLARA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES VERAZ, CUALQUIER FALSEDAD U OMISIÓN SERA SANCIONADA BAJO LAS LEYES PENALES APLICABLES.

CON & CON CONSULTORIA Y CONSTRUCCION

REGISTRO DE CONDICIONES DE SALUD

3324

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS

FRENTE DE OBRA: PAC

FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDOS	CEDULA	CARGO	INDIQUE SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS EN LOS ULTIMOS 5 DIAS												tapaboca	FIRMA EMPLEADO
						TEMPERATURA	DOLOR DE GARGANTA		CONGESTION NASAL		TOS SECA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		DEBILIDAD MUSCULAR		HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUIEN SOSPECHOSO DE COVID-19			
20/11/20	8:30	ANDO	Castellanos	5198.357	Gerente GEN	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
	2:43					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
20-11-20	9:00	MILENA	GIL	52419857	SST	36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
							SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
20-11-20	8:00	Claudia	Retamoza	52453701	Inspectora Obra	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
							SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
20-11 2020	12:30	JAVIER	PEREIRA	7722612	DIRECTOR	36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
						36.5	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
23/11 2020	9:00	Daniel	Santana	1073247 664	INSP Obra	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
							SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
23 NOV 2020	7:20	Yuspell	Rodriguez	1014 233 240	AUX Social	37.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
	5:30					36.7	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
23/11 2020	7:15	DIEGO	PEREZ	80205829	Res. Técnico	35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
	5:30					36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
23/11/20	7:00	Jaime	Jimenez	80.205774	Res SST	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
							SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
23/11 2020	8:00	JAVIER	PEREIRA	7722612	DIRECTOR	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
	5:30					36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
23/11	7:00	Jose	Lanchero	1073247 584	AUX	36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
	5:30					36.5	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		

NOTA: AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO EL EMPLEADO DECLARA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES VERAZ, CUALQUIER FALSEDAD U OMISIÓN SERA SANCIONADA BAJO LAS LEYES PENALES APLICABLES.

CON & CON CONSULTORIA Y CONSTRUCCION

REGISTRO DE CONDICIONES DE SALUD

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS

FRENTE DE OBRA: PAC

FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDOS	CEDULA	CARGO	INDIQUE SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS EN LOS ULTIMOS 5 DIAS												tapaboca	FIRMA EMPLEADO
						TEMPERATURA	DOLOR DE GARGANTA		CONGESTION NASAL		TOS SECA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		DEBILIDAD MUSCULAR		HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUIEN SOSPECHOSO DE COVID-19			
23/11/2020	10:25	Hugo A.	Forero Ch.	80765994	Coord. Inst.	36.5	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
							SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
24/11	7 00	José	Luchera	1073	AUX	36 5	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5 30					36 3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
24/11	7:00	Icet	Martinez	1023124851	Insp. obra	33.6	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
						36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
24 NOV 2020	7:00	Maipli	Rodriguez	1019 273 242	Aux Social	36.5	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:20					35.5	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
24/11 2020	7:15	Diana	Sintura	1073 247691	Inspector obra	36.5	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:30					35.8	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
24/11 2020	7:15	DIEGO	PEREZ	80235829	RES. TECNICO	36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:30					35.8	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
24-11 2020	8:00	JAVIER	PERILLA	7222612	DIRECTOR	36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
							SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
24/11	8:00	TATIANA	GIL	52939781	[illegible]	36	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
						36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
24/11/2020	8:15	JESSICA	NARANJO	1047	JOVEN	36	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
							SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
24/11/20	8:21	ANA	CASTIBLANCO	51986337	SEÑOR GEN	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	7:40					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		

NOTA: AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO EL EMPLEADO DECLARA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES VERAZ, CUALQUIER FALSEDAD U OMISIÓN SERA SANCIONADA BAJO LAS LEYES PENALES APLICABLES.

CON & CON

REGISTRO DE CONDICIONES DE SALUD

3325

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS

FRENTE DE OBRA: PAC

FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDOS	CEDULA	CARGO	INDIQUE SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS EN LOS ULTIMOS 5 DIAS												tapaboca	FIRMA EMPLEADO
						TEMPERATURA	DOLOR DE GARGANTA		CONGESTION NASAL		TOS SECA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		DEBILIDAD MUSCULAR		HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUIEN SOSPECHOSO DE COVID-19			
24/11 2020	14:50	Diego A.	Forero	80765897	Coord. Intv	36,	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:30					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
25/11	7:00	José	Lancheros	1012[illegible]	Aux	36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:30					36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
25/11 2020	7:00	DIEGO	PEREZ	80235829	Res. TECNICO	34.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	Diego Perez
	5:30					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Diego Perez
25 NOV 2020	7:00	Mayerli	Rodriguez	1014 273 292	Aux. Socal	36.6	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	Mayerli Rodriguez
	5:40					36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Mayerli Rodriguez
25 NOV 2020	7:00	Mayerly	Marin	5[illegible]	Ambiental	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	Mayerly Marin
	5:30					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
25 NOV 2020	7:00	Jessika	Naranjo	104[illegible]	Social	36.5	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	Jessika Naranjo
	5:30					35.7	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Jessika Naranjo
25/11	7:00	Licet	Martinez	1023[illegible]	Insp. Tecnico	35.8	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	Angie M.
	5:30.					35.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Angie M.
25 11	12:40	Ma Adriana	Fuentes	[illegible]	Ing. Social Interv.	36.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
						36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
25/11/20	11:00	Jairo	Jimenez	80[illegible]	Res. SST	36	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	Jairo Jimenez
	17:00					36	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Jairo Jimenez
26 NOV 2020	7:05	Mayerli	Rodriguez	1014273 292	Aux Social	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	Mayerli
	5:30					36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Mayerli

NOTA: AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO EL EMPLEADO DECLARA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES VERAZ, CUALQUIER FALSEDAD U OMISIÓN SERA SANCIONADA BAJO LAS LEYES PENALES APLICABLES.

CON & CON CONSULTORIA Y CONSTRUCCION

REGISTRO DE CONDICIONES DE SALUD

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS

FRENTE DE OBRA: PAC

FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDOS	CEDULA	CARGO	INDIQUE SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS EN LOS ULTIMOS 5 DIAS												tapaboca	FIRMA EMPLEADO
						TEMPERATURA	DOLOR DE GARGANTA		CONGESTION NASAL		TOS SECA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		DEBILIDAD MUSCULAR		HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUIEN SOSPECHOSO DE COVID-19			
22/12/2020	8:40	DIEGO	PEREZ	80235829	Res. Tecnico	36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
	5:30					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
22/12/20	8:40	Ana	Castiblanco	57.98.334	Salud Gen	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
	7:49					36.5	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
23/12/20	7:00	Jose	Ianchenos	1012329533	Aux	36	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
	5:30					36.7	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
23/12/20	7:00	Ilcet	Martinez	1023929951	Insp.	34	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
	5:30					36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
23/12/2020	1:10	Dora	Santa	1073[illegible]	Insp obra	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
	5:30					36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
23/12/2020	7:20	Jessica	Naranjo	1014[illegible]	Social	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
							SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
24/12/2020	7:00	Andrea	Vasquez	1031[illegible]889	Insp. SST	36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	Andrea V.
	12:00					36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Andrea V.
24/12/2020	7:00	Jose	Langheros	1012329583	Aux	36.6	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	12:00					36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
24/12/2020	7:00	Dora	Santana	1093[illegible]6.4	Insp obra	36.6	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Dora S.
	12:00					36.5	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Dora S.
24/12/2020	7:05	Jessica	Naranjo	1014[illegible]	Social	36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Jessica Naranjo
	12:00					36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Jessica Naranjo

NOTA: AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO EL EMPLEADO DECLARA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES VERAZ, CUALQUIER FALSEDAD U OMISIÓN SERA SANCIONADA BAJO LAS LEYES PENALES APLICABLES.

CON & CON

REGISTRO DE CONDICIONES DE SALUD

3326

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS

FRENTE DE OBRA: PAC

FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDOS	CEDULA	CARGO	INDIQUE SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS EN LOS ULTIMOS 5 DIAS												tapaboca	FIRMA EMPLEADO
						TEMPERATURA	DOLOR DE GARGANTA		CONGESTION NASAL		TOS SECA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		DEBILIDAD MUSCULAR		HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUIEN SOSPECHOSO DE COVID-19			
24-12	7:05	Icet	Martinez	1023929951	Insp	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	12:00					36.5	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
23-12 2020	7:10	DIEGO	PEREZ	80235829	Res. Técnico	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:30					35.8	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
24-12 2020	7:10	DIEGO	PEREZ	80235829	Res. Técnico	36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	12:00					36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
28-12 2020	7:00	Dana	Santana	1023[illegible]	Insp obra	36,4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:30						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
28-12 2020	7:00	Hayuli	Rodriguez	1[illegible]	Aux Jcal	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:30						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
28/11 2020	7:00	Jose	Loncheros	1017[illegible] 583	AUX	35.5	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:30					36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
28/12 2020	7:10	DIEGO	PEREZ	80235829	Res. Técnico	34.5	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:30					36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
28/12 2020	7:10	Jessica	Narvaez	1047[illegible]	Res Social	36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:30					36.6	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
28 Dic 2020	7:15	Mayerly	Marin	58[illegible]962	Ambiental	36.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
						36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
28 Dic 2020	7:15	Icet	Martinez	1023929951	Insp	35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:30					36	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		

NOTA: AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO EL EMPLEADO DECLARA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES VERAZ, CUALQUIER FALSEDAD U OMISIÒN SERA SANCIONADA BAJO LAS LEYES PENALES APLICABLES.

CON & CON

REGISTRO DE CONDICIONES DE SALUD

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS

FRENTE DE OBRA: PAC

FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDOS	CEDULA	CARGO	INDIQUE SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS EN LOS ULTIMOS 5 DIAS												tapaboca	FIRMA EMPLEADO
						TEMPERATURA	DOLOR DE GARGANTA		CONGESTION NASAL		TOS SECA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		DEBILIDAD MUSCULAR		HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUIEN SOSPECHOSO DE COVID-19			
29/12 2020	7:00	Diana	Santana	1073247 CC-9	TASP	36.5	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Diana S.
	5:30					36.5	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Diana S.
24-12 2020	7:00	Mayuli	Rodriguez	1019 793: 241	Aux social.	36.8	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Rodriguez
	1:30pm						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
29-12 2020	7:00	Jose	lancheros	101232	Aux	36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
	5:30					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
24-12 2020	7:00	Jose Vicet	Ian Martinez	102312	TSP.	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
						36	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
29/12 2020	7:10	DIEGO	PEREZ.	802358219	Aux. TECNICO	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Diego Perez.
	5:30					35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Diego Perez
29/12/20	8:15	Ana	Castiblanco	51.98633	SERVI GEN	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
	2:00					36.7	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
29/12/20	9:30	Yuliana	GL	1024958	SST	36	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
	5:30					36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
29/12/20	5:10	Adriana Catherine	Garcia	52.091.397	R SOCIAL INTERN	36.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
							SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
30/12	7:00	Jose	Lancheros	1012324782	AUX	36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
						36.7	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
30/12 2020	7:00	Diana	Santana	1073247	INSP	36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Diana Santana
						36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		

NOTA: AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO EL EMPLEADO DECLARA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES VERAZ, CUALQUIER FALSEDAD U OMISIÓN SERA SANCIONADA BAJO LAS LEYES PENALES APLICABLES.

CON & CON CONSULTORIA Y CONSTRUCCION

REGISTRO DE CONDICIONES DE SALUD

3327

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS

FRENTE DE OBRA: PAC.

FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDOS	CEDULA	CARGO	INDIQUE SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS EN LOS ULTIMOS 5 DIAS												tapaboca	FIRMA EMPLEADO
						TEMPERATURA	DOLOR DE GARGANTA		CONGESTION NASAL		TOS SECA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		DEBILIDAD MUSCULAR		HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUIEN SOSPECHOSO DE COVID-19			
30/12 2020	7:05	licet	Martinez	1023924991	Inspo.	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Angie M.
						36.5	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Angie M.
30/12 2020	7:05	DIEGO	PEREZ	80235829	Res. Técnico	36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Diego Perez
	5:30					36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Diego Perez
30/12 2020	5:30	Jessica	Naranjo	1014200856	Rej Social	36.6	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Jessica Naranjo
						36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Jessica Naranjo
07/01 2021	7:00	DIEGO	PEREZ	80235829	Res. Técnico	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Diego Perez
	5:30					35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Diego Perez
07/01 2021	7:00	Diana	Santana	1073249865	Inspo obra	36,4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Diana S
						36,3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Diana S
07/01 2021	7:00	Licet	Martinez	1023924991	Inspo. obra	36.8	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Angie M.
							SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
07/01 2021	7:10	Jessica	Naranjo	1014200856	Rej Social	36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Jessica Naranjo
	5:30					36.5	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Jessica Naranjo
08/01 21	7:00	Milena	Gil	52959292	SST	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		MGil
	2:00					36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		MGil
08/01 2020	7:00	DIEGO	PEREZ	80235829	Res. Técnico	36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Diego Perez
	5:30					36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Diego Perez
3/01 2020	7:00	Jessica	Naranjo	1014200856	Rej Social	36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Jessica Naranjo
	5:30					36.5	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Jessica Naranjo

NOTA. AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO EL EMPLEADO DECLARA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES VERAZ, CUALQUIER FALSEDAD U OMISIÓN SERA SANCIONADA BAJO LAS LEYES PENALES APLICABLES.

322

CON & CON

REGISTRO DE CONDICIONES DE SALUD

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS

FRENTE DE OBRA: Par

FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDOS	CEDULA	CARGO	INDIQUE SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS EN LOS ULTIMOS 5 DIAS												tapaboca	FIRMA EMPLEADO
						TEMPERATURA	DOLOR DE GARGANTA		CONGESTION NASAL		TOS SECA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		DEBILIDAD MUSCULAR		HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUIEN SOSPECHOSO DE COVID-19			
04-01 2020	7:00	DIEGO	PEREZ	80235829	Res Técnico	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	Diego Perez
	5:30					35.8	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Diego Perez
04-01 2021	7:10	Jessica	Naranjo	1014208516	Rej social	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	Jessica Naranjo
	5:30					36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Jessica Naranjo
05-01 2021	7:00	DIEGO	PEREZ	80235829	Res. Técnico	36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	Diego Perez
	5:30					35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Diego Perez
05-01 2021	7:00	Jessica	Naranjo	1014208516	Rej Social	35.7	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	Jessica Naranjo
	5:30					36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Jessica Naranjo
06-01 2021	7:00	DIEGO	PEREZ	80235829	Res. Técnico	35.8	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	Diego Perez
	5:30					36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Diego Perez
06-01 2021	7:05	Jessica	Naranjo	1014208516	Rej Social	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	Jessica Naranjo
	5:30					36.6	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Jessica Naranjo
12-01 2021	7:00	Jessica	Naranjo	1014208516	Rej Social	36.5	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	Jessica Naranjo
						36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
12-01 2021	7:00	Ticet	Martinez	1014212451	Insp obra	36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	Ticet Martinez
						36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Ticet Martinez
12-01	7:03	Diana	Santana	1014208516	Insp obra	36,4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	Diana S
	5:30					36.5	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Diana S
12-01 2020	7:05	DIEGO	PEREZ	80235829	Res Técnico	36,2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	Diego Perez
	5:30					36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Diego Perez

NOTA: AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO EL EMPLEADO DECLARA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES VERAZ, CUALQUIER FALSEDAD U OMISIÓN SERA SANCIONADA BAJO LAS LEYES PENALES APLICABLES.

CON & CON

REGISTRO DE CONDICIONES DE SALUD

3328

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS

FRENTE DE OBRA: DAC

FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDOS	CEDULA	CARGO	INDIQUE SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS EN LOS ULTIMOS 5 DIAS												tapaboca	FIRMA EMPLEADO
						TEMPERATURA	DOLOR DE GARGANTA		CONGESTION NASAL		TOS SECA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		DEBILIDAD MUSCULAR		HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUIEN SOSPECHOSO DE COVID-19			
12-01 2021	8:00	JAVIER	PERILLA	7222612	DIRECTOR	36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	4:00					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
12-01 2021	13:05	Diego	Forero	80765871	Coord. Inv.	36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
						36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
13/01 2021	7:00	Jessica	Naranjo	1014208586	Rel. Social	36.5	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:30					36.5	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
13/01 2021	7:05	DIEGO	PEREZ	80235829	Res Técnico	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:30					36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
13/01 21	8:15	Milena	Gil	52[illegible]8	SST	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:30					36	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
13/01 2021	8:30	JAVIER	PERILLA	7222612	DIRECTOR	36.8	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:30					36.5	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
14-01 2020	7:00	DIEGO	PEREZ	80235829	Res. Técnico	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:30					36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
14-01 2020	7:00	Diana	Santana	1014[illegible]6	T.S.S. Obra	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:30					36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
14-01 2020	7:00	Iret	Martinez	1023[illegible]	Inspector	36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:30					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
14-01 2021	7:00	Lady	Mora	52[illegible]8	Profesional Social	36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:30					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		

NOTA: AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO EL EMPLEADO DECLARA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES VERAZ, CUALQUIER FALSEDAD U OMISIÓN SERA SANCIONADA BAJO LAS LEYES PENALES APLICABLES.

93

CON & CON CONSULTORIA Y CONSTRUCCION

REGISTRO DE CONDICIONES DE SALUD

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS

FRENTE DE OBRA: PAC

FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDOS	CEDULA	CARGO	INDIQUE SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS EN LOS ULTIMOS 5 DIAS												tapaboca	FIRMA EMPLEADO
						TEMPERATURA	DOLOR DE GARGANTA		CONGESTION NASAL		TOS SECA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		DEBILIDAD MUSCULAR		HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUIEN SOSPECHOSO DE COVID-19			
14-01 2021	7:00	Jessica	Naranjo	1042[illegible]6	Rel Salud	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	Jessica Naranjo
	5:40					36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
14-01 2021	8:00	Javier	Perilla	72[illegible]62	Director	36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:30					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
15/01 2021	7:00	Dana	Santana	1083[illegible]6	Inspector obra	36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	Dana S
	5:40					36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Dana S
15/01 2021	7:10	Jessica	Naranjo	1042[illegible]6	Rel Salud	34.5	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	Jessica Naranjo
	5:40					36.6	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Jessica Naranjo
15/01 2021	7:10	DIEGO	PEREZ	8023[illegible]4	Rel Tecnico	35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	Diego Perez
	5:30					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Diego Perez
15/01 2021	8:00	Mila	Gil	[illegible]	[illegible]	36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:30					36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
18/01 2021	8:15	Javier	Perilla	72[illegible]61	Director	36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
18/01 2021	7:00	Dana	Santana	1083[illegible]6	Inspector obra	36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	Dana S
	5:30					36.7	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Dana S
18/01 2021	7:00	Jeidy	Mora	[illegible]	[illegible]	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	Jeidy Mora
	5:30					36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
18/01 2021	7:05	Ivan	Martinez	[illegible]	[illegible]	36	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	[illegible]
						36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		[illegible]

NOTA: AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO EL EMPLEADO DECLARA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES VERAZ, CUALQUIER FALSEDAD U OMISIÓN SERA SANCIONADA BAJO LAS LEYES PENALES APLICABLES.

CON & COM

REGISTRO DE CONDICIONES DE SALUD

3329

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS

FRENTE DE OBRA: PAC

FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDOS	CEDULA	CARGO	INDIQUE SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS EN LOS ULTIMOS 5 DIAS												tapaboca	FIRMA EMPLEADO
						TEMPERATURA	DOLOR DE GARGANTA		CONGESTION NASAL		TOS SECA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		DEBILIDAD MUSCULAR		HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUIEN SOSPECHOSO DE COVID-19			
18-01 2020		Jessica	Naranjo	1014200516	Res Social	36.5	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Jessica Naranjo
							SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
18-01 2021	8:00	JAVIER	PERILLA	7222617	DIRECTOR	36.5	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
	5:30					36.5	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
18-01 2021	7:10	DIEGO	PEREZ	80235829	Res. TECNICO	35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Diego Perez
	5:30					36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Diego Perez
19-01 2021	7:00	Licet	Martinez	1023929951	Ins Obra	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
							SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
19/01 2021	7:00	Dora	Santos	1023244651	Insp obra	36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Dora S
	5:30					36.6	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Dora S
19-01 2021	7:00	Leidy	Mora S.	52.865.582	Social	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Leidy Mora S.
	5:30					36.5	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Leidy Mora S
19-01 2021	7:05	Jessica	Naranjo	1014200516	Rej Soci	36.6	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Jessica Naranjo
							SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
19-01 2021	7:10	DIEGO	PEREZ	80235829	Res. Técnico	35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Diego Perez
	5:30					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Diego Perez
19-01 2020	7:00	Milena	G. C	SL4512	SST	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
						36.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
19-01 2021	8:15	JAVIER	PERILLA	7222617	DIRECTOR	36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
							SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		

NOTA: AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO EL EMPLEADO DECLARA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES VERAZ, CUALQUIER FALSEDAD U OMISIÒN SERA SANCIONADA BAJO LAS LEYES PENALES APLICABLES.

CON & CON

REGISTRO DE CONDICIONES DE SALUD

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS

FRENTE DE OBRA: PAC

FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDOS	CEDULA	CARGO	INDIQUE SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS EN LOS ULTIMOS 5 DIAS												tapaboca	FIRMA EMPLEADO
						TEMPERATURA	DOLOR DE GARGANTA		CONGESTION NASAL		TOS SECA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		DEBILIDAD MUSCULAR		HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUIEN SOSPECHOSO DE COVID-19			
19/01/2021	9:10	Ana	Castellanos	57.[illegible]337	Serv Gen	36.7	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	3:02					36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
19/01/2021	10:27	Luz	Rozo V.	51.637.578	Profesional	36.6	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	10:41					36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
19/01/2021	3:05pm	Jose	Lancheros	1012324583	AUX	36.7	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:30 PM					36	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
20/01/2021	7:00am	Diana	Santana	63[illegible]4	ENSP obra	36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:30					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
20/01/2021	7:00am	DIEGO	PEREZ	80235829	Res Técnico	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:30pm					36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
20/01/2021	7:10	Yesica	Naranjo	1014[illegible]56	Rej Social	36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:30					36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
20/01/2021	9 am	José	Lancheros	1012324583	AUX	36	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:30					36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
20/01/2021	8:30	JAVIER	PERILLA	7222612	DIRECTOR	36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:30					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
21/01/2021	7:00	DIEGO	PEREZ	80235829	Res Técnico	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:30					36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
21/01/2021	7:00	Diana	Santana	1073[illegible]4	ENSP obra	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:30					36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		

NOTA: AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO EL EMPLEADO DECLARA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES VERAZ, CUALQUIER FALSEDAD U OMISIÓN SERA SANCIONADA BAJO LAS LEYES PENALES APLICABLES.

CON & CON

REGISTRO DE CONDICIONES DE SALUD

3330

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS

FRENTE DE OBRA: PAC.

FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDOS	CEDULA	CARGO	INDIQUE SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS EN LOS ULTIMOS 5 DIAS												tapaboca	FIRMA EMPLEADO
						TEMPERATURA	DOLOR DE GARGANTA		CONGESTION NASAL		TOS SECA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		DEBILIDAD MUSCULAR		HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUIEN SOSPECHOSO DE COVID-19			
19-nov 2020	7:00	Jose	Lancheros	1012 324 583	Aux	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
	5:20					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
19-11 2020	7:15	Licet	Martinez	1063929851	Inspo. Obra	33.6	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
						36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
19-11 2020	7:15	DIEGO	PEREZ	80235829	Res Técnico	33.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
	5:30					36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
19-11 2020	7:15	Jessica	Naranjo	1014209816	Rel Social	33.5	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
	5:30					36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
19-11 2020	8:00	JAVIER	PERILLA	720602	DIRECTOR	36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
						36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
20/11	7:00	Jose	Lancheros	1012 324 583	AUX	36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
	5:30					36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
20/11 2020	7:05	Diana	Santos	1073 249 661	INSP OBRA	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Diana S
							SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
20/11 2020	7:05	Mayerly	Marin	53058962	Ambiental	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
	5:00					36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
20 NOV 2020	7:30	Maipali	Rodriguez	1014 293 242	Aux Social	34.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
	5:30					35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
20/11 2020	7:30	DIEGO	PEREZ	80235829	Res. Técnico	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
	5:30					35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		

NOTA: AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO EL EMPLEADO DECLARA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES VERAZ, CUALQUIER FALSEDAD U OMISIÓN SERA SANCIONADA BAJO LAS LEYES PENALES APLICABLES.

CON & CON CONSULTORIA Y CONSTRUCCION

REGISTRO DE CONDICIONES DE SALUD

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS

FRENTE DE OBRA: Mantires SEG 11

FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDOS	CEDULA	CARGO	INDIQUE SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS EN LOS ULTIMOS 5 DIAS												tapaboca	FIRMA EMPLEADO
						TEMPERATURA	DOLOR DE GARGANTA		CONGESTION NASAL		TOS SECA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		DEBILIDAD MUSCULAR		HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUIEN SOSPECHOSO DE COVID-19			
15-1 2021	7:08	Hon Hoyano	Moyano	7921441?	Inspector	36-1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
15-1 2021	7:11	Ramiro Marin.	Marin	74563306	Boal	36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
15-1 2021	7:15	Angel	Espitia	1010010098	Operario	36-2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
15/01 2020	7:20	Hermán	Triana	88266??	Inspector	36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	17:30					36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
15/01 2021	7:25	Paola	Olaite	1000?80626	Aux Topografia	36.7	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					36.6	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
15/01 2021	7:30	Jonathon	Betancur	1023035233	Topografo	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:05					36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
15-1 2021	5:15	Angel	Espitia	1010010098	Operador	35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00.					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	3	
16 01 2021	7:00	Paola	Olaite	1000?80626	Aux Topografia	36.6	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	12:05					36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
16 01 2021	7:05	Herman	Triana	68-26677	Inspecto	36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	12:00					36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
16 01 2021	7:10	Jonathon	Betancur	1023035255	Topografo	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	12:00					36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	

NOTA: AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO EL EMPLEADO DECLARA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES VERAZ, CUALQUIER FALSEDAD U OMISIÒN SERA SANCIONADA BAJO LAS LEYES PENALES APLICABLES.

CON & CON

REGISTRO DE CONDICIONES DE SALUD

3332

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS

FRENTE DE OBRA: Madires - SEG 11

FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDOS	CEDULA	CARGO	INDIQUE SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS EN LOS ULTIMOS 5 DIAS												tapaboca	FIRMA EMPLEADO
						TEMPERATURA	DOLOR DE GARGANTA		CONGESTION NASAL		TOS SECA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		DEBILIDAD MUSCULAR		HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUIEN SOSPECHOSO DE COVID-19			
12-1 2021	7:00	Hon Moyano	Moyano	79214478	Inspector	35.8	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
12-1 2021	7:05	Wilmar	Viloria	85260478	Oficial	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					35.8	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
12-1 2021	7:08	Fredy	Pinzon		Oficial	35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	Fredy Pinzon
	5:00					35.5	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Fredy Pinzon
12-1 2021	7:10	Brayan	Cosquen	1032949206	Operador	35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
12-1 2021	7:13	Ramiro	Marin	79563306 79306	Boat	36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
12-1 2021	7:16	Angel	Espitia	1010010048	Operador	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
13-1 2021	7:02	Adrian Velez	Velez	16799104	Boal	35.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
13-1 2021	7:05	Ramiro	Marin	79563306	Boal	36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
13 ENE 2021	7:10	Paola	Olaite	1000780626	Aux Topografia	35.7	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					36.7	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
13 ENE 2021	7:15	Jonathan	Betancur	1023037235	Topografo	35.8	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		

NOTA: AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO EL EMPLEADO DECLARA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES VERAZ, CUALQUIER FALSEDAD U OMISIÓN SERA SANCIONADA BAJO LAS LEYES PENALES APLICABLES.

527

CON & COM

REGISTRO DE CONDICIONES DE SALUD

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS

FRENTE DE OBRA: Martires SEG 11

FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDOS	CEDULA	CARGO	INDIQUE SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS EN LOS ULTIMOS 5 DIAS												tapaboca	FIRMA EMPLEADO
						TEMPERATURA	DOLOR DE GARGANTA		CONGESTION NASAL		TOS SECA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		DEBILIDAD MUSCULAR		HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUIEN SOSPECHOSO DE COVID-19			
13-1 2021	7:20	Angel	Espitia	10xxxxx95	Operador	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
13-1 2021	7:30	JHON	Moyano	7921448	Inspector	35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
14-1 2021	7:06	JHON	Moyano	7921446	Inspector	36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
14-1 2021	7:03	Angel	Espitia	10100100 98	Operario	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
14-1 2021	7:05	Ramiro	Marin	16794104	Boat	35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
14-1 2021	7:08	Adrian	Velez	16794104	Boat	36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
14-1 2021	7:10	Jonathan	Betancur	1023035235	Topografo	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
14-1 2021	7:12	Paola	Olarte	1088028826	Aux Topografia	36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
14-01 2021	7:20	Harrison	Tabora	88206 64	Inspector	35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	17:40					36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
15-1 2021	7:05	Adrian	Velez	16794104	Boat	36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		

NOTA: AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO EL EMPLEADO DECLARA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES VERAZ, CUALQUIER FALSEDAD U OMISIÓN SERA SANCIONADA BAJO LAS LEYES PENALES APLICABLES.

CON & CON

REGISTRO DE CONDICIONES DE SALUD

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS

FRENTE DE OBRA: Montes - Sec 9.

FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDOS	CEDULA	CARGO	INDIQUE SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS EN LOS ULTIMOS 5 DIAS												tapaboca	FIRMA EMPLEADO
						TEMPERATURA	DOLOR DE GARGANTA		CONGESTION NASAL		TOS SECA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		DEBILIDAD MUSCULAR		HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUIEN SOSPECHOSO DE COVID-19			
15-1-21	7:05	Rene	Toro Soto	1109249405	INSPECTOR	36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	Rene Toro Soto
	19:00					35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Rene Toro Soto
15/01/21	7:00	Jose	Curo	5a 1109	OP.	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
15/01/21	7:00	Carlos	Cubides.	1.136.880.303	OP.	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	6:00					36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
15 ENERO 2021	7:80	LAYONEL	MARTIN	1094972251	Topografo	36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	6:00					36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
15 ENERO 2021	7:10	Carolina	Gonzalez	1005699945	Aux Topografia	36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	✓	1999
	5:00					36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
16/01 21	7:00	XASAR	VALLE	1085.045.814	Ayudante	34.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	XASE VALLE TORRES
	12:00					35.8	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		YASE VALLE T.
16 ENE 2021	7:15	CESAR DO	RODELO	92130288	Oficial	34.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	CESAR RODELO
	12:00					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		CESAR RODELO
16 ENERO 2021	9:20	Carolina	Gonzalez	1005699945	Aux Topografia	35.6	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	✓	1999
	12:00					36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	✓	1999
16 enero 2021	7:20	Jair R	Rosero	96343006	OFI	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	Jair R
	12:00					35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Jair R
16 01 2021	7:00	[illegible]	Reyo	206494614	Bol.	35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	12:00					36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		

NOTA: AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO EL EMPLEADO DECLARA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES VERAZ, CUALQUIER FALSEDAD U OMISIÓN SERA SANCIONADA BAJO LAS LEYES PENALES APLICABLES.

EEE

CON & CON

REGISTRO DE CONDICIONES DE SALUD

3334

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS

FRENTE DE OBRA: Montes Sep 9

FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDOS	CEDULA	CARGO	INDIQUE SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS EN LOS ULTIMOS 5 DIAS												tapaboca	FIRMA EMPLEADO
						TEMPERATURA	DOLOR DE GARGANTA		CONGESTION NASAL		TOS SECA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		DEBILIDAD MUSCULAR		HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUIEN SOSPECHOSO DE COVID-19			
14-1-21	7:05	EMIL	GUTIERREZ	1249	AYUDANTE	36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		EMIL
	5:45					35.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		EMIL
14 ENE 2021	7:10	carolina	Gonzalez	1005 6 0 49 45	INV X TOPOGRAFIA	34.7	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	L	
						36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
14 ENERO 2021	7:15	LAYONEL	MARTIN	10949 77751	TOPOGRAFO	37.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
	5:30					35.8	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
14 Enero 2021	7:15	Carlos	Cubides	1.136 880 307	OP	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
	5:00					36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
14 enero 2021	7:20	Yelson	Silva	1018 [illegible] 634	oficial	36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
	5:00					36.6	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
15 ene 2021	7:00	Jose	Curo	[illegible]	OP.	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
	17:00	Jose	Curo	[illegible]	O.P.	36.7	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
15/01 21	7:00	Yasa	Valle	1085 045 814	Ayudante	36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	Yasevtorrez
	5:00					35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
15.01 2021	6:30	EMIC	GUTIERREZ	12.49[illegible]	AYUDANTE	36.5	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		EMIC G
	5:00					35.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		EMIC G
15.01 2021	7:00	Luis Mario	Roya	20699 G.C.	Boral	35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
	5:00					35.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
15.01 2021	7:00	Jair	Rosero	96 43 O.C.	Oficial	35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		JAIR R
	5:00					35.8	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		JAIR R

NOTA: AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO EL EMPLEADO DECLARA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES VERAZ, CUALQUIER FALSEDAD U OMISIÓN SERA SANCIONADA BAJO LAS LEYES PENALES APLICABLES.

529

CON & CON

REGISTRO DE CONDICIONES DE SALUD

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS

FRENTE DE OBRA: Mártires - Sede 9

FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDOS	CEDULA	CARGO	INDIQUE SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS EN LOS ULTIMOS 5 DIAS: TEMPERATURA	DOLOR DE GARGANTA	CONGESTION NASAL	TOS SECA	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	DEBILIDAD MUSCULAR	HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUIEN SOSPECHOSO DE COVID-19	tapaboca	FIRMA EMPLEADO
13 ENE 2021	7:10	César	Zuleta	1213[illegible]28[illegible]	OFICIAL	35.9	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
	5:00					36	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
13 ENERO	7:15	Carolina	Gonzalez	1003[illegible]9440	AUX TOPOGRAFIA	34.8	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
	5:00					36.5	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	✓	
13/01	7:20	Carlos	Custodio	1[illegible]880 303	OFICIAL	35.4	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
2021	5:00					36	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
13/01	7:25	Jhuan	Triana	80[illegible]66[illegible]	ENFIERRADOR	35.2	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
2021	5:00					36.3	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
13/01	7:30	Jaison	Silva	1.013.662 634	OFICIAL	36.0	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
2021	5:00					35.8	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
13/1/21	7:35	Robert	Davis	1109244463	INSPECTOR	36.1	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
	5:00					36.1	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
14/01	7:00	Yasa	Valle	1085.[illegible]43.[illegible]4	Aprendiz	36.0	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
2021	5:00	Yasa	Valle			36.6	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
14-1-21	7:05	[illegible]	[illegible]	1[illegible]4463	INSPECTOR	35.1	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
	5:00					36.1	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
14/01/2021	7:05	Jhon	Rayo	2069[illegible]/4	Bodeguero	36.1	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
	5:00					35.9	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
14/01/2021	7:05	Jair	Rojas	96343 006	oficial	33.9	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
	5:00					35.5	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		

NOTA: AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO EL EMPLEADO DECLARA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES VERAZ, CUALQUIER FALSEDAD U OMISIÓN SERA SANCIONADA BAJO LAS LEYES PENALES APLICABLES.

CON & CON

REGISTRO DE CONDICIONES DE SALUD

3335

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS

FRENTE DE OBRA: Portales - Seg 9

FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDOS	CEDULA	CARGO	INDIQUE SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS EN LOS ULTIMOS 5 DIAS												tapaboca	FIRMA EMPLEADO
						TEMPERATURA	DOLOR DE GARGANTA		CONGESTION NASAL		TOS SECA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		DEBILIDAD MUSCULAR		HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUIEN SOSPECHOSO DE COVID-19			
12/01/2021	7:00	Jenie	Torres	1107[illegible]	Inspector	35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	[illegible]
	5:00					36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		[illegible]
12/01/2021	7:10	Yasa	Valle	1.085.[illegible]	Ay/Ayudante	35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	[illegible]
	5:05					36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		[illegible]
12/01/2021	7:00	Jhon Manuel	Rayo	20699 6/c.	Bodeguero	35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	[illegible]
	5:00					35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		[illegible]
12-ENE 2021	7:15	Cesar	Rodelo	92130283	oficial	34.5	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	[illegible]
	5:10					34.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		[illegible]
12-ene 2021	7:20	Jeison	Silva	1.013.682 639	oficial	34.5	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		[illegible]
	5:00					36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		[illegible]
12 ENE 2021	7:25	Carolina	Gonzalez	1.005.699 45	Aux topografia	34.6	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		[illegible]
	5:00					36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		[illegible]
12/01/2021	7:30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	[illegible]
	17:20					35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		[illegible]
12/01/2021	9.00	Carlos	Cubiles.	1.136.88[illegible] 305	OP.	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	[illegible]
	5:00					36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		[illegible]
13/01/2021	7:00	Yasa	Valle	1.085.[illegible]	Ayudante	35.8	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	[illegible]
	1000	Yasa	Valle			35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		[illegible]
13/01/2021	7:00	Jhon Manuel	Rayo	20699 6/c.	Bodeguero	35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	[illegible]
	5:00					36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		[illegible]

NOTA: AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO EL EMPLEADO DECLARA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES VERAZ, CUALQUIER FALSEDAD U OMISIÓN SERA SANCIONADA BAJO LAS LEYES PENALES APLICABLES.

CON & CON

REGISTRO DE CONDICIONES DE SALUD

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS

FRENTE DE OBRA: Alcaldía Civil

FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDOS	CEDULA	CARGO	INDIQUE SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS EN LOS ULTIMOS 5 DIAS												tapaboca	FIRMA EMPLEADO
						TEMPERATURA	DOLOR DE GARGANTA		CONGESTION NASAL		TOS SECA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		DEBILIDAD MUSCULAR		HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUIEN SOSPECHOSO DE COVID-19			
09/01 2021	7:00	YASER	VALLE	1004 [illegible]	OPERARIO	35.6°	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	12:00					36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
09.01 2021.	7 am.	Luz Marina	Reyo	20699 614.	Bcal	35.7	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	12:00					36	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
09-01 2021	7:05	Paola	Olarte	[illegible]	Aux Topografia	36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	12:00					36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
09-01 2021	7:10	carolina	González	1005699943	Aux Topografia	34.7	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	✓	
	12:00					35.8	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
09 ENE 2021	7:15	Cesar	Rodelo	92130288	Oficial.	34.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	✓	
	12:00					36.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
09 ENE 2021	7:20	Camilo	Garzon	79217 370	OP mineria	34.6	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	12:00					35.8	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
9/01 2021	7:25	Carlos	Cubides	1.136 890 303	OP	36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	12.00					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
09/01 2021	7:30	Mauricio	Tarazona	[illegible]	Topografo	34.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	12:00					36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
09 ENE 2021	7:35	Oswaldo	Chacón	1123407	OP Retro	36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	11:45					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
04 ENE 2021	7:40	Jonathan	Betancur	1073675355	Operario	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	12:00					36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		

NOTA: AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO EL EMPLEADO DECLARA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES VERAZ, CUALQUIER FALSEDAD U OMISIÓN SERA SANCIONADA BAJO LAS LEYES PENALES APLICABLES.

CON & CON CONSULTORIA Y CONSTRUCCION

REGISTRO DE CONDICIONES DE SALUD

3336

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS

FRENTE DE OBRA: Cuatro (4)

FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDOS	CEDULA	CARGO	INDIQUE SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS EN LOS ULTIMOS 5 DIAS												tapaboca	FIRMA EMPLEADO
						TEMPERATURA	DOLOR DE GARGANTA		CONGESTION NASAL		TOS SECA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		DEBILIDAD MUSCULAR		HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUIEN SOSPECHOSO DE COVID-19			
08 ENE 2021	7:00	Layonel	Martin	1044972251	Topografo	36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
08 ENE 2021	7:00	Jonathan	Betancur	1023033231	Topografo	36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					35.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
08 ENE 2021	7:05	Oswaldo	Chacon	11234 097	Operador	36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
08 ENE 2021	7:10	Camilo	Garzon	79217 370	op minicargador	35.8	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:15					34.8	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
08 ENE 2021	7:15	Cesar	Rodelo	92130298	Oficial	34.5	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:05 PM					34.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
08 ENE 2021	7:20	carolina	Gonzalez	1005694945	AUX TOPOGRAFIA	35.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:10					35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
08 ENE 2021	7:25	Paola	Olaite	1007826626	Aux Topografia	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
08/01 2021	7:30	Mauricio	Triana	93126614	Inspector	34.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	17:20					35.8	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
08/01 2021	7:35	ANDREA	VASQUEZ	1031366801	Inf SST	35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					35.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
08/01 2021	7:00	Carlos	Cubides	1.136.880 303	OP.	36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		

NOTA: AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO EL EMPLEADO DECLARA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES VERAZ, CUALQUIER FALSEDAD U OMISIÓN SERA SANCIONADA BAJO LAS LEYES PENALES APLICABLES.

CON & CON

REGISTRO DE CONDICIONES DE SALUD

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS

FRENTE DE OBRA: Mártires Civ 9

FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDOS	CEDULA	CARGO	INDIQUE SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS EN LOS ULTIMOS 5 DIAS												tapaboca	FIRMA EMPLEADO
						TEMPERATURA	DOLOR DE GARGANTA		CONGESTION NASAL		TOS SECA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		DEBILIDAD MUSCULAR		HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUIEN SOSPECHOSO DE COVID-19			
06/01 2021	10:00	Alexander	Triana	88'206.67[illegible]	Residente	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	Alexander Triana
	17:00					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Alexander Triana
7/01/21	7:00	Jose	Toro	1074[illegible]	Inspector	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	Jose Toro
	5:00					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
07 Enero 2021	7:05	Paola	Olaite	[illegible]	Aux Topografia	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:10					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
07 ENERO 2021	7:10	Carlos	Cubides.	1.136. 303	OP	36,2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	17:15					36,2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
07 ENERO 2021	7:15	Cesar	RODELO	92130288	OFICIAL	34,5	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	Cesar Rodelo
	5:05					36.6	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Cesar Rodelo
07 Enero 2021	7:20	ANDREA	VASQUEZ	1053[illegible] 689	TSP. SST	36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	ANDREA V.
	5:00					36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		ANDREA V.
07 ENERO	7:25	carolina	Gonzalez	7005699 0945	AUX TOPOGRAFIA	36.7	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	V	
	5:00					34.6	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	V	
07 Enero 2021	7:30	HERNAN	TRIANA	88206.679	INSPECTOR	36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1.	
	5:00					36.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
7.E ENE	7:0[illegible]	[illegible]	TORO	1101214103	INSPECTOR	35.8	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Jose Toro
08/01 2021	7:05	YASER	VALLE	1085. 045.811	Ayudante	34.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	YASER VALLE
	5:00					35.6	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		YASER VALLE

NOTA: AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO EL EMPLEADO DECLARA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES VERAZ, CUALQUIER FALSEDAD U OMISIÓN SERA SANCIONADA BAJO LAS LEYES PENALES APLICABLES.

CON & CON CONSULTORIA Y CONSTRUCCION

REGISTRO DE CONDICIONES DE SALUD

3337

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS

FRENTE DE OBRA: Martires Civ C1

FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDOS	CEDULA	CARGO	INDIQUE SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS EN LOS ULTIMOS 5 DIAS												tapaboca	FIRMA EMPLEADO
						TEMPERATURA	DOLOR DE GARGANTA		CONGESTION NASAL		TOS SECA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		DEBILIDAD MUSCULAR		HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUIEN SOSPECHOSO DE COVID-19			
05/01 2021	7:00	Carlos	Cubides.	1.136.880 303	OP.	36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00	Cubides				36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
06/01 2021	7:00	YASA	VALLE	1.085.045.814	AUXILIAR	36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	YASCUTOVVEZ
	5:00					36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		YASER TORREZ
06-1-21	7:00	Ramon	TORO	1109241482	INSPECTOR	360	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	RAMON PAZ SUAREZ
	5:00					36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
06/0 21	7:00	Layonel	Martin	1004192251	TOPOGRAFO	35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					35.8	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
06 ENE 2021	7:05	Cesar	Rodelo	92130288	OFICIAL	34.8	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:05 PM					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		CESAR RODELO
06 ENE 2021	7:10	oswaldo	Chacon	1'234.079	OB FETRO	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	Chacón
	5:00					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Chacón
06 ENE 2021	7:15	Carlos	Cubides.	1.136.880 303	OP	36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
06 Ene 2021	7:20	Hacos	Alvarado	1.054.185.305	OFICIAL	36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
06 ENE 2021	7:25	Carolina	Gonzalez	1005879945	AUXILIAR TOPO	35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
06 Ene 2021	7:30	ANDREA	VASQUEZ	1031536889	INSP. SST	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	ANDREA V.
	5:00					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		ANDREA V.

NOTA: AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO EL EMPLEADO DECLARA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES VERAZ, CUALQUIER FALSEDAD U OMISIÒN SERA SANCIONADA BAJO LAS LEYES PENALES APLICABLES.

245

CON & CON

REGISTRO DE CONDICIONES DE SALUD

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS

FRENTE DE OBRA: Martires Civ 9

FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDOS	CEDULA	CARGO	INDIQUE SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS EN LOS ULTIMOS 5 DIAS												tapaboca	FIRMA EMPLEADO
						TEMPERATURA	DOLOR DE GARGANTA		CONGESTION NASAL		TOS SECA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		DEBILIDAD MUSCULAR		HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUIEN SOSPECHOSO DE COVID-19			
04 DIC 2021	7:35	Carolina	Gonzalez	1005699945	cadenera	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	V	
	5:00					36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
05 ENERO 2021	7:00	Yaser	Valle	1.085.315.814	Ayudante	34.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	YASER TORRES
	5:15					36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		YASER TORRES
05 Enero 2021	7:05	Marcos	Alvarado	1051114503	Oficial	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	N	
	5:10					36.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
05 ENERO 2021	7:10	Leyonel	Martin	1014697731	Topografo	35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					36.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
05 ENERO 2021	7:15	Jonathan	Betancur	1037637755	Topografo	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
05 ENERO 2021	7:20	Paulo	Olarte	1037[illegible]6	Aux Topografia	36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:05					36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
05 ENE 2021	7:18	Cesar	Rodelo	42135255	oficial	34.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
05 ENE 2021	7:25	Camilo	Garzón	79217 3+0	op minicarg	35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					35.8	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
05 ENE 2021	7:30	[illegible]	[illegible]	1134077	OP EXTO	34.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	Chacón
	5:00					35.8	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Chacon
05 ENE 2021	7:35	Carolina	Gonzalez	1005699945	cadenera	36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	V	
	5:00					36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		

NOTA: AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO EL EMPLEADO DECLARA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES VERAZ, CUALQUIER FALSEDAD U OMISIÓN SERA SANCIONADA BAJO LAS LEYES PENALES APLICABLES.

CON & CON

REGISTRO DE CONDICIONES DE SALUD

3338

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS

FRENTE DE OBRA: Matices Cr 9

FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDOS	CEDULA	CARGO	INDIQUE SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS EN LOS ULTIMOS 5 DIAS: TEMPERATURA	DOLOR DE GARGANTA	CONGESTION NASAL	TOS SECA	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	DEBILIDAD MUSCULAR	HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUIEN SOSPECHOSO DE COVID-19	tapaboca	FIRMA EMPLEADO
04 01 2021	7:00	Oswaldo	Chircoa	11234 OTA	OP Retro	36.	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
	5:00					36.1	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
04 01 2021	4:05	Marcos	Alvarado	1.054185 305	Oficial	360	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
	5:15					36.2	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
04 01 2021	7:10	Camilo	Garzon	79217 370	OP minicarg	36.1	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
	5:10					36.3	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
04/10 01	7:15	Jhonnel	Martin	1094977751	Topografo	36.0	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
	5:00					36.1	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
04/ 01/ 2021	7:17	YASER	VALLE	1.085. 045.814	Ayudante	36.6	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
	5:10 PM					36.1	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
04/ 01	7:05.	Carlos	Cubides.	1.136. 880.307	Perfada	36.1	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
	5:00					36.1	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
04 ENE 2021	7:15	Cesar	Rodelo	92130288	OFICIAL	34,5	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
	5:15					36.1	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
04 Ener. 2021	7:20	ANDREA	VASQUEZ	1031156 689	INSP. SST	34.7	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	ANDREA V.
	5:00					36.1	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
04 Enero 2021	7:25	Jonathan	Betancur	1023038235	Topografo	36.0	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
	5:00					36.0	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
04 Enero 2021	7:30	Paola	olarte	1000480686	AUX Topografia	36.1	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
	5 00					36.1	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		

NOTA: AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO EL EMPLEADO DECLARA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES VERAZ, CUALQUIER FALSEDAD U OMISIÓN SERA SANCIONADA BAJO LAS LEYES PENALES APLICABLES.

CON & COM

REGISTRO DE CONDICIONES DE SALUD

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS

FRENTE DE OBRA: Pártires Cll 9

FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDOS	CEDULA	CARGO	INDIQUE SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS EN LOS ULTIMOS 5 DIAS: TEMPERATURA	DOLOR DE GARGANTA	CONGESTION NASAL	TOS SECA	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	DEBILIDAD MUSCULAR	HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUIEN SOSPECHOSO DE COVID-19	tapaboca	FIRMA EMPLEADO
30 DIC 2020	7:00	Camilo	Garzon	79217 370	OP	34.6	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
	5:00				minicar	35.2	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
30 DIC 2020	7:05	Marcos	Alvarado	1057185 305	Operador	34.4	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
	5:00					35.6	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
30 DIC 2020	7:10	Yaser	Valle	1085 045.814	Ayudante	35.9	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
	5:00					35.9	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
30 DIC 2020	7:15	Cesar	Rodelo	92130288	Oficial	34.6	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
	5:00					35.6	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
30 12 20	7:40	ANDREA	VASQUEZ	1051156 685	Inspectora SST	36	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
	5:00					36.1	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
30 12 20	7:25	Carolina	Gonzalez	1005699915	Cadenera	34.6	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
	5:00					35.1	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
30/12 2020	7:30	Jhonan	Triana	88206618	Inspector	34.6	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
	17:00					35.6	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
30/12 2020.	7:33	Carlos	Cubides.	1.113 6 880.393	OP	36.2	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
	5:00					36.1	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
30/12 2020	7:35	Pablo	Olarte	1067886616	Aux Topografia	36.1	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
	5:00					36.2	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
30/12 2020	7:40	Jonathan	Betancur	1085053235	Topografo	36.2	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	1	
	5:00					36.1	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		

NOTA: AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO EL EMPLEADO DECLARA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES VERAZ, CUALQUIER FALSEDAD U OMISIÓN SERA SANCIONADA BAJO LAS LEYES PENALES APLICABLES.

CON & CON

REGISTRO DE CONDICIONES DE SALUD

3339

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS

FRENTE DE OBRA: Martires Cra 9

FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDOS	CEDULA	CARGO	INDIQUE SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS EN LOS ULTIMOS 5 DIAS												tapaboca	FIRMA EMPLEADO
						TEMPERATURA	DOLOR DE GARGANTA		CONGESTION NASAL		TOS SECA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		DEBILIDAD MUSCULAR		HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUIEN SOSPECHOSO DE COVID-19			
29/12/20	7:00 AM	carolina	Gonzalez	100569 9945	cadenera	36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					35.9	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
29 DIC 2020	7:00 AM	Cesar I	Rodelo	92130258	oficial	35.8	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
29 DIC 2020	7:10 am	Yaser	Valle	1.085 045.814	Ayu dante	36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
29 DIC 2020	7:15	Marcos	Alvarado	1057185 305	Oficial	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
29 DIC 2020	7:20	Yelson	Silva	1.013.66 2.639	OFICIAL	36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
29 DIC 2020	7:25	ANDREA	VASQUEZ	53156 689	INSPECTORA	36.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	ANDREA
	5:00					36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		ANDREA V.
29 DIC 2020	7:30	Carlos	Cubides	1.136 880309	OPERADOR	36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
29 DIC 2020	7:35	Osvaldo	Chacón	11231.099	OP RETRO	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	Chacón
	5:00						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		Chacón
29 DIC 2020	7:40	Camilo	Garcon	79213 370	OP minicar	36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
29/12 2020	7:45	Hernan	Triana	0806206[illegible]	Instructor	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1.	
	17:20					36.0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		

NOTA: AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO EL EMPLEADO DECLARA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES VERAZ, CUALQUIER FALSEDAD U OMISIÓN SERA SANCIONADA BAJO LAS LEYES PENALES APLICABLES.

CON & CON

REGISTRO DE CONDICIONES DE SALUD

CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS

FRENTE DE OBRA: Martires Cra 9

FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDOS	CEDULA	CARGO	INDIQUE SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS EN LOS ULTIMOS 5 DIAS														tapaboca	FIRMA EMPLEADO
						TEMPERATURA	DOLOR DE GARGANTA		CONGESTION NASAL		TOS SECA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		DEBILIDAD MUSCULAR		HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUIEN SOSPECHOSO DE COVID-19			
28/12 2020	07:00	Layonel	Martin	1'094.94[illegible] 756	Operario	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
28/12 2020	07:05	Carolina	Gonzalez	1005[illegible] 9915	Cabo	34.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
28/12 2020	07:10	Yasel	Valle	1088[illegible] 814	Ayudante	34.7	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00.						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
28/12 2020	07:15	Osvaldo	Oracion	11234[illegible] 091	Operador	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
28/12 2020	07:20	Carlos	Cubides	1'136.[illegible] 303	Operador	36.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
28/12 2020	07:25	Mariana	Tetana	088266[illegible]	Ingeniera	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					34.4	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
28/12 2020	07:30	Cesar	Rodelo	92.730. 288	Oficial	36.2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
28/12 2020	07:35	Camilo	Garzon	7921[illegible]370	Operador	36.6	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00					34.1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
28/12 2020	07:40	Yeison	Silva	1'07366[illegible] 634	Oficial	36.3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00.						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
28/12 2020	8:15	Camilo	Garzon	79217 396	Operario	36.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	
	5:00						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		

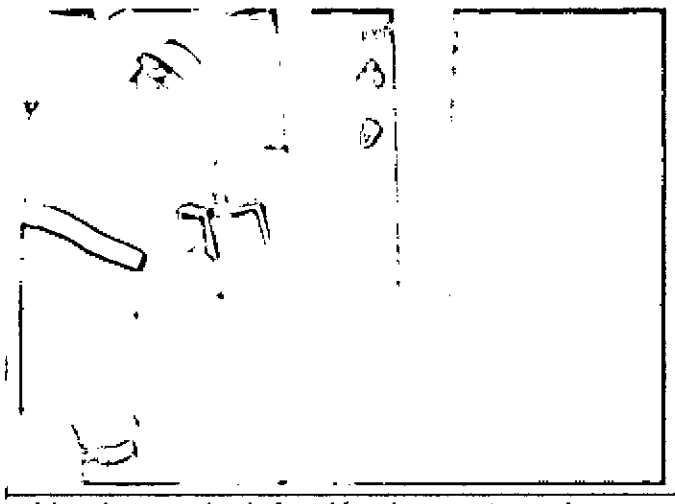
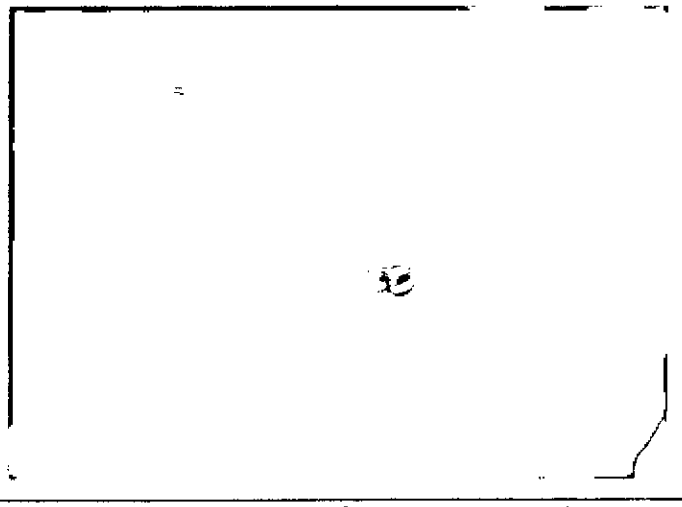
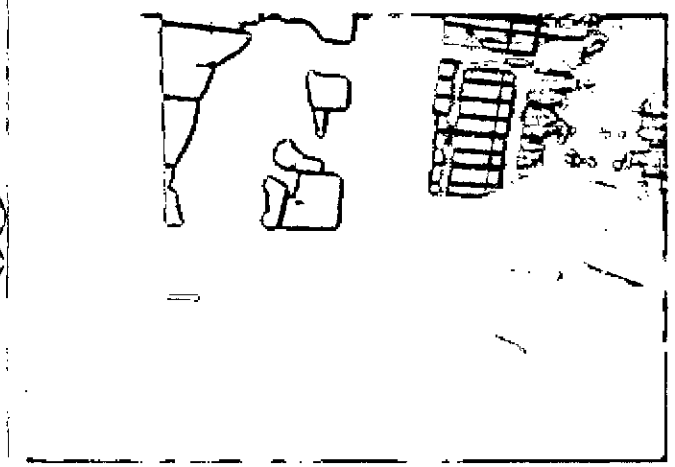
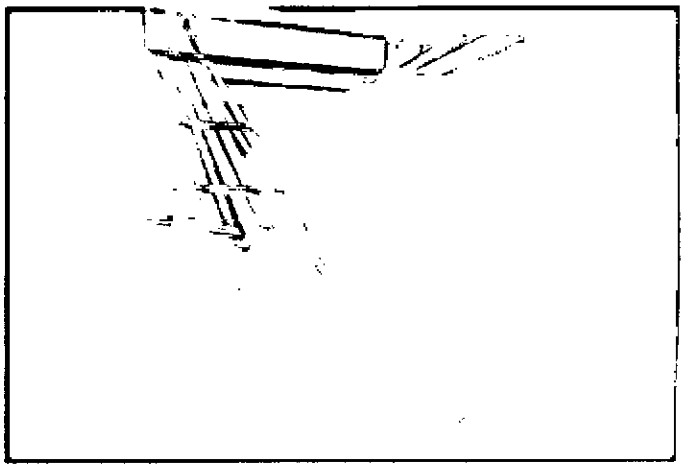
NOTA: AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO EL EMPLEADO DECLARA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES VERAZ, CUALQUIER FALSEDAD U OMISION SERA SANCIONADA BAJO LAS LEYES PENALES APLICABLES.

ANEXO 2

REGISTRO FOTOGRAFICO

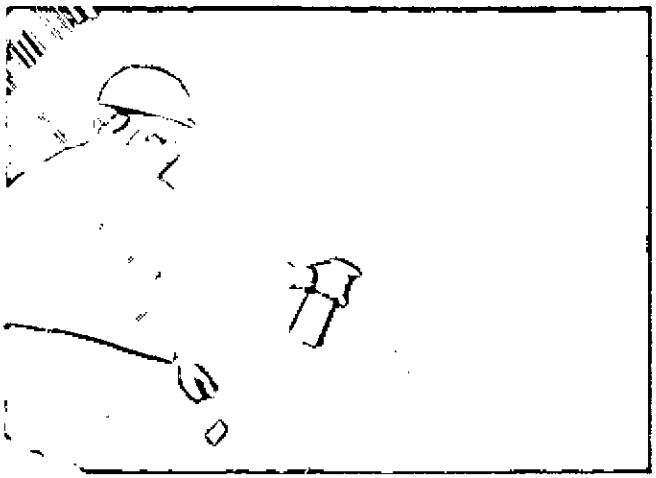
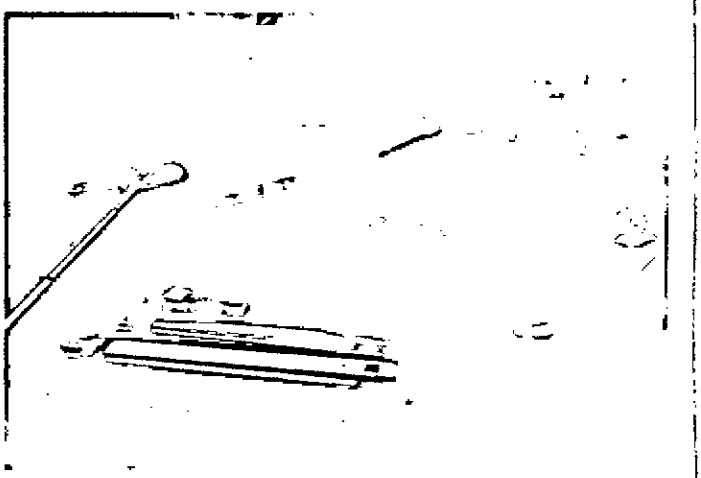
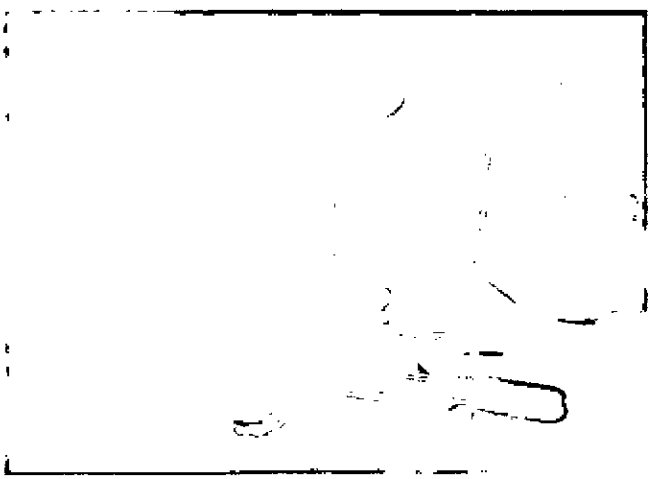
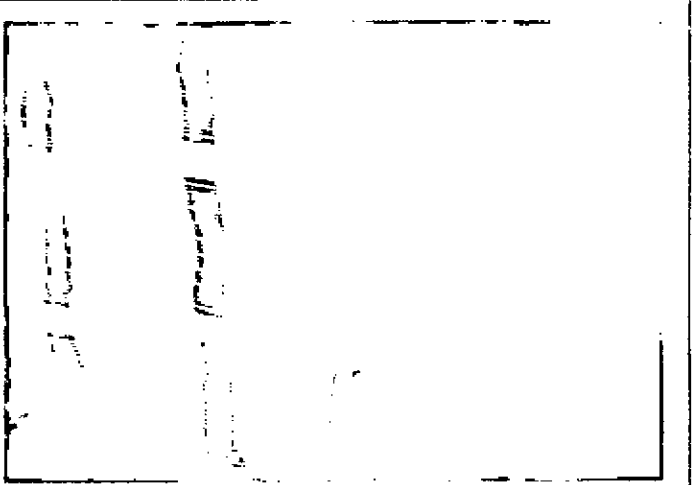
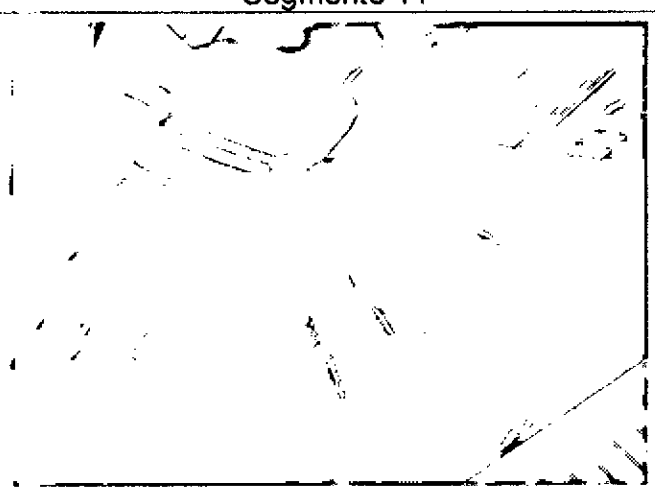
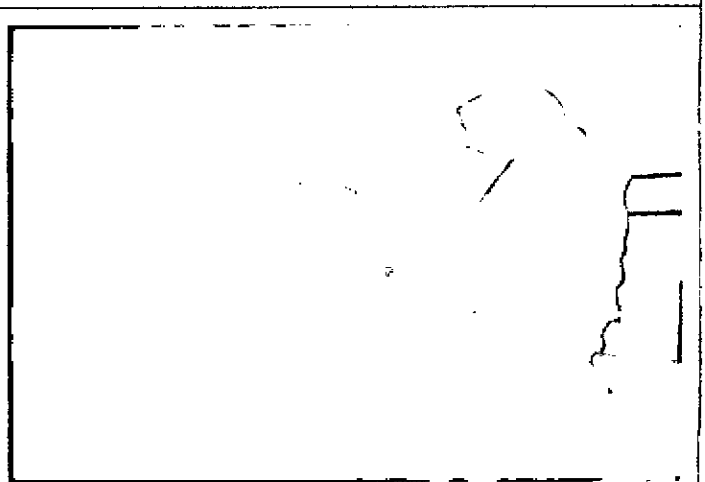
3341

REGISTRO FOTOGRAFICO CONTRATO MARTIRES 137-2019
PERIODO 21 DE NOVIEMBRE AL 26 DE NOVIEMBRE DE 2020, DEL 22 DE DICIEMBRE AL 20 DE ENERO 2021

	
Limpieza y desinfección de puertas, pisos, y bodega en general- Segmento 9	Limpieza y desinfección de puertas, pisos, y bodega en general- Segmento 9
	
Limpieza y desinfección de puertas, pisos, y bodega en general- Segmento 11	Limpieza y desinfección de puertas, pisos, y bodega en general- Segmento 11
	
Limpieza y desinfección punto PAC	Limpieza y desinfección punto PAC

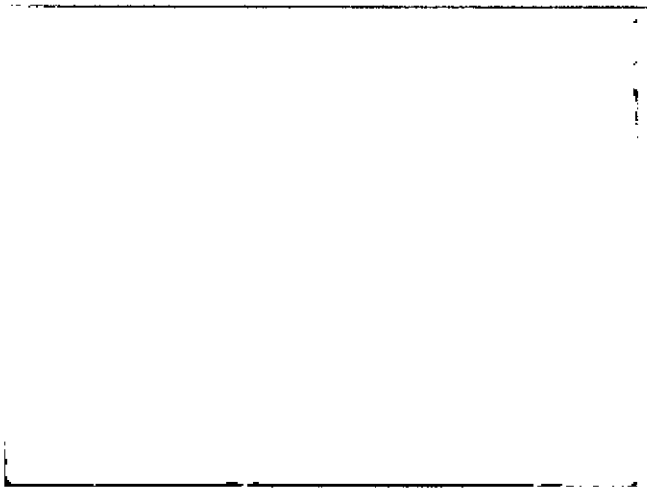
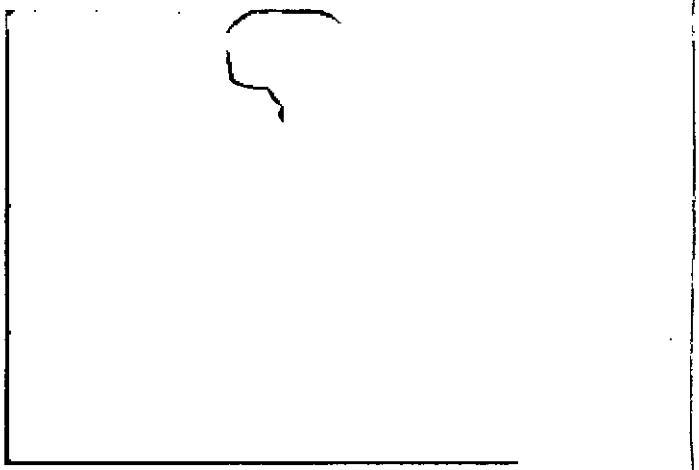
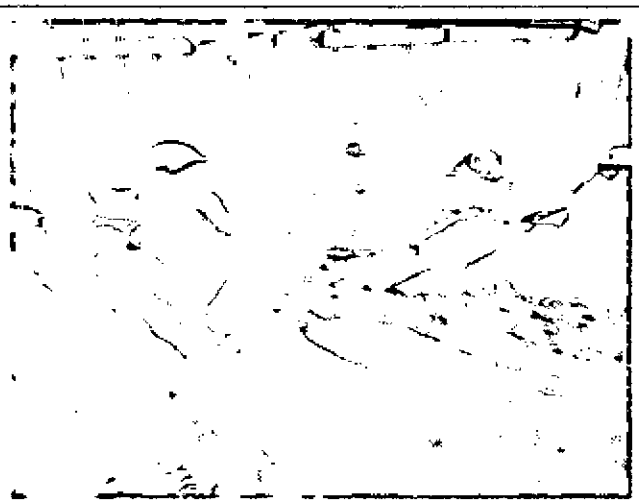
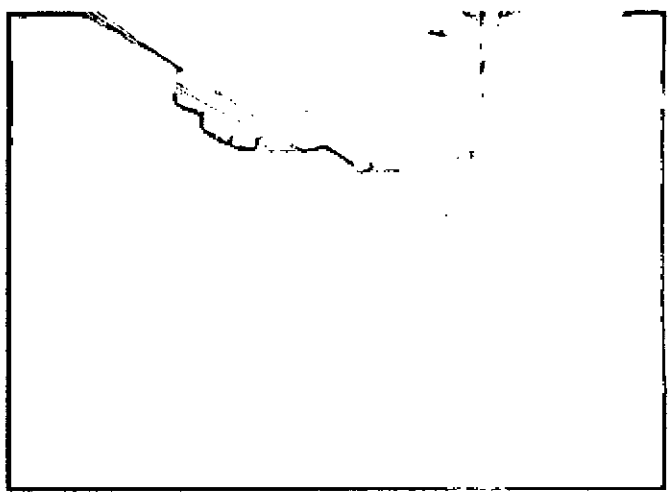
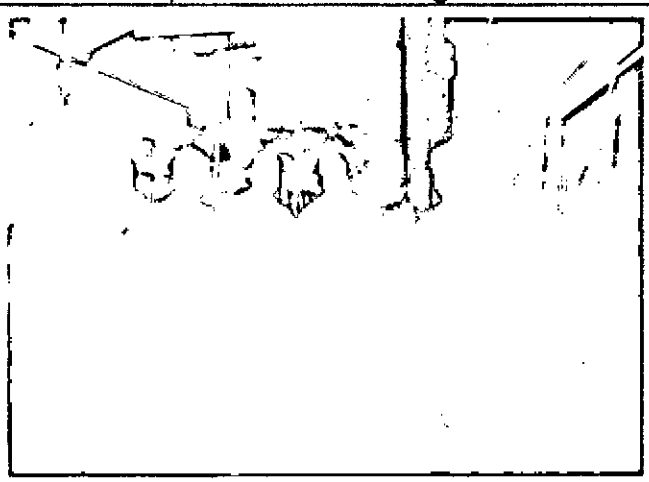
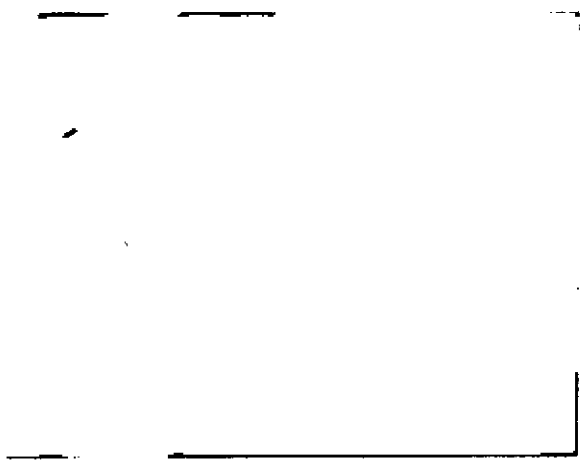
3342 537

REGISTRO FOTOGRAFICO CONTRATO MARTIRES 137-2019
PERIODO 21 DE NOVIEMBRE AL 26 DE NOVIEMBRE DE 2020, DEL 22 DE DICIEMBRE AL 20 DE ENERO 2021

	
Limpieza y desinfección herramientas- Segmento 9	Limpieza y desinfección de herramientas- Segmento 9
	
Limpieza y desinfección de herramientas- Segmento 11	Punto de aislamiento covid- Segmento 11
	
Limpieza y desinfección de puertas, pisos, y bodega en general- Segmento 1819	Limpieza y desinfección de puertas, pisos, y bodega en general- Segmento 1819

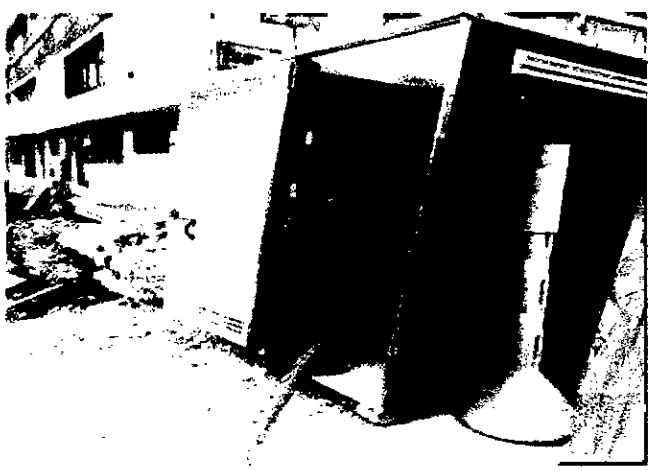
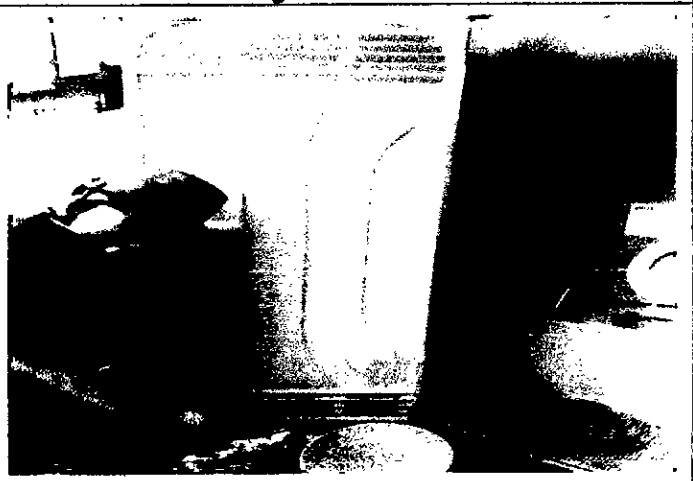
3343 S78

REGISTRO FOTOGRAFICO CONTRATO MARTIRES 137-2019
PERIODO 21 DE NOVIEMBRE AL 26 DE NOVIEMBRE DE 2020, DEL 22 DE DICIEMBRE AL 20 DE ENERO 2021

	
Limpieza y desinfección de baño- Segmento 11	Limpieza y desinfección de baño- Segmento 11
	
Uso de tapabocas diario- Segmento 1819	Uso de tapabocas diario- Segmento 9
	
Uso de tapabocas diario- Segmento 11	Limpieza y desinfección de herramientas- Segmento 1819

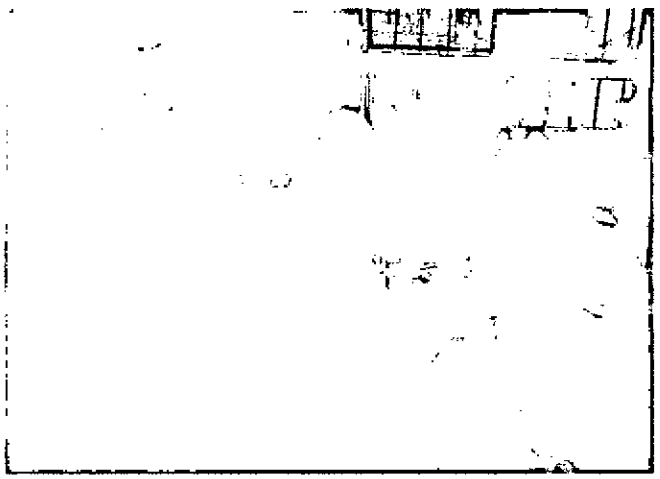
3344 339

REGISTRO FOTOGRAFICO CONTRATO MARTIRES 137-2019
PERIODO 21 DE NOVIEMBRE AL 26 DE NOVIEMBRE DE 2020, DEL 22 DE DICIEMBRE AL 20 DE ENERO 2021

	
Desinfección de ropa personal y calzado al ingreso de la jornada- Segmento 11	Desinfección de ropa personal y calzado al ingreso de la jornada- Segmento 11
	
Limpieza y desinfección de baño- Segmento1819	Limpieza y desinfección de baño- Segmento1819
	
Limpieza y desinfección de baño- Segmento 9	Limpieza y desinfección de baño- Segmento 9

3345 $40

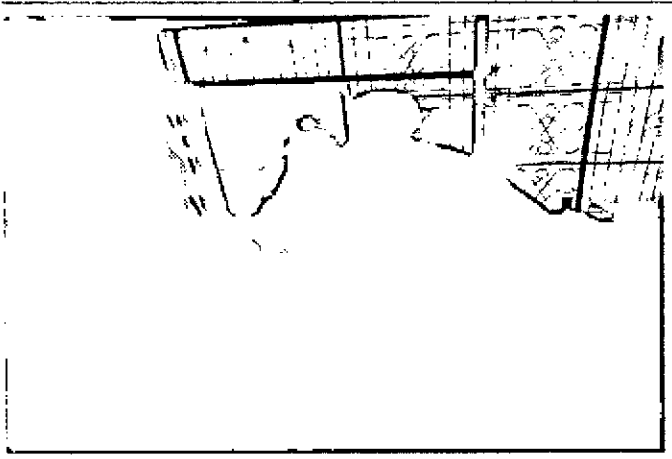
REGISTRO FOTOGRAFICO CONTRATO MARTIRES 137-2019
PERIODO 21 DE NOVIEMBRE AL 26 DE NOVIEMBRE DE 2020, DEL 22 DE DICIEMBRE AL 20 DE ENERO 2021



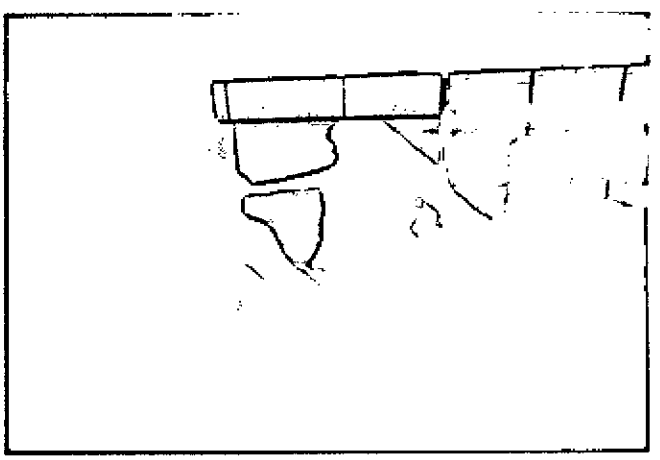
Ropa de cambio guardada en bolsas plásticas- Segmento 9



Ropa de cambio guardada en bolsas plásticas-Segmento 11



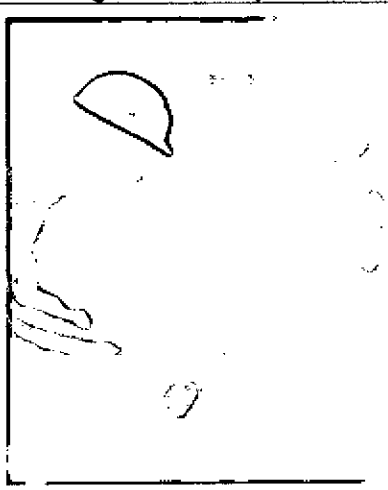
Desinfección de ropa personal y calzado al ingreso de la jornada- Segmento 1819



Desinfección de ropa personal y calzado al ingreso de la jornada- Segmento 1819



Desinfección de ropa personal y calzado al ingreso de la jornada- Segmento 9



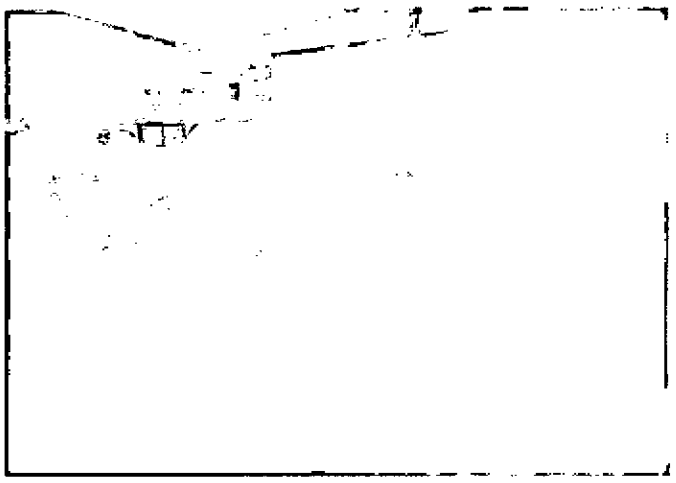
Desinfección de ropa personal y calzado al ingreso de la jornada- Segmento 9

3346 S41

REGISTRO FOTOGRAFICO CONTRATO MARTIRES 137-2019
PERIODO 21 DE NOVIEMBRE AL 26 DE NOVIEMBRE DE 2020, DEL 22 DE DICIEMBRE AL 20 DE ENERO 2021



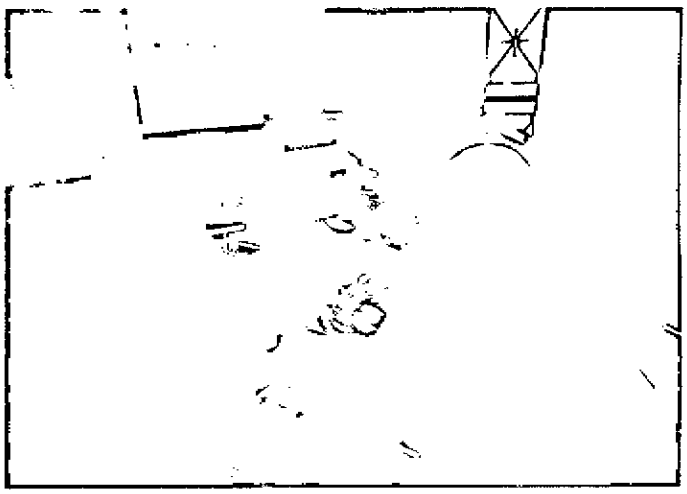
Toma de temperatura al ingreso de la jornada-Segmento 11



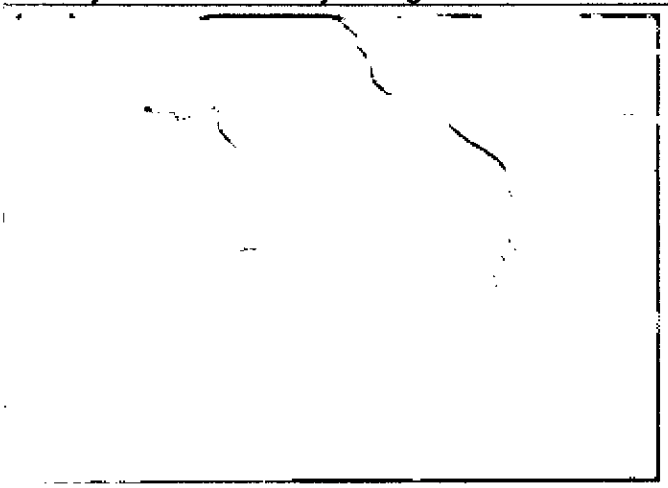
Maquinaria en frente de obra – Segmento 11



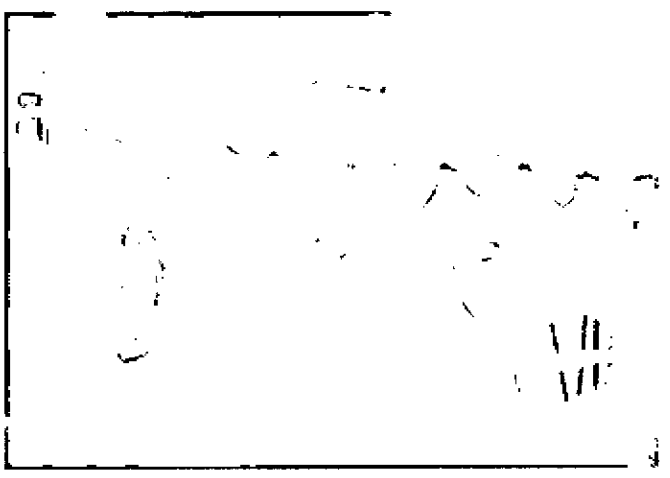
Lavado de manos al ingreso y durante la jornada de trabajo- Segmento 1819



Lavado de manos al ingreso y durante la jornada de trabajo- Segmento 9



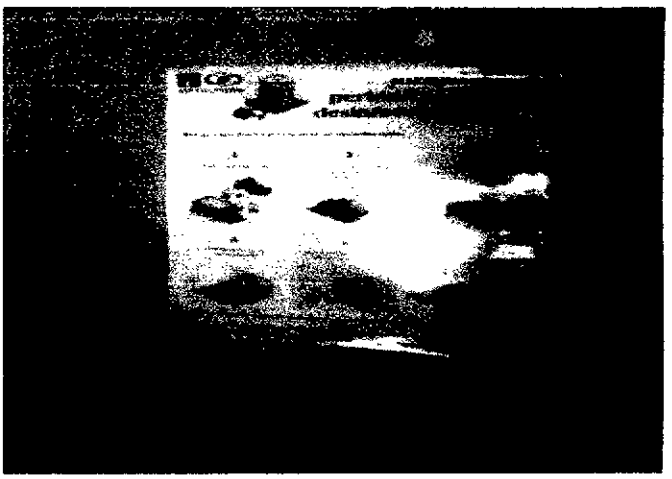
Lavado de manos al ingreso y durante la jornada de trabajo- Segmento 11



Ropa de cambio guardada en bolsas plásticas- Segmento 1819

3347 542

REGISTRO FOTOGRAFICO CONTRATO MARTIRES 137-2019
PERIODO 21 DE NOVIEMBRE AL 26 DE NOVIEMBRE DE 2020, DEL 22 DE DICIEMBRE AL 20 DE ENERO 2021

	
Protocolo e insumos para lavado de manos- Segmento 11	Recomendaciones ante covid 19- Segmento 11
	
Recomendaciones ante covid 19- Segmento 11	Recomendaciones ante covid 19- Segmento 11
	
Toma de temperatura al ingreso de la jornada-Segmento 1819	Toma de temperatura al ingreso de la jornada- Segmento 9

3348 543

ANEXO 3

REGISTRO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

S44

3349

CON & CON CONSTRUCCIONES Y CLIMATIZACIONES

FORMATO
DESINFECCIÓN ÁREAS COMUNES

CODIGO FECHA: VER

1. Antes de hacer uso de espacios o áreas comunes se debe garantizar la desinfección de estas.	2. El no realizar la desinfección programada aumentará el riesgo de exposición a COVID-19	3. Si se detecta focos de infección se debe validar el área afectada y realizar nueva desinfección.	4. En los casos en que se marque el No Aplica (NA) se deberá sustentar el criterio en

PROYECTO: Martires Civil 19

CONTRATISTA: _____ RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: _____

HORA DE INICIO: _____ HORA FINAL: _____ (Vigencia por un turno de trabajo)

SEMANA DEL 21 AL 28 MES 11 AÑO 2020

DESCRIPCION DE LA TAREA: Limpieza y desinfección de áreas

Seleccione con una X la sustancia a utilizar durante la jornada de desinfección.

Hipoclorito de sodio:		Alcohol Etilico	✓			Otro, ¿cuál?:	

LISTA DE VERIFICACION - ACTIVIDAD DE DESINFECCION

Conozco el trabajo que voy a realizar, he consultado y tengo plena claridad de los procedimientos a emplear, dispongo y se usar los elementos de protección personal establecidos, conozco las Hojas de Seguridad de las sustancias químicas a utilizar, certifico que mis condiciones de salud no me impiden la realizacion de estos trabajos en forma segura.

que con X en la casilla SI, según corresponda. si no aplica marque NA.

Momento Act, Indique Momento de la Actividad (MA): marque con [✓] ; AT: Antes del Turno, DT: Durante el Turno, FT: Finalizado el Turno

			LUNES				MARTES				MIERCOLES				JUEVES				VIERNES				SABADO		
			SI	Momento Act			SI	Momento Act			SI	Momento Act			SI	Momento Act			SI	Momento Act			SI	Momento Act	
				AT	DT	FT		AT	DT	FT		AT	DT	FT		AT	DT	FT		AT	DT	FT		AT	DT	FT
		Se retiró la caneca o recipiente, retiró la bolsa de los residuos y se cerró, se lavaron, secaron las canecas y se colocó nuevamente la bolsa indicada al finalizar toda la actividad de desinfección.		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓
BAÑOS Y LAVAMANOS (Fijos y Portátiles)	BAÑOS	Se realizó vaciado del agua del tanque al menos una vez antes de lavar el sanitario Se aplicó detergente en perillas, chapas, candados u otros elementos de cierre de puertas.																							
		Se aplicó detergente, por todas las superficies del sanitario, iniciando por la parte exterior, la base, el área de atrás, las tuberías y las bisagras.		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓
		Se limpió la parte interior del sanitario con un cepillo de mango largo, posteriormente se aplicó la solución desinfectante (hipoclorito de sodio al 0,01%, por aspersión). Al finalizar soltar nuevamente el tanque, y secar la parte exterior del sanitario.																							
	LAVAMANOS	El proceso de limpieza se inició con lavado de las paredes, lavamanos, llaves, jabonera, y las perillas de la puerta.		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓
		Se lavó el piso, paredes y techo con un cepillo y solución detergente, de ser necesario se trapea para retirar el detergente, posteriormente se aplicó la solución desinfectante (Hipoclorito de sodio al 5%, por as)		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓
		Al finalizar la limpieza se verificó que los drenajes (desagües) se encuentren despejados																							
		Se coloca la dotación del baño (jabón antibacterial, papel higiénico, toallas de papel); se coloca bolsa nueva de residuos		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓
		Se ubicó avisos de precaución de piso húmedo para evitar accidentes. (si aplica)																							
COMEDORES	Limpieza del area del comedor	Se limpió las mesas para retirar restos de alimentos, realizado con un paño húmedo.		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓
		Se desinfectó mesas y comedores antes y después de ser utilizados.																							
	Implementos comunes (microondas, estufas, etc)	Se desconectó los equipos previo a la realización de las labores de limpieza.																							
		Se realizó la limpieza y desinfección de estos implementos después de sus uso.																							
		Se hizo limpieza y desinfección en cada uso, en especial durante la rotación de grupos de personal para las Medias nueve, Almuerzos, Onces y/o Cenas																							
ÁREAS DE TRABAJO		Se restringió el ingreso de personas mientras se realizaba la actividad. Permitiendo supervisión de responsable del campamento, garantizando que no haya perdida de objetos.		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓
	ZONA DE TRÁNSITO	Antes de permitir el ingreso y antes de realizar la desinfección, se aseguró que no haya personal cerca al ÁREA DE TRABAJO, o este aislado mínimo a 10 mts.		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓
		Se aplicó Hipoclorito de sodio(0,01%) por sistema de aspersión, en pasillos, escaleras fijas, barandas, chapas, perillas candados, puertas, senderos peatonales, dejando que la sustancia actúe.																							
BAÑO		Se verificó que no haya personal al interior del cuarto, y se verificó que no se encuentra alguna persona aislada por sospecha de síntomas de Covid-19		✓				✓				✓				✓				✓				✓		
		Se dispuso correctamente de los residuos sólidos y residuos peligrosos en bolsa roja.																							
CUARTO ASEO		Se realizó limpieza de sillas, mesas, camillas y demás superficies, utilizando Alcohol Etílico (70%)																							
		Se realizó desinfección de paredes y techos utilizando Hipoclorito de sodio (0,001%) por aspersión.																							
OFICINAS (Mesas, Sillas, Escritorios, Computadores, Teclados, Mouse, Teléfonos, Impresoras, Fotocopiadoras, Archivadores, Estantes, Puertas, Ventanas, Cortinas, Persianas, Paredes, Techos, Pisos)		Se realizó desinfección de paredes y techos utilizando hipoclorito de sodio (0,001%) por aspersión.		✓				✓				✓				✓				✓				✓		
		Se realizó limpieza de elementos de oficina, tales como cosedoras, perforadoras, grapadoras, esferos y demás elementos manipulados y usados en oficina, usando Alcohol Etílico al 70%.		✓				✓				✓				✓				✓				✓		
		En Bodegas de cemento, tubería, herrería, acopio de químicos,																							
		Para la manipulación o entrega de herramientas, EPP se realiza desinfeccioncon una toalla humeda o por aspersion a cada elemento.		✓				✓				✓				✓				✓				✓		
		Se recolectó todas las herramientas **Manuales, Eléctricas o Neumáticas,** en un sitio acorde para su almacenamiento y posterior jornada de desinfección, y están inventariadas.		✓				✓				✓				✓				✓				✓		
		Estando desconectadas o sin energía, se limpiaron las herramientas, quedando libres de polvo, barro o grases.																							
HERRAMIENTAS Y EQUIPO MAYOR	H. MANUALES	Se distribuyó sobre una superfie plana las **Herramientas manuales (De medición, trazo, sujeción, torsión, corte, para limar, abrir agujeros, de golpe, de desbaste, para atornillar o desatornillar, de succión, de transporte manual).** Se aplicó uniformemente sobre las herramientas (Alcohol al 70%) por aspersión, dejando que actue la sustancia																							
	H. ELECTRICAS	Se distribuyó sobre una superfie plana las **Herramientas Eléctricas (Taladros, pulidoras, esmeriles, sierras, tronzadora, rotomartillos).** Se limpió la herramienta con Alcohol Etílico al 70%, dejando que actue la sustancia.																							
	H. NEUMÁTICAS	Sobre las **Herramientas Neumáticas o de potencia (Martillo hidraúlico, motobombas, compresores, bombas de succión).** Se aplicó Hipoclorito de sodio (0,001%) por aspersión, dejando que actue la sustancia.																							
	EQUIPO MAYOR	Se desinfectó aplicando Alcohol Etílico al 70% en mandos, botones, palancas, volantes, espejos, manijes, puertas, candados y demás partes manipulables por el operador o ayudante en los Cargadores de llanta u oruga, minicargadores, Excavadoras, piloteadoras, grúas y demás equipos **NOTA: en el preoperacional de cada equipo debe registrarse la anotación de la jornada de desinfección**	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓
		Firma responsable de Ejecución de la actividad (Operario)	JUAN				JUAN				JUAN				[illegible]				[illegible]				[illegible]		
		Firma responsable de Verificación de la actividad (Jefe inmediato, SSTA o Residente):	Milena				Milena				Milena				Milena				MILENA				Milena		
			6.1				6.1				6.1				6.1				6.1				6.1		

CON & CON

FORMATO
DESINFECCIÓN ÁREAS COMUNES

CÓDIGO: FECHA: VER

1. Antes de hacer uso de espacios o áreas comunes se debe garantizar la desinfección de estas.	2. El no realizar la desinfección programada aumentará el riesgo de exposición a COVID-19	3. Si se detecta focos de infección se debe validar el área afectada y realizar nueva desinfección.	4. En los casos en que se marque el No Aplica (NA) se deberá sustentar el criterio en

PROYECTO: Marlves Cuo 9

CONTRATISTA: _____ RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: _____

HORA DE INICIO: _____ HORA FINAL: _____ (Vigencia por un turno de trabajo)

DESCRIPCION DE LA TAREA: Limpieza y desinfección de áreas

SEMANA DEL 23 AL 28 MES 11 AÑO 2020

Seleccione con una X la sustancia a utilizar durante la jornada de desinfección.

Hipoclorito de sodio:		Alcohol Etílico	✓			Otro, ¿cuál?:	

LISTA DE VERIFICACIÓN - ACTIVIDAD DE DESINFECCIÓN

Conozco el trabajo que voy a realizar, he consultado y tengo plena claridad de los procedimientos a emplear, dispongo y se usar los elementos de protección personal establecidos, conozco las Hojas de Seguridad de las sustancias químicas a utilizar, certifico que mis condiciones de salud no me impiden la realizacion de estos trabajos en forma segura.

Marque con X en la casilla SI, según corresponda. si no aplica marque NA.

Momento Act, Indique Momento de la Actividad (MA): marque con ✓ ; AT: Antes del Turno, DT: Durante el Turno, FT Finalizado el Turno

			LUNES				MARTES				MIERCOLES				JUEVES				VIERNES				SABADO			
			SI	Momento Act			SI	Momento Act			SI	Momento Act			SI	Momento Act			SI	Momento Act			SI	Momento Act		
				AT	DT	FT		AT	DT	FT		AT	DT	FT		AT	DT	FT		AT	DT	FT		AT	DT	FT
BAÑOS Y LAVAMANOS (Fijos y ...tes)		Se retiró la caneca o recipiente, retiró la bolsa de los residuos y se cerró, se lavaron, secaron las canecas y se colocó nuevamente la bolsa indicada al finalizar toda la actividad de desinfección.		✓	✓															✓		✓				
	BAÑOS	Se realizó vaciado del agua del tanque al menos una vez antes de lavar el sanitario. Se aplicó detergente en perillas, chapas, candados u otros elementos de cierre de puertas.		✓																✓						
		Se aplicó detergente, por todas las superficies del sanitario, iniciando por la parte exterior, la base, el área de atrás, las tuberías y las bisagras.		✓																✓						
		Se limpió la parte interior del sanitario con un cepillo de mango largo, posteriormente se aplicó la solución desinfectante (hipoclorito de sodio al 0,01%, por aspersión). Al finalizar soltar nuevamente el tanque, y secar la parte exterior del sanitario.		✓																✓						
	LAVAMANOS	El proceso de limpieza se inició con lavado de las paredes, lavamanos, llaves, jabonera, y las perillas de la puerta																								
		Se lavó el piso, paredes y techo con un cepillo y solución detergente, de ser necesario se trapea para retirar el detergente, posteriormente se aplicó la solución desinfectante (Hipoclorito de sodio al 5%, por as)		✓																✓						
		Al finalizar la limpieza se verificó que los drenajes (desagües) se encuentren despejados																								
		Se coloca la dotación del baño (jabón antibacterial, papel higiénico, toallas de papel); se coloca bolsa nueva de residuos		✓																✓						
		Se ubicó avisos de precaución de piso húmedo para evitar accidentes. (si aplica)																								
COMEDORES	Limpieza del área del comedor	Se limpió las mesas para retirar restos de alimentos, realizado con un paño húmedo.																								
		Se desinfectó mesas y comedores antes y después de ser utilizados.		✓	✓		✓	✓			✓		✓		✓		✓		✓		✓					
	Implementos comunes (microondas, estufas, etc)	Se desconectó los equipos previo a la realización de las labores de limpieza.																								
		Se realizó la limpieza y desinfección de estos implementos después de sus uso.																								
		Se hizo limpieza y desinfección en cada uso, en especial durante la rotación de grupos de personal para las Medias nueve, Almuerzos, Onces y/o Cenas.																								
AREAS DE TRABAJO		Se restringió el ingreso de personas mientras se realizaba la actividad. Permitiendo supervisión de responsable del campamento, garantizando que no haya perdida de objetos		✓	✓		✓	✓			✓		✓		✓		✓		✓		✓					
	ZONA DE TRÁNSITO	Antes de permitir el ingreso y antes de realizar la desinfección, se aseguró que no haya personal cerca al ÁREA DE TRABAJO, o este aislado mínimo a 10 mts.																								
		Se aplicó Hipoclorito de sodio(0,01%) por sistema de aspersión, en pasillos, escaleras fijas, barandas, chapas, perillas, candados, puertas, senderos peatonales, dejando que la sustancia actúe.																								
...E ...O		Se verificó que no haya personal al interior del cuarto, y se verificó que no se encuentra alguna persona aislada por sospecha de síntomas de Covid-19		✓	✓		✓	✓			✓		✓		✓		✓		✓		✓					
		...e dispuso correctamente de los residuos sólidos y residuos peligrosos en bolsa roja.																								
CUAR... AISL...		Se realizó limpieza de sillas, mesas, camillas y demás superficies, utilizando Alcohol Etílico (70%)																								
		Se realizó desinfección de paredes y techos utilizando Hipoclorito de sodio (0,001%) por aspersión.																								
ALMACÉN - BODEGAS		Se realizó desinfección de paredes y techos utilizando hipoclorito de sodio (0,001%) por aspersión.																								
		Se realizó limpieza de elementos de oficina, tales como cosedoras, perforadoras, grapadores, esferos y demás elementos manipulados y usados en oficina, usando Alcohol Etílico al 70%		✓	✓		✓	✓			✓		✓		✓		✓		✓		✓					
		En Bodegas de cemento, tubería, herrería, acopio de químicos,																								
		Para la manipulación o entrega de herramientas, EPP se realiza desinfeccioncon una toalla humeda o por aspersion a cada elemento.		✓	✓		✓	✓			✓		✓		✓		✓		✓		✓					
HERRAMIENTAS Y EQUIPO MAYOR		Se recolectó todas las herramientas **Manuales, Eléctricas o Neumáticas,** en un sitio acorde para su almacenamiento y posterior jornada de desinfección, y están inventariadas.		✓																						
		Estando desconectadas o sin energía, se limpiaron las herramientas, quedando libres de polvo, barro o grasas.																								
	H. MANUALES	Se distribuyó sobre una superfie plana las **Herramientas Manuales (De medición, trazo, sujeción, torsión, corte, para limar, abrir agujeros, de golpe, de desbaste, para atornillar o desatornillar, de succión, de transporte manual).** **Se aplicó** uniformemente sobre las herramientas (Alcohol al 70%) por aspersión, dejando que actue la sustancia		✓	✓		✓	✓			✓		✓		✓		✓		✓		✓					
	H. ELÉCTRICAS	Se distribuyó sobre una superfie plana las **Herramientas Eléctricas (Taladros, pulidoras, esmeriles, sierras, tronzadora, rotomartillos).** **Se limpió** la herramienta con Alcohol Etílico al 70%, dejando que actue la sustancia.																								
	H. NEUMÁTICAS	Sobre las **Herramientas Neumáticas o de potencia (Martillo hidraúlico, motobombas, compresores, bombas de succión).** **Se aplicó** Hipoclorito de sodio (0,001%) por aspersión, dejando que actue la sustancia.																								
	EQUIPO MAYOR	Se desinfectó aplicando Alcohol Etílico al 70% en mandos, botones, palancas, volantes, espejos, manijas, puertas, candados y demás partes manipulables por el operador o ayudante en los Cargadores de llanta u oruga, minicargadores, Excavadoras, piloteadoras, grúas y demás equipos **NOTA: en el preoperacional de cada equipo debe registrarse la anotación de la jornada de desinfección**		✓	✓		✓	✓			✓		✓		✓		✓		✓		✓					
		Firma responsable de Ejecución de la actividad (Operario)		Yoser				Yoser				Yoser				Yoser				Yoser				Yoser		
		Firma responsable de Verificación de la actividad (Jefe inmediato, SSTA o Residente):		Milena				Milena				Milena				Milena				Milena				Milena		
				6.1				6.1				6.1				6.1				6.1						

3350 SHS

CON & CON

FORMATO
DESINFECCIÓN ÁREAS COMUNES

CODIGO: FECHA: VER

1. Antes de hacer uso de espacios o áreas comunes se debe garantizar la desinfección de estas.
2. El no realizar la desinfección programada aumentará el riesgo de exposición a COVID-19
3. Si se detecta focos de infección se debe validar el área afectada y realizar nueva desinfección.
4. En los casos en que se marque el No Aplica (NA) se deberá sustentar el criterio en

PROYECTO: Martires Civ 4

CONTRATISTA: _____ RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: _____

HORA DE INICIO: _____ HORA FINAL: _____ (Vigencia por un turno de trabajo)

SEMANA DEL 21 AL 26 MES 12 AÑO 2020

DESCRIPCION DE LA TAREA: Limpieza y DESINFECCIÓN

Seleccione con una X la sustancia a utilizar durante la jornada de desinfección.

Hipoclonto de sodio:		Alcohol Etilico	✓			Otro, ¿cuál?:	

LISTA DE VERIFICACION - ACTIVIDAD DE DESINFECCIÓN

Conozco el trabajo que voy a realizar, he consultado y tengo plena claridad de los procedimientos a emplear, dispongo y se usar los elementos de protección personal establecidos, conozco las Hojas de Seguridad de las sustancias químicas a utlizar, certifico que mis condiciones de salud no me impiden la realizacion de estos trabajos en forma segura.

Marque con X en la casilla SI, según corresponda. si no aplica marque NA.

Momento Act, Indique Momento de la Actividad (MA): marque con ✓ ; AT: Antes del Turno, DT: Durante el Turno, FT: Finalizado el Turno

			LUNES				MARTES				MIERCOLES				JUEVES				VIERNES				SABADO			
			SI	Momento Act			SI	Momento Act			SI	Momento Act			SI	Momento Act			SI	Momento Act			SI	Momento Act		
				AT	DT	FT		AT	DT	FT		AT	DT	FT		AT	DT	FT		AT	DT	FT		AT	DT	FT
LAVAMANOS (Fijos y P		Se retiró la caneca o recipiente, retiró la bolsa de los residuos y se cerró, se lavaron, secaron las canecas y se colocó nuevamente la bolsa indicada al finalizar toda la actividad de desinfección.																								
	BAÑOS	Se realizó vaciado del agua del tanque al menos una vez antes de lavar el sanitario. Se aplicó detergente en perillas, chapas, candados u otros elementos de cierre de puertas.																								
		Se aplico detergente, por todas las superficies del sanitario, iniciando por la parte exterior, la base, el área de atrás, las tuberías y las bisagras.																								
		Se limpió la parte interior del sanitario con un cepillo de mango largo, posteriormente se aplicó la solución desinfectante (hipoclorito de sodio al 0,01%, por aspersión). Al finalizar soltar nuevamente el tanque, y secar la parte exterior del sanitario.																								
	LAVAMANOS	El proceso de limpieza se inició con lavado de las paredes, lavamanos, llaves, jabonera, y las perillas de la puerta																								
		Se lavó el piso, paredes y techo con un cepillo y solución detergente, de ser necesario se trapea para retirar el detergente, posteriormente se aplicó la solución desinfectante (Hipoclorito de sodio al 5%, por as)																								
		Al finalizar la limpieza se verificó que los drenajes (desagües) se encuentren despejados																								
		Se coloca la dotación del baño (jabón antibacterial, papel higiénico, toallas de papel); se coloca bolsa nueva de residuos																								
		Se ubicó avisos de precaución de piso húmedo para evitar accidentes. (si aplica)																								
COMEDORES	Limpieza del área del comedor	Se limpió las mesas para retirar restos de alimentos, realizado con un paño húmedo.																								
		Se desinfectó mesas y comedores antes y después de ser utilizados.		✓	✓			✓	✓			✓	✓													
	Implementos comunes (microondas, estufas, etc)	Se desconectó los equipos previo a la realización de las labores de limpieza.																								
		Se realizó la limpieza y desinfección de estos implementos después de sus uso.																								
		Se hizo limpieza y desinfección en cada uso, en especial durante la rotación de grupos de personal para las Medias nueve, Almuerzos, Onces y/o Cenas																								
AREAS DE TRABAJO		Se restringió el ingreso de personas mientras se realizaba la actividad Permitiendo supervisión de responsable del campamento, garantizando que no haya perdida de objetos.		✓	✓			✓	✓			✓	✓													
	ZONA DE TRANSITO	Antes de permitir el ingreso y antes de realizar la desinfección, se aseguró que no haya personal cerca al ÁREA DE TRABAJO, o este aislado mínimo a 10 mts.																								
		Se aplico Hipoclorito de sodio(0,01%) por sistema de aspersión, en pasillos, escaleras fijas, barandas, chapas, perillas, candados, puertas, senderos peatonales, dejando que la sustancia actúe.																								
F		Se verificó que no haya personal al interior del cuarto, y se verificó que no se encuentra alguna persona aislada por sospecha de síntomas de Covid-19		✓	✓			✓	✓			✓	✓													
CUART AISLA		Se dispuso correctamente de los residuos sólidos y residuos peligrosos en bolsa roja.																								
		Se realizó limpieza de sillas, mesas, camillas y demás superficies, utilizando Alcohol Etilico (70%)																								
		Se realizó desinfección de paredes y techos utilizando Hipoclorito de sodio (0,001%) por aspersión.																								
ALMACEN - BODEGAS		Se realizó desinfección de paredes y techos utilizando hipoclorito de sodio (0,001%) por aspersión																								
		Se realizó limpieza de elementos de oficina, tales como cosedoras, perforadoras, grapadoras, esferos y demás elementos manipulados y usados en oficina, usando Alcohol Etilico al 70%.		✓	✓			✓	✓			✓	✓													
		En Bodegas de cemento, tubería, herrería, acopio de químicos,																								
		Para la manipulación o entrega de herramientas, EPP se realiza desinfeccioncon una toalla humeda o por aspersion a cada elemento		✓																						
		Se recolectó todas las herramientas **Manuales, Eléctricas o Neumáticas**, en un sitio acorde para su almacenamiento y posterior jornada de desinfección, y están inventariadas.		✓	✓			✓	✓			✓	✓													
HERRAMIENTAS Y EQUIPO MAYOR		Estando desconectadas o sin energía, se limpiaron las herramientas, quedando libres de polvo, barro o grasas.																								
	H. MANUALES	Se distribuyó sobre una superfie plana las **Herramientas Manuales (De medición, trazo, sujeción, torsión, corte, para limar, abrir agujeros, de golpe, de desbaste, para atornillar o desatornillar, de succión, de transporte manual).** Se aplicó uniformemente sobre las herramientas (Alcohol al 70%) por aspersión, dejando que actue la sustancia		✓	✓			✓				✓														
	H. ELECTRICAS	Se distribuyó sobre una superfie plana las **Herramientas Eléctricas (Taladros, pulidoras, esmeriles, sierras, tronzadora, rotomartillos).** Se limpió la herramienta con Alcohol Etilico al 70%, dejando que actue la sustancia		✓	✓			✓				✓														
	H. NEUMATICAS	Sobre las **Herramientas Neumáticas o de potencia (Martillo hidraúlico, motobombas, compresores, bombas de succión).** Se aplicó Hipoclorito de sodio (0,001%) por aspersión, dejando que actue la sustancia.																								
	EQUIPO MAYOR	Se desinfectó aplicando Alcohol Etilico al 70% en mandos, botones, palancas, volantes, espejos, manijas, puertas, candados y demás partes manipulables por el operador o ayudante en los Cargadores de llanta u oruga, minicargadores, Excavadoras, piloteadoras, grúas y demás equipos **NOTA: en el preoperacional de cada equipo debe registrarse la anotación de la jornada de desinfección**		✓	✓			✓	✓			✓	✓													
		Firma responsable de Ejecución de la actividad (Operario):		Yaser Milena				Yaser Milena				Yaser Milena														
		Firma responsable de Verificación de la actividad (Jefe inmediato, SSTA o Residente):		GL				GL				GL														

CON & CON

FORMATO
DESINFECCIÓN ÁREAS COMUNES

CODIGO FECHA: VER

1. Antes de hacer uso de espacios o áreas comunes se debe garantizar la desinfección de estas.	2. El no realizar la desinfección programada aumentará el riesgo de exposición a COVID-19	3. Si se detecta focos de infección se debe validar el área afectada y realizar nueva desinfección.	4. En los casos en que se marque el No Aplica (NA) se deberá sustentar el criterio en

PROYECTO: Matires CW 1819

CONTRATISTA: _____ RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: _____

HORA DE INICIO: _____ HORA FINAL: _____ (Vigencia por un turno de trabajo)

DESCRIPCION DE LA TAREA: Limpieza y desinfección de áreas

SEMANA DEL 21 AL 26 MES 12 AÑO 2020

Seleccione con una X la sustancia a utilizar durante la jornada de desinfección.

Hipoclorito de sodio:		Alcohol Etilico	✓			Otro, ¿cuál?:	

LISTA DE VERIFICACION - ACTIVIDAD DE DESINFECCIÓN

Conozco el trabajo que voy a realizar, he consultado y tengo plena claridad de los procedimientos a emplear, dispongo y se usar los elementos de protección personal establecidos, conozco las Hojas de Seguridad de las sustancias químicas a utilizar, certifico que mis condiciones de salud no me impiden la realizacion de estos trabajos en forma segura.

Marque con X en la casilla SI, según corresponda. si no aplica marque NA.

Momento Act, Indique Momento de la Actividad (MA): marque con ✓ ; AT: Antes del Turno, DT: Durante el Turno, FT: Finalizado el Turno

			LUNES				MARTES				MIERCOLES				JUEVES				VIERNES				SABADO		
			SI	Momento Act			SI	Momento Act			SI	Momento Act			SI	Momento Act			SI	Momento Act			SI	Momento Act	
				AT	DT	FT		AT	DT	FT		AT	DT	FT		AT	DT	FT		AT	DT	FT		AT	DT	FT
BAÑOS Y LAVAMANOS (Fijos y P		Se retiró la caneca o recipiente, retiró la bolsa de los residuos y se cerró, se lavaron, secaron las canecas y se colocó nuevamente la bolsa indicada al finalizar toda la actividad de desinfección.		✓	✓		✓	✓			✓	✓														
	BAÑOS	Se realizó vaciado del agua del tanque al menos una vez antes de lavar el sanitario. Se aplico detergente en penillas, chapas, candados u otros elementos de cierre de puertas.																							
		Se aplicó detergente, por todas las superficies del sanitario, iniciando por la parte exterior, la base, el área de atras, las tuberias y las bisagras.		✓	✓		✓	✓			✓	✓														
		Se limpió la parte interior del sanitario con un cepillo de mango largo, posteriormente se aplicó la solución desinfectante (hipoclorito de sodio al 0,01%. por aspersion) Al finalizar soltar nuevamente el tanque, y secar la parte exterior del sanitario																							
	LAVAMANOS	El proceso de limpieza se inició con lavado de las paredes, lavamanos, llaves, jabonera, y las penillas de la puerta.		✓	✓		✓	✓			✓	✓														
		Se lavo el piso, paredes y techo con un cepillo y solución detergente, de ser necesario se trapea para retirar el detergente, posteriormente se aplicó la solución desinfectante (Hipoclorito de sodio al 5%, por as)		✓	✓		✓	✓			✓	✓														
		Al finalizar la limpieza se verificó que los drenajes (desagües) se encuentren despejados																							
		Se coloca la dotación del baño (jabón antibacterial, papel higiénico, toallas de papel); se coloca bolsa nueva de residuos		✓	✓		✓	✓			✓	✓														
		Se ubicó avisos de precaución de piso húmedo para evitar accidentes. (si aplica)																								
COMEDORES	Limpieza del área del comedor	Se limpió las mesas para retirar restos de alimentos. realizado con un paño húmedo.		✓	✓		✓	✓			✓	✓														
		Se desinfectó mesas y comedores antes y después de ser utilizados																								
	Implementos comunes (microondas, neveras, etc.)	Se desconectó los equipos previo a la realización de las labores de limpieza																								
		Se realizó la limpieza y desinfección de estos implementos después de sus uso.																								
		Se hizo limpieza y desinfección en cada uso, en especial durante la rotación de grupos de personal para las Medias nueve, Almuerzos. Onces y/o Cenas																								
AREAS DE TRABAJO		Se restringió el ingreso de personas mientras se realizaba la actividad. Permitiendo supervisión de responsable del campamento, garantizando que no haya perdida de objetos		✓	✓		✓	✓			✓	✓														
	ZONA DE TRÁNSITO	Antes de permitir el ingreso y antes de realizar la desinfección, se aseguró que no haya personal cerca al ÁREA DE TRABAJO o este aislado minimo a 10 mts.		✓	✓		✓	✓			✓	✓														
		Se aplicó Hipoclorito de sodio(0.01%) por sistema de aspersión. en pasillos, escaleras fijas, barandas, chapas, penillas, candados, puertas, senderos peatonales, dejando que la sustancia actúe.																								
BAÑO		Se verificó que no haya personal al interior del cuarto, y se verificó que no se encuentra alguna persona aislada por sospecha de sintomas de Covid-19		✓			✓	✓			✓	✓														
CUARTO AISLA		Se dispuso correctamente de los residuos sólidos y residuos peligrosos en bolsa roja.																								
		Se realizó limpieza de sillas, mesas, camillas y demás superficies. utilizando Alcohol Etilico (70%)																								
		Se realizó desinfección de paredes y techos utilizando Hipoclorito de sodio (0,001%) por aspersión.																								
ALMACEN - BODEGAS		Se realizó desinfección de paredes y techos utilizando hipoclorito de sodio (0,001%) por aspersión.		✓			✓				✓															
		Se realizó limpieza de elementos de oficina, tales como cosedoras, perforadoras, grabadoras, esferos y demás elementos manipulados y usados en oficina usando Alcohol Etilico al 70%.		✓			✓				✓															
		En Bodegas de cemento, tubería, herreria, acopio de químicos,																								
		Para la manipulación o entrega de herramientas, EPP se realiza desinfeccioncon una toalla humeda o por aspersion a cada elemento.		✓			✓				✓															
HERRAMIENTAS Y EQUIPO MAYOR		Se recolectó todas las herramientas **Manuales, Eléctricas o Neumáticas**, en un sitio acorde para su almacenamiento y posterior jornada de desinfección, y están inventariadas.		✓			✓				✓															
		Estando desconectadas o sin energía, se limpiaron las herramientas, quedando libres de polvo, barro o grasas.																								
	H. MANUALES	Se distribuyó sobre una superfie plana las **Herramientas Manuales** **(De medición, trazo, sujeción, torsión, corte, para limar, abrir agujeros, de golpe, de desbaste, para atornillar o desatornillar, de succión, de transporte manual).** **Se aplicó** uniformemente sobre las herramientas (Alcohol al 70%) por aspersión, dejando que actue la sustancia																								
	H. ELÉCTRICAS	Se distribuyó sobre una superfie plana las **Herramientas Eléctricas** **(Taladros, pulidoras, esmeriles, sierras, tronzadora, rotomartillos).** **Se limpió** la herramienta con Alcohol Etilico al 70%, dejando que actue la sustancia																								
	H. NEUMÁTICAS	Sobre las **Herramientas Neumáticas o de potencia** **(Martillo hidraúlico, motobombas, compresores, bombas de succión).** **Se aplicó** Hipoclorito de sodio (0.001%) por aspersión, dejando que actue la sustancia.																								
	EQUIPO MAYOR	Se desinfectó aplicando Alcohol Etilico al 70% en mandos, botones, palancas, volantes, espejos, manijas, puertas, candados y demás partes manipulables por el operador o ayudante en los Cargadores de llanta u oruga, minicargadores, Excavadoras, piloteadoras, grúas y demás equipos **NOTA: en el preoperacional de cada equipo debe registrarse la anotación de la jornada de desinfección**		✓			✓				✓															
		Firma responsable de Ejecución de la actividad (Operario)		Lester			Lester				Lester															
		Firma responsable de Verificación de la actividad (Jefe inmediato, SSTA o Residente):		Milena Gil			Milena Gil				Milena G.															

~~SHO~~

3351

CON & CON

FORMATO
DESINFECCIÓN ÁREAS COMUNES

CÓD:
IGO:
FEC
HA:
VER

1. Antes de hacer uso de espacios o áreas comunes se debe garantizar la desinfección de estas. 2. El no realizar la desinfección programada aumentará el riesgo de exposición a COVID-19 3. Si se detecta focos de infección se debe validar el área afectada y realizar nueva desinfección. 4. En los casos en que se marque el No Aplica (NA) se deberá sustentar el criterio

PROYECTO: Marires Civa

CONTRATISTA: _____ RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: _____

HORA DE INICIO: _____ HORA FINAL: _____ (Vigencia por un turno de trabajo)

DESCRIPCION DE LA TAREA: Limpieza y DESINFECCION

SEMANA DEL 28 AL 02 MES 12 AÑO 2020

Seleccione con una X la sustancia a utilizar durante la jornada de desinfección.

Hipoclorito de sodio:		Alcohol Etílico				Otro, ¿cual?:	

LISTA DE VERIFICACION - ACTIVIDAD DE DESINFECCIÓN

Conozco el trabajo que voy a realizar, he consultado y tengo plena claridad de los procedimientos a emplear, dispongo y se usar los elementos de protección personal establecidos, conozco las Hojas de Seguridad de las sustancias químicas a utilizar. certifico que mis condiciones de salud no me impiden la realizacion de estos trabajos en forma segura.

Marque con X en la casilla SI, según corresponda. si no aplica marque NA,

Momento Act. Indique Momento de la Actividad (MA): marque con ✓ : AT: Antes del Turno, DT: Durante el Turno, FT: Finalizado el Turno

			LUNES				MARTES				MIERCOLES				JUEVES				VIERNES				SABADO			
			SI	Momento Act			SI	Momento Act			SI	Momento Act			SI	Momento Act			SI	Momento Act			SI	Momento Act		
				AT	DT	FT		AT	DT	FT		AT	DT	FT		AT	DT	FT		AT	DT	FT		AT	DT	FT
		Se retiro la caneca o recipiente, retiro la bolsa de los residuos y se cerró, se lavaron, secaron las canecas y se colocó nuevamente la bolsa indicada al finalizar toda la actividad de desinfección.		✓	✓																					
BAÑOS		Se realizo vaciado del agua del tanque al menos una vez antes de lavar el sanitario.																								
		Se aplico detergente en perillas, chapas, candados u otros elementos de cierre de puertas.		✓	✓																					
		Se aplicó detergente, por todas las superficies del sanitario, iniciando por la parte exterior, la base, el área de atrás, las tuberías y las bisagras																								
		Se limpio la parte interior del sanitario con un cepillo de mango largo, posteriormente se aplicó la solución desinfectante (hipoclorito de sodio al 0.01%, por aspersion). Al finalizar soltar nuevamente el tanque, y secar la parte exterior del sanitario		✓																						
LAVAMANOS		El proceso de limpieza se inició con lavado de las paredes, lavamanos, llaves, jabonera, y las perillas de la puerta		✓																						
		Se lavo el piso, paredes y techo con un cepillo y solución detergente, de ser necesario se trapea para retirar el detergente, posteriormente se aplicó la solución desinfectante (Hipoclorito de sodio al 5%, por as)																								
		Al finalizar la limpieza se verifico que los drenajes (desagües) se encuentren despejados																								
		Se coloca la dotación del baño (jabón antibacterial, papel higiénico, toallas de papel); se coloca bolsa nueva de residuos		✓																						
		Se ubico avisos de precaución de piso humedo para evitar accidentes. (si aplica)																								
CORREDORES	Limpieza del area del comedor	Se limpió las mesas para retirar restos de alimentos, realizado con un paño humedo.																								
		Se desinfectó mesas y comedores antes y después de ser utilizados		✓	✓		✓	✓			✓	✓			✓	✓										
	Implementos comunes (microondas, estufas, etc)	Se desconectó los equipos previo a la realización de las labores de limpieza.																								
		Se realizo la limpieza y desinfeccion de estos implementos después de sus uso.																								
		Se hace limpieza y desinfeccion en cada uso, en especial durante la rotacion de grupos de personal para las Medias nueve, Almuerzos, Onces y/o Cenas																								
ÁREAS DE TRABAJO		Se restringio el ingreso de personas mientras se realizaba la actividad. Permitiendo supervisión de responsable del campamento, garantizando que no haya perdida de objetos.		✓	✓		✓	✓			✓	✓			✓	✓										
	ZONA DE TRANSITO	Antes de permitir el ingreso y antes de realizar la desinfección, se aseguró que no haya personal cerca al ÁREA DE TRABAJO, o este aislado mínimo a 10 mts																								
		Se aplicó Hipoclorito de sodio(0.01%) por sistema de aspersión, en pasillos, escaleras fijas, barandas, chapas, perillas, candados, puertas, senderos peatonales, dejando que la sustancia actue																								
CUAR AISLA		Se verificó que no haya personal al interior del cuarto, y se verificó que no se encuentra alguna persona aislada por sospecha de síntomas de Covid-19		✓	✓		✓	✓			✓	✓			✓	✓										
		Se dispuso correctamente de los residuos sólidos y residuos peligrosos en bolsa roja.																								
		Se realizó limpieza de sillas, mesas, camillas y demas superficies, utilizando Alcohol Etílico (70%)																								
		Se realizo desinfeccion de paredes y techos utilizando Hipoclorito de sodio (0.001%) por aspersión																								
ALMACEN - BODEGAS		Se realizo desinfeccion de paredes y techos utilizando hipoclorito de sodio (0.001%) por aspersión																								
		Se realizo limpieza de elementos de oficina, tales como cosedoras, perforadoras, grapadoras, esferos y demás elementos manipulados y usados en oficina, usando Alcohol Etílico al 70%.		✓	✓		✓	✓			✓	✓			✓	✓										
		En Bodegas de cemento, tubería, herrería, acopio de químicos																								
		Para la manipulación o entrega de herramientas, EPP se realiza desinfeccion con una toalla humeda o por aspersión a cada elemento.		✓			✓																			
HERRAMIENTAS Y EQUIPO MAYOR		Se recolectó todas las herramientas Manuales, Electricas o Neumaticas, en un sitio acorde para su almacenamiento y posterior jornada de desinfeccion, y están inventariadas.		✓	✓		✓	✓			✓	✓			✓	✓										
		Estando desconectadas o sin energía, se limpiaron las herramientas, quedando libres de polvo, barro o grasas																								
HERRAMIENTAS MANUALES		Se distribuyo sobre una superficie plana las Herramientas manuales (De medicion, trazo, sujecion, torsión, corte, para limar, abrir agujeros, de golpe, de desbaste, para atornillar o destornillar, de succión, de transporte manual).																								
		Se aplico uniformemente sobre las herramientas (Alcohol al 70%) por aspersión, dejando que actue la sustancia		✓	✓		✓	✓			✓	✓			✓	✓										
HERRAMIENTAS ELECTRICAS		Se distribuyó sobre una superficie plana las Herramientas Eléctricas (Taladros, pulidoras, esmeriles, sierras, fronzadora, rotomartillos).		✓	✓		✓	✓			✓	✓			✓	✓										
		Se limpió la herramienta con Alcohol Etílico al 70%, dejando que actue la sustancia.																								
HERRAMIENTAS NEUMÁTICAS		Sobre las Herramientas Neumáticas o de potencia (Martillo hidraúlico, motobombas, compresores, bombas de succión).																								
		Se aplicó Hipoclorito de sodio (0.001%) por aspersión, dejando que actue la sustancia.																								
EQUIPO MAYOR		Se desinfectó aplicando Alcohol Etílico al 70% en mandos, botones, palancas, volantes, espejos, manijas puertas, candados y demás partes manipulables por el operador o ayudante en los Cargadores de llanta u oruga, minicargadoras, Excavadoras, piloteadoras, grúas y demás equipos NOTA: en el preoperacional de cada equipo debe registrarse la anotación de la jornada de desinfección		✓	✓		✓	✓			✓	✓			✓	✓										
		Firma responsable de Ejecución de la actividad (Operario)		Yajer				Yasa				Yaser				Xaser										
		Firma responsable de Verificación de la actividad (Jefe inmediato, SSTA o Residente):		Milena				Milena				Milena				Milena										

CON & CON

FORMATO
DESINFECCIÓN ÁREAS COMUNES

CÓD: IGD:
FEC
HA:
VER

1. Antes de hacer uso de espacios o áreas comunes se debe garantizar la desinfección de estas. 2. El no realizar la desinfección programada aumentará el riesgo de exposición a COVID-19 3. Si se detecta focos de infección se debe validar el area afectada y realizar nueva desinfección. 4. En los casos en que se marque el Nc Aplica (NA) se deberá sustentar el criterio en la casilla de observaciones

PROYECTO: Martires Cw9

CONTRATISTA: _____ RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: _____

HORA DE INICIO: _____ HORA FINAL: _____ (Vigencia por un turno de trabajo)

DESCRIPCION DE LA TAREA: LIMPIEZA Y DESINFECCION

SEMANA DEL 04 AL 09 MES 01 AÑO 2021

Seleccione con una X la sustancia a utilizar durante la jornada de desinfeccion.

Hipoclorito de sodio:		Alcohol Etilico	✓		Otro, ¿cual?	

LISTA DE VERIFICACION - ACTIVIDAD DE DESINFECCIÓN

Conozco el trabajo que voy a realizar, he consultado y tengo plena claridad de los procedimientos a emplear, dispongo y se usar los elementos de proteccion personal establecidos, conozco las Hojas de Seguridad de las sustancias químicas a utilizar, certifico que mis condiciones de salud no me impiden la realizacion de estos trabajos en forma segura.

Marque con X en la casilla SI, según corresponda, si no aplica marque NA.

Momento Act. Indique Momento de la Actividad (MA): marque con ✓ : AT: Antes del Turno, DT: Durante el Turno, FT Finalizado el Turno

			LUNES				MARTES				MIERCOLES				JUEVES				VIERNES				SABADO			
			SI	Momento Act			SI	Momento Act			SI	Momento Act			SI	Momento Act			SI	Momento Act			SI	Momento Act		
				AT	DT	FT		AT	DT	FT		AT	DT	FT		AT	DT	FT		AT	DT	FT		AT	DT	FT
Jan:)		Se retiró la caneca o recipiente, retiro la bolsa de los residuos y se cerró, se lavaron, secaron las canecas y se colocó nuevamente la bolsa limpiada al finalizar toda la actividad de desinfección		✓	✓																					
BAÑOS Y LAVAMANOS (Pisos y	BAÑOS	Se realizo vaciado del agua del tanque al menos una vez antes de lavar el sanitario.																								
		Se aplicó detergente en perillas, chapas, candados u otros elementos de cierre de puertas.		✓	✓																					
		Se aplicó detergente, por todas las superficies del sanitario iniciando por la parte exterior la base el área de atras las tuberías y las bisagras																								
		Se limpio la parte interior del sanitario con un cepillo de mango largo, posteriormente se aplicó la solucion desinfectante (hipoclorito de sodio al 0.01%, por aspersion). Al finalizar soltar nuevamente el tanque y secar la parte exterior del sanitario		✓																						
	LAVAMANOS	El proceso de limpieza se inició con lavado de las paredes, lavamanos llaves, jabonera, y las perillas de la puerta,		✓																						
		Se lavo el piso, paredes y techo con un cepillo y solucion detergente, de ser necesario se trapea para retirar el detergente, posteriormente se aplico la solucion desinfectante (Hipoclorito de sodio al 5%, por asi																								
		Al finalizar la limpieza se verifico que los orinajes (desagües) se encuentren despejados																								
		Se coloca la dotación del baño (jabón antibacterial, papel higiénico, toallas de papel), se coloca bolsa nueva de residuos		!																						
Se ubico avisos de precaución de piso humedo para evitar accidentes. (si aplica)																										
COMEDORES	Limpieza del area del comedor	Se limpió las mesas para retirar restos de alimentos, realizado con un paño humedo.																								
		Se desinfectó mesas y comedores antes y después de ser utilizados		✓	✓		✓	✓			✓	✓			✓	✓			✓	✓			✓	✓		
	Implementos comunes (microondas, estufas, etc)	Se desconecto los equipos previo a la realizacion de las labores de limpieza.																								
		Se realizo la limpieza y desinfeccion de estos implementos después de su uso.																								
Se hizo limpieza y desinfeccion en cada uso, en especial durante la relacion de grupos de personal para las Medias nueve Almuerzos, Onces y/o Cenas.																										
AREAS DE TRABAJO	Se restringió el ingreso de personas mientras se realizaba la actividad. Permitiendo supervisión de responsable del campamento garantizando que no haya perdida de objetos.			✓	✓		✓	✓			✓	✓			✓	✓			✓	✓			✓	✓		
	ZONA DE TRÁNSITO	Antes de permitir el ingreso y antes de realizar la desinfección, se aseguro que no haya personal cerca al ÁREA DE TRABAJO o este aislado mínimo a 10 mts																								
		Se aplicó Hipoclorito de sodio(0,01%) por sistema de aspersión, en pasillos, escaleras fijas barandas, cruces, perillas, candados, puertas, senderos peatonales, dejando que la sustancia actue.																								
E. FO	Se verificó que no haya personal al interior del cuarto, y se verificó que no se encuentra alguna persona aislada por sospecha de síntomas de Covid-19			✓	✓		✓	✓			✓	✓			✓	✓			✓	✓			✓	✓		
CUA AISL	Se dispuso correctamente de los residuos sólidos y residuos peligrosos en bolsa roja.																									
	Se realizó limpieza de sillas, mesas, camillas y demas superficies utilizando Alcohol Etilico (70%)																									
	Se realizo desinfeccion de paredes y techos utilizando Hipoclorito de sodio (0,001%) por aspersion																									
ALMACEN BODEGAS	Se realizo desinfeccion de paredes y techos utilizando hipoclorito de sodio (0,001%) por aspersión																									
	Se realizo limpieza de elementos de oficina, tales como cosedoras, perforadoras, grapadoras, esferos y demás elementos manipulados y usados en oficina, usando Alcohol Etilico al 70%			✓	✓		✓	✓			✓	✓			✓	✓			✓	✓			✓	✓		
	En Bodegas de cemento, tuberia, herreria, acopio de quimicos.																									
	Para la manipulacion o entrega de herramientas, EPP se realiza desinfeccion con una toalla humeda o por aspersion a cada elemento			✓			✓				✓				✓				✓				✓			
HERRAMIENTAS Y EQUIPO MAYOR	Se recolectó todas las herramientas **Manuales, Electricas o Neumaticas**, en un sitio acorde para su almacenamiento y posterior jornada de desinfeccion, y están inventariadas.			✓	✓		✓	✓			✓	✓			✓	✓			✓	✓			✓	✓		
	Estando desconectadas o sin energía, se limpiaron las herramientas, quedando libres de polvo, barro o grasas																									
H. MANUALES	Se dispuso sobre una superficie plana las **Herramientas Manuales** (De medicion, trazo, sujecion, torsión, corte, para limar, abrir agujeros, de golpe, de desbaste, para atornillar o desatornillar, de succión, de transporte manual). Se aplico uniformemente sobre las herramientas (Alcohol al 70%) por aspersión, dejando que actue la sustancia			✓	✓		✓	✓			✓	✓			✓	✓			✓	✓			✓	✓		
H. ELÉCTRICAS	Se distribuyó sobre una superfie plana las **Herramientas Eléctricas** (Taladros, pulidoras, esmeriles, sierras, fronzadora, rotomartillos). Se limpio la herramienta con Alcohol Etilico al 70%, dejando que actue la sustancia.			✓	✓		✓	✓			✓	✓			✓	✓			✓	✓			✓	✓		
H. NEUMÁTICAS	Sobre las **Herramientas Neumáticas o de potencia** (Martillo hidraulico, motobombas, compresores, bombas de succión). Se aplicó hipoclorito de sodio (0,001%) por aspersion, dejando que actue la sustancia.																									
EQUIPO MAYOR	Se desinfectó aplicando Alcohol Etilico al 70% en mandos, botones, palancas, volantes, espejos, manijas, puertas, candados y demás partes manipulables por el operador o ayudante en los Cargadores de llanta u oruga, mincargadores, Excavadoras, niveladoras, grúas y demás equipos NOTA: en el preoperacional de cada equipo debe registrarse la anotación de la jornada de desinfeccion			✓	✓		✓	✓			✓	✓			✓	✓			✓	✓			✓	✓		
Firma responsable de Ejecucion de la actividad (Operario)																										
Firma responsable de Verificación de la actividad (Jefe inmediato, SSTA o Residente):				Milena				Milena				Milena				Milena				Milena				Milena		
				6.1				6.1				6.1				6.1				6.1				6.1		

3352

CON & CON

FORMATO
DESINFECCIÓN ÁREAS COMUNES

CÓDIGO: FECHA: VER

1. Antes de hacer uso de espacios o áreas comunes se debe garantizar la desinfección de estas.	2. El no realizar la desinfección programada aumentará el riesgo de exposición a COVID-19	3. Si se detecta focos de infección se debe validar el área afectada y realizar nueva desinfección.	4. En los casos en que se marque el No Aplica (NA) se deberá sustentar el criterio en

PROYECTO: talleres SEP 9 | CONTRATISTA: _____ RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: _____

HORA DE INICIO: _____ HORA FINAL: _____ (Vigencia por un turno de trabajo) | DESCRIPCION DE LA TAREA: LIMPIEZA Y DESINFECCION

SEMANA DEL 11 AL 16 MES 01 AÑO 2021

Seleccione con una X la sustancia a utilizar durante la jornada de desinfección.

Hipoclorito de sodio:		Alcohol Etílico	✓			Otro, ¿cuál?:	

LISTA DE VERIFICACION - ACTIVIDAD DE DESINFECCIÓN

Conozco el trabajo que voy a realizar, he consultado y tengo plena claridad de los procedimientos a emplear, dispongo y se usar los elementos de protección personal establecidos, conozco las Hojas de Seguridad de las sustancias químicas a utilizar, certifico que mis condiciones de salud no me impiden la realizacion de estos trabajos en forma segura.

rque con X en la casilla SI, según corresponda. si no aplica marque NA.

Momento Act, Indique Momento de la Actividad (MA): marque con ✓ ; AT: Antes del Turno, DT: Durante el Turno, FT: Finalizado el Turno

festivo

			LUNES				MARTES				MIERCOLES				JUEVES				VIERNES				SABADO			
			SI	Momento Act			SI	Momento Act			SI	Momento Act			SI	Momento Act			SI	Momento Act			SI	Momento Act		
				AT	DT	FT		AT	DT	FT		AT	DT	FT		AT	DT	FT		AT	DT	FT		AT	DT	FT
		Se retiró la caneca o recipiente, retiró la bolsa de los residuos y se cerró, se lavaron, secaron las canecas y se colocó nuevamente la bolsa indicada al finalizar toda la actividad de desinfección.						✓		✓																
VARIOS (Aplica para todos los espacios)	BAÑOS	Se realizó vaciado del agua del tanque al menos una vez antes de lavar el sanitario. Se aplicó detergente en perillas, chapas, candados u otros elementos de cierre de puertas.						✓		✓																
		Se aplicó detergente, por todas las superficies del sanitario, iniciando por la parte exterior, la base, el área de atrás, las tuberías y las bisagras.																								
		Se limpió la parte interior del sanitario con un cepillo de mango largo, posteriormente se aplicó la solución desinfectante (hipoclorito de sodio al 0,01%, por aspersión). Al finalizar soltar nuevamente el tanque, y secar la parte exterior del sanitario.						✓																		
	LAVAMANOS	El proceso de limpieza se inició con lavado de las paredes, lavamanos, llaves, jabonera, y las perillas de la puerta.						✓																		
		Se lavó el piso, paredes y techo con un cepillo y solución detergente, de ser necesario se trapea para retirar el detergente, posteriormente se aplicó la solución desinfectante (Hipoclorito de sodio al 5%, por as)																								
		Al finalizar la limpieza se verificó que los drenajes (desagües) se encuentren despejados																								
		Se coloca la dotación del baño (jabón antibacterial, papel higiénico, toallas de papel); se coloca bolsa nueva de residuos						✓																		
		Se ubicó avisos de precaución de piso húmedo para evitar accidentes. (si aplica)																								
COMEDORES	Limpieza del área del comedor	Se limpió las mesas para retirar restos de alimentos, realizado con un paño húmedo.																								
		Se desinfectó mesas y comedores antes y después de ser utilizados.						✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓
	Implementos comunes (microondas, estufas, etc)	Se desconectó los equipos previo a la realización de las labores de limpieza.																								
		Se realizó la limpieza y desinfección de estos implementos después de sus uso.																								
		Se realizo limpieza y desinfección en cada uso, en especial durante la rotación de grupos de personal para las Medias nueve, Almuerzos, Onces y/o Cenas.																								
ÁREAS DE TRABAJO		Se restringió el ingreso de personas mientras se realizaba la actividad. Permitiendo supervisión de responsable del campamento, garantizando que no haya perdida de objetos.						✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓
	ZONA DE TRÁNSITO	Antes de permitir el ingreso y antes de realizar la desinfección, se aseguró que no haya personal cerca al ÁREA DE TRABAJO, o este aislado mínimo a 10 mts.																								
		Se aplicó Hipoclorito de sodio(0,01%) por sistema de aspersión, en pasillos, escaleras fijas, barandas, chapas, perillas, candados, puertas, senderos peatonales, dejando que la sustancia actúe.																								
CUARTO AISLAMIENTO		Se verificó que no haya personal al interior del cuarto, y se verificó que no se encuentra alguna persona aislada por sospecha de síntomas de Covid-19						✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓
		Se dispuso correctamente de los residuos sólidos y residuos peligrosos en bolsa roja.																								
		Se realizó limpieza de sillas, mesas, camillas y demás superficies, utilizando Alcohol Etílico (70%)																								
		Se realizó desinfección de paredes y techos utilizando Hipoclorito de sodio (0,001%) por aspersión.																								
ALMACEN-BODEGAS		Se realizó desinfección de paredes y techos utilizando hipoclorito de sodio (0,001%) por aspersión.																								
		Se realizó limpieza de elementos de oficina, tales como cosedoras, perforadoras, grapadoras, esferos y demás elementos manipulados y usados en oficina, usando Alcohol Etílico al 70%.						✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓
		Ej: Bodegas de cemento, tubería, herrería, acopio de químicos,																								
		Para la manipulación o entrega de herramientas, EPP se realiza desinfeccioncon una toalla humeda o por aspersion a cada elemento						✓				✓														
		Se recolectó todas las herramientas **Manuales, Eléctricas o Neumáticas**, en un sitio acorde para su almacenamiento y posterior jornada de desinfección, y están inventariadas						✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓
		Estando desconectadas o sin energía, se limpiaron las herramientas, quedando libres de polvo, barro o grasas.																								
HERRAMIENTAS Y EQUIPO MAYOR	H. MANUALES	Se distribuyó sobre una superfie plana las **Herramientas manuales (De medición, trazo, sujeción, torsión, corte, para limar, abrir agujeros, de golpe, de desbaste, para atornillar o desatornillar, de succión, de transporte manual).** Se aplicó uniformemente sobre las herramientas (Alcohol al 70%) por aspersión, dejando que actue la sustancia						✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓
	H. ELECTRICAS	Se distribuyó sobre una superfie plana las **Herramientas Eléctricas (Taladros, pulidoras, esmeriles, sierras, tronzadora, rotomartillos).** Se limpió la herramienta con Alcohol Etílico al 70%, dejando que actue la sustancia.						✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓
	H. NEUMÁTICAS	Sobre las **Herramientas Neumáticas o de potencia (Martillo hidraúlico, motobombas, compresores, bombas de succión).** Se aplicó Hipoclorito de sodio (0,001%) por aspersión, dejando que actue la sustancia.																								
	EQUIPO MAYOR	Se desinfectó aplicando Alcohol Etílico al 70% en mandos, botones, palancas, volantes, espejos, manijas, puertas, candados y demás partes manipulables por el operador o ayudante en los Cargadores de llanta u oruga, minicargadores, Excavadoras, piloteadoras, grúas y demás equipos **NOTA: en el preoperacional de cada equipo debe registrarse la anotación de la jornada de desinfección**						✓		✓		✓		/		✓		✓		✓		✓		✓		✓
		Firma responsable de Ejecución de la actividad (Operario)					Milena				Milena				Milena				Milena				Milena			
		Firma responsable de Verificación de la actividad (Jefe inmediato, SSTA o Residente):					6:1				6:1				6:1				6:1				6:1			

CON & CON

FORMATO
DESINFECCIÓN ÁREAS COMUNES

CODI GO: FEC HA: VER

1. Antes de hacer uso de espacios o áreas comunes se debe garantizar la desinfección de estas.	2. El no realizar la desinfección programada aumentará el riesgo de exposición a COVID-19	3. Si se detecta focos de infección se debe validar el área afectada y realizar nueva desinfección.	4. En los casos en que se marque el No Aplica (NA) se deberá sustentar el criterio en

PROYECTO: Muñices SEG 11

CONTRATISTA: _____ RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: _____

HORA DE INICIO: _____ HORA FINAL: _____ (Vigencia por un turno de trabajo)

SEMANA DEL 12 AL 16 MES 01 AÑO 2021

DESCRIPCIÓN DE LA TAREA: LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE AREAS

Seleccione con una X la sustancia a utilizar durante la jornada de desinfección.

Hipoclorito de sodio:		Alcohol Etílico	✓			Otro, ¿cuál?:	

LISTA DE VERIFICACION - ACTIVIDAD DE DESINFECCIÓN

Conozco el trabajo que voy a realizar, he consultado y tengo plena claridad de los procedimientos a emplear, dispongo y se usar los elementos de protección personal establecidos, conozco las Hojas de Seguridad de las sustancias químicas a utilizar, certifico que mis condiciones de salud no me impiden la realizacion de estos trabajos en forma segura.

Marque con X en la casilla SI, según corresponda. si no aplica marque NA.

Momento Act, indique Momento de la Actividad (MA): marque con [✓] ; AT: Antes del Turno, DT: Durante el Turno, FT: Finalizado el Turno

			LUNES				MARTES				MIERCOLES				JUEVES				VIERNES				SABADO			
			SI	Momento Act			SI	Momento Act			SI	Momento Act			SI	Momento Act			SI	Momento Act			SI	Momento Act		
				AT	DT	FT		AT	DT	FT		AT	DT	FT		AT	DT	FT		AT	DT	FT		AT	DT	FT
BAÑOS Y LAVAMANOS (Fijos y Móviles)		Se retiro la caneca o recipiente, retiró la bolsa de los residuos y se cerró, se lavaron, secaron las canecas y se colocó nuevamente la bolsa indicada al finalizar toda la actividad de desinfección.										✓		✓		✓		✓		✓		✓				
	BAÑOS	Se realizó vaciado del agua del tanque al menos una vez antes de lavar el sanitario. Se aplicó detergente en perillas, chapas, candados u otros elementos de cierre de puertas.										✓				✓				✓						
		Se aplicó detergente, por todas las superficies del sanitario, iniciando por la parte exterior, la base, el área de atrás, las tuberías y las bisagras.										✓				✓				✓						
		Se limpió la parte interior del sanitario con un cepillo de mango largo, posteriormente se aplicó la solución desinfectante (hipoclorito de sodio al 0,01%, por aspersión). Al finalizar soltar nuevamente el tanque, y secar la parte exterior del sanitario.										✓				✓				✓						
	LAVAMANOS	El proceso de limpieza se inició con lavado de las paredes, lavamanos, llaves, jabonera, y las perillas de la puerta										✓				✓				✓						
		Se lavó el piso, paredes y techo con un cepillo y solución detergente, de ser necesario se trapea para retirar el detergente, posteriormente se aplicó la solución desinfectante (Hipoclorito de sodio al 5%, por as)										✓				✓				✓						
		Al finalizar la limpieza se verificó que los drenajes (desagües) se encuentren despejados																								
		Se coloca la dotación del baño (jabón antibacterial, papel higiénico, toallas de papel); se coloca bolsa nueva de residuos										✓				✓				✓						
		Se ubicó avisos de precaución de piso húmedo para evitar accidentes. (si aplica)																								
COMEDORES	Limpieza del área del comedor	Se limpio las mesas para retirar restos de alimentos, realizado con un paño húmedo.																								
		Se desinfecto mesas y comedores antes y después de ser utilizados.										✓				✓				✓						
	Implementos comunes (microondas, estufas, etc)	Se desconectó los equipos previo a la realización de las labores de limpieza.																								
		Se realizó la limpieza y desinfección de estos implementos después de sus uso.										✓				✓				✓						
		Se hizo limpieza y desinfección en cada uso, en especial durante la rotación de grupos de personal para las Medias nueve, Almuerzos Onces y/o Cenas.										✓				✓				✓						
AREAS DE TRABAJO		Se restringió el ingreso de personas mientras se realizaba la actividad. Permitiendo supervisión de responsable del campamento, garantizando que no haya perdida de objetos.										✓				✓				✓						
	ZONA DE TRÁNSITO	Antes de permitir el ingreso y antes de realizar la desinfección, se aseguró que no haya personal cerca al ÁREA DE TRABAJO o este aislado mínimo a 10 mts										✓				✓				✓						
		Se aplicó Hipoclorito de sodio(0,01%) por sistema de aspersión, en pasillos, escaleras fijas, barandas, chapas, perillas, candados, puertas, senderos peatonales, dejando que la sustancia actúe.																								
CUARTO DE AISLAMIENTO		Se verificó que no haya personal al interior del cuarto, y se verificó que no se encuentra alguna persona aislada por sospecha de síntomas de Covid-19																								
		Se dispuso correctamente de los residuos sólidos y residuos peligrosos en bolsa roja.																								
		Se realizó limpieza de sillas mesas, camillas y demás superficies, utilizando Alcohol Etílico (70%)																								
		Se realizó desinfección de paredes y techos utilizando Hipoclorito de sodio (0,001%) por aspersión.																								
ALMACÉN - BODEGAS		Se realizó desinfección de paredes y techos utilizando hipoclorito de sodio (0,001%) por aspersión.										✓				✓				✓						
		Se realizó limpieza de elementos de oficina, tales como cosedoras, perforadoras, grapadoras, esferos y demás elementos manipulados y usados en oficina, usando Alcohol Etílico al 70%.																								
		En Bodegas de cemento, tubería, herrería, acopio de químicos,										✓				✓				✓						
		Para la manipulación o entrega de herramientas, EPP se realiza desinfeccioncon una toalla humeda o por aspersion a cada elemento										✓				✓				✓						
HERRAMIENTAS Y EQUIPO MAYOR		Se recolectó todas las herramientas **Manuales, Eléctricas o Neumáticas,** en un sitio acorde para su almacenamiento y posterior jornada de desinfección, y están inventariadas.										✓				✓				✓						
		Estando desconectadas o sin energía, se limpiaron las herramientas, quedando libres de polvo, barro o grasas.																								
	H. MANUALES	Se distribuyó sobre una superfie plana las **Herramientas Manuales (De medición, trazo, sujeción, torsión, corte, para limar, abrir agujeros, de golpe, de desbaste, para atornillar o desatornillar, de succión, de transporte manual).** **Se aplicó** uniformemente sobre las herramientas (Alcohol al 70%) por aspersión, dejando que actue la sustancia.										✓				✓				✓						
	H. ELÉCTRICAS	Se distribuyó sobre una superfie plana las **Herramientas Eléctricas (Taladros, pulidoras, esmeriles, sierras, tronzadora, rotomartillos).** **Se limpió** la herramienta con Alcohol Etílico al 70%, dejando que actue la sustancia.																								
	H. NEUMÁTICAS	Sobre las **Herramientas Neumáticas o de potencia (Martillo hidraulico, motobombas, compresores, bombas de succión).** **Se aplicó** Hipoclorito de sodio (0,001%) por aspersión, dejando que actue la sustancia.																								
	EQUIPO MAYOR	Se desinfectó aplicando Alcohol Etílico al 70% en mandos, botones, palancas, volantes, espejos, manijas, puertas, candados y demás partes manipulables por el operador o ayudante en los Cargadores de llanta o oruga, minicargadores, Excavadoras, piloteadoras, grúas y demás equipos **NOTA: en el preoperacional de cada equipo debe registrarse la anotación de la jornada de desinfección**										✓				✓				✓						
		Firma responsable de Ejecución de la actividad (Operario)		/				/				Operario				Operario				Operario						
		Firma responsable de Verificación de la actividad (Jefe inmediato, SSTA o Residente):										Milena 6:1				Milena 6:1				Milena 6:1						

3353
548

Paciente: JAVIER HERNANDO PERILLA VACCA

Identificación: CC 7222612

compensar

2021-01-02

CERTIFICACIÓN

El profesional suscrito certifica que, mediante valoración médica al paciente _JAVIER HERNANDO PERILLA VACCA_____ , realizada el día de hoy bajo la modalidad __TELEORIENTACIÓN _____, se estableció la determinación de alta médica en el marco del principio de la autonomía y experiencia profesional, Ley 1751 de 2015, articulo 17, ante el cumplimiento del autoaislamiento y evidencia de la ausencia o mejoría de sintomatología por COVID-19.
AILAMIENTO DESDE EL 18 DE DICIEMBRE AL 28 DE DICIEMBRE
Lo anterior atendiendo a los lineamientos 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3 y 7.5.4, definidos por el Ministerio de Salud en el documento "Lineamientos para el manejo clínico de pacientes con infección por nuevo coronavirus COVID-19", emitido en el mes de julio del presente año, donde se supedita el manejo del caso al criterio del profesional tratante y no se recomiendan nuevos exámenes de laboratorio ante condición asintomática, consecuente con las evidencias científicas plasmadas en la instrucción 6.1.3 del documento "lineamientos para el uso de pruebas moleculares RT- PCR y prueba de antígeno y serológicas para SARS COV-2 (COVID 19) en Colombia".

Debe recordarse que los lineamientos que ha venido definiendo el Ministerio de salud y Protección Social, tienen carácter vinculante frente a cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, tal y como lo determina la Resolución 502 de 2020, incluyendo los distintos entes de inspección, vigilancia y control.

Cordialmente,

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio

Cordialmente

Paciente o persona responsable

SANCHEZ CASTAÑO DIEGO ANDRES
CC: 1014181213
Especialidad: MEDICINA GENERAL